

TERAPIA OCUPACIONAL

en salud mental



booksmedicos.org

Pedro Moruno Miralles
Miguel Ángel Talavera Valverde



Terapia Ocupacional en Salud Mental

Pedro Moruno Miralles, pedro.moruno@uclm.es

Doctor en Psicología y Terapeuta Ocupacional. Profesor Titular. Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería (Talavera de la Reina). Grado en Terapia Ocupacional

Miguel Ángel Talavera Valverde, miguelrevistatog@yahoo.es

Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Profesor Asociado. Universidad de A Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. Director de Revista TOG

Elsevier Masson

Table of Contents

Title page

Copyright

Dedicatoria

Autores

Foreword

Prólogo

Prefacio

Parte I: Bases teóricas

Sección 1: Perspectivas de la salud y la enfermedad mental

Capítulo 1: Historia social y cultural de la psiquiatría y la enfermedad mental

Introducción

Notas para una historia social de la problemática moderna de la locura

La construcción social de las enfermedades mentales

Psiquiatría, enfermedad y cultura

Conclusiones

Capítulo 2: Ocupación y salud mental

Introducción

Una aproximación a la definición de terapia ocupacional

El ser humano como ser ocupacional

Relaciones entre ocupación y salud mental

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 2

Capítulo 3: Clasificación, semiología, evaluación e intervenciones terapéuticas en salud mental

Introducción

El diagnóstico psiquiátrico y su aportación a la comprensión de la práctica clínica

Fases evolutivas, terapéuticas y factores psicosociales de los cuadros psiquiátricos

Evolución del concepto de los trastornos mentales a lo largo de la historia⁴

Clasificación de las enfermedades mentales: clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10) y diagnostic and statistical manual of mental disorders, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR)

Tratamientos psicofarmacológicos

Terapias psicológicas

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 3

Sección 2: Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica

Capítulo 4: Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental

Marcos de referencia teóricos

Aplicaciones del marco de referencia teórico médico

Aplicaciones del marco de referencia teórico psicoanalítico

Aplicaciones del marco de referencia humanista

Aplicaciones del marco de referencia cognitivo-conductual

Modelos de práctica

Modelo de la ocupación humana

Modelo canadiense del desempeño ocupacional

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 4

Parte II: Aspectos metodológicos

Capítulo 5: Evaluación ocupacional en salud mental

Introducción

Definición de evaluación ocupacional

Características genéricas de la evaluación ocupacional

Etapas de la evaluación ocupacional

Evaluación ocupacional inicial
Funciones de la evaluación ocupacional inicial
Evaluación continuada
Valoración de resultados
Conclusiones
Autoevaluación capítulo 5

Capítulo 6: Planificación e intervención

Introducción
Fases de la planificación de la intervención
Dirección de la intervención
Valoración de resultados y programas
Conclusiones
Autoevaluación capítulo 6

Capítulo 7: Registro y documentación de terapia ocupacional en salud mental

Introducción
Registro y documentación en terapia ocupacional
Estructura en la documentación y registro
Consideraciones en salud mental
Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la documentación de terapia ocupacional
Conclusiones
Autoevaluación capítulo 7

Parte III: Escenarios de práctica

Sección 1: Encuadres para la atención de la persona con enfermedad mental

Capítulo 8: Terapia ocupacional en atención primaria en salud mental
Introducción
Características generales de la atención primaria de salud
Objetivos/funciones de la atención primaria de salud

Terapia ocupacional en atención primaria de salud

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 8

Capítulo 9: Terapia ocupacional en atención especializada

Introducción

Centros de salud mental

Terapia ocupacional en centros de salud mental

Unidades de hospitalización

Terapia ocupacional en hospital de día

Unidades de hospitalización breve

Terapia ocupacional en unidades de hospitalización breve

Unidades de larga estancia o de rehabilitación hospitalaria

Terapia ocupacional en unidades de larga estancia

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 9

Capítulo 10: Terapia ocupacional en recursos sociocomunitarios

Introducción

Centros de rehabilitación psicosocial

Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial

Centros residenciales

Terapia ocupacional en minirresidencias

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 10

Capítulo 11: Terapia ocupacional en recursos para la integración sociolaboral

Introducción

El contexto de la rehabilitación laboral

Dificultades de las personas con enfermedad mental crónica para la integración laboral

Rehabilitación laboral: definición y objetivos

Centros de rehabilitación laboral: definición y características

Terapia ocupacional en centros de rehabilitación laboral

Orientación vocacional

Formación y entrenamiento para el empleo

Inserción laboral

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 11

Capítulo 12: Nuevos retos de terapia ocupacional en salud mental

Introducción

Una visión general sobre la salud mental

La terapia ocupacional frente a los determinantes sociales de salud

El reto de terapia ocupacional: prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental mediante la ocupación

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 12

Sección 2: Destrezas prácticas del terapeuta ocupacional en salud mental

Capítulo 13: Análisis y adaptación de la actividad, del entorno y del desempeño

Introducción

Análisis y adaptación del desempeño ocupacional

Análisis y adaptación de la actividad

Análisis y adaptación del entorno

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 13

Capítulo 14: Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental

Introducción

Marco teórico del estudio del razonamiento clínico

Razonamiento clínico en terapia ocupacional

Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional

Diagnóstico ocupacional

Componentes del diagnóstico ocupacional

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 14

Capítulo 15: Relación terapéutica en terapia ocupacional

Introducción

Evolución histórica del concepto de relación terapéutica (3)

Características de la relación terapéutica

Relevancia de la relación terapéutica en terapia ocupacional

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 15

Sección 3: Organización y tecnologías de la información y comunicación

Capítulo 16: Administración y gestión de departamentos de terapia ocupacional

Introducción

Definición de administración, organización, planificación y dirección y control

Particularidades de la gestión del departamento de terapia ocupacional en dispositivos de atención a la salud mental

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 16

Capítulo 17: Tecnologías de la información y de las comunicaciones en salud mental

Introducción

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones: impacto en la comunidad

Estudios y experiencias sobre el efecto de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en salud mental

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones como herramientas de intervención en salud mental

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 17

Parte IV: Diseño e implementación de la intervención

Sección 1: Espacios terapéuticos

Capítulo 18: Grupos en terapia ocupacional

Introducción

Grupos en terapia ocupacional

Aspectos metodológicos de la intervención grupal

Niveles de intervención

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 18

Capítulo 19: Actividades físicas y deportivas

Introducción

Definición y características de las actividades físicas

Actividad física y salud mental

Perspectivas y niveles de intervención

Evaluación y diseño de programas de actividades físicas y deportivas

Diseño de programas de actividad física

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 19

Capítulo 20: Técnicas de intervención cognitivo-conductuales en terapia ocupacional

Introducción

Marco teórico

Técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales aplicables en terapia ocupacional

Diseño de un programa de intervención para el entrenamiento de destrezas

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 20

Capítulo 21: Actividades creativas y artísticas

Introducción

Actividad artística y creativa: aproximaciones teóricas

Perspectivas y niveles de intervención

Programación de actividades creativas

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 21

Parte V: Desarrollo profesional

Capítulo 22: Docencia y supervisión en terapia ocupacional

Introducción

Docencia

Tutor

Supervisión

Relación tutor-estudiante

Actividades del estudiante. Derechos y deberes

Conclusiones4

Autoevaluación capítulo 22

Capítulo 23: Investigación en terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental

Introducción

Algunas consideraciones sobre el método científico

El proceso de investigación: principales fases y procedimientos

Conclusiones

Autoevaluación capítulo 23

Bibliografía

Índice alfabético

Copyright



ELSEVIER
MASSON

© 2012 Elsevier España, S.L.

Es una publicación **MASSON**

Travessera de Gràcia, 17-21 - 08021 Barcelona, España

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN: 978-84-458-2101-5

Coordinación y producción editorial: Fotoletra S.A.

Depósito Legal: B. 31.839-2011

Impreso en España por SA de Litografía

Dibujos originales de cubierta: Julia y Pablo Moruno Padilla

Dedicatoria

A Pablo, Julia, Diego y Carmen por estar siempre ahí.

A esas miradas que hacen que aún tenga sentido seguir subiendo a la tarima.

Pedro Moruno Miralles

A Mara, por sus palabras y su aliento en los malos y buenos momentos, por su complicidad, mostrándome que los sueños acaban donde comienza la realidad,
gracias por ser tú.

A Ángel, Sagrario y Vigilia por apoyarme en los momentos más difíciles y por saber siempre estar en los más fáciles, alentando mis inquietudes a lo largo de la vida.

A Ramón Teijeira, León y María José por mostrarme la realidad de la palabra amistad.

A esas personas que me hicieron sentir que esto no era un sueño y me demostraron que esto sí que es terapia de la buena.

Y sobre todo a Pedro, por reconocer cuándo hay que arriesgarse en la vida para compartir un sueño, fiel compañero de viaje.

Miguel Ángel Talavera Valverde

Autores

COORDINADORES DE LA EDICIÓN

D. Pedro Moruno Miralles

Doctor en Psicología y Terapeuta Ocupacional. Profesor Titular. Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería (Talavera de la Reina). Grado en Terapia Ocupacional

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Profesor Asociado. Universidad de La Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. Director de la Revista TOG

COLABORADORES

Dña. María José Bartolomé Domínguez

Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. Sabina Barrios Fernández

Licenciada en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Diplomada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de la Asociación Síndrome de Down. Cáceres

D. José Ramón Bellido Mainar

Diplomado en Terapia Ocupacional y Trabajador Social. GSS. Hospital Santa Maria. Servei de Salut Mental i Drogodependències. Lleida

D. Luis María Berrueta Maeztu

Diplomado en Terapia Ocupacional y Trabajador Social. Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea

Dña. María Calvo Leira

Diplomada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional del Complejo Hospitalario de La Coruña. Profesora de la Universidad de La Coruña. Evaluadora del Sistema Acreditador de Formación Continuada

Dña. Nereida Canosa Domínguez

Diplomada en Terapia Ocupacional. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Coruña

D. Pablo A. Cantero Garlito

Diplomado en Terapia Ocupacional. Profesor Asociado de la Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina. Grado en Terapia Ocupacional. Educador Social y Sexólogo. CRPS Ayuntamiento de Plasencia

Dña. Margarita Cañadas Pérez

Diplomada en Terapia Ocupacional y Licenciada en Antropología. Vicedecana de Terapia Ocupacional de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

D. Manuel Castro Bouzas

Psicólogo Clínico. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. Carmen Cipriano Crespo

Diplomada en Terapia Ocupacional. Profesora. Universidad de Castilla-La Mancha. Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Diplomatura de Terapia Ocupacional

Dña. Miriam Costas González

MIR4 Psiquiatría. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. Laura María Díaz Vidal

MIR3 Psiquiatría. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. María Gabriela Domínguez Martínez

PIR3 Psicología Clínica. Área Sanitaria de Ferrol

D. Daniel Emeric Meaulle

Diplomado en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional del Fundación Secretariado Gitano. Madrid

D. Juan Antonio Flores Martos

Doctor en Antropología Social. Profesor Contratado Doctor en Antropología Social, Departamento de Filosofía. Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina, Universidad de Castilla-La Mancha. Profesor de «Antropología de la Salud y la Enfermedad» en Grado de Terapia Ocupacional, Talavera, UCLM

D. Miguel Gómez Martínez

Diplomado en Terapia Ocupacional. Profesor de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

Dña. Betania Groba González

Diplomada en Terapia Ocupacional. Centro IMEDIR (Centro de Informática Médica y Diagnóstico Radiológico). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Coruña

Dña. Uxía Gutiérrez Couto

Bibliotecaria y Documentalista. Área Sanitaria de Ferrol

D. Sergio Guzmán Lozano

Diplomado en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional en Centres Assistencials Dr. Emili i López. Área de Salut Pública i Consum. Diputació de Barcelona. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Dña. Inmaculada Herranz Aguayo

Doctora en Sociología. Responsable del Grupo de Investigación en Gerontología Social y Envejecimiento activo (GESED). Profesora Contratada Doctora de la Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina

Dña. Cristina Labrador Toribio

Diplomada en Terapia Ocupacional. Profesora Titular. La Salle Centro Universitario

Dña. Nora Lamy Fernández

Licenciada en Psicología y Directora Técnica del Programa de Rehabilitación e Inserción Laboral para personas con enfermedad mental de FEAFES. Cáceres

Dña. María Martínez Hervés

MIR4 Psiquiatría. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. Laura Nieto Riveiro

Diplomada en Terapia Ocupacional. Centro IMEDIR (Centro de Informática Médica y Diagnóstico Radiológico). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Coruña

D. Álvaro Pazos Garcíandia

Profesor Titular. Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español. Universidad Autónoma de Madrid

Dña. Vanessa Playán Ruiz

PIR2 Psicología Clínica. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. Patricia María Tamara Rego Ribeiro

Psicóloga Clínica. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. María Sobrido Prieto

Bibliotecaria y Documentalista Complejo Hospitalario de La Coruña. Profesora Asociada de la Universidad de La Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud

D. Juan Ramón Teijeira Santiago

Facultativo Especialista en Psiquiatría. Área Sanitaria de Ferrol

Dña. Inmaculada Zango Martín

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Humanidades. Coordinadora del Centro de Terapia Ocupacional para la Promoción de la Salud Mental en Houndé, Burkina Faso. Profesora en la Universidad Católica San Antonio de Murcia

Dña. Ann A. Wilcock, PhD, DipOT (Reino Unido), BAppScOT, GradDip Salud Pública

Profesora Honoraria de la Universidad de Deakin, Australia. Doctora Honoraria de la Universidad de Derby (Reino Unido). Profesora Adjunta de la Universidad de Dalhousie, Canadá. Miembro de la Universidad de Brunel (Reino Unido)

Foreword

Ann A. Wilcock, PhD, BAppScOT

Occupation, in all its facets, is intimately related to health and illness. However, the word «occupation» is seldom used in its holistic sense by the range of professions engaged within the health industry. Instead, it is subdivided and its parts are the focus of different disciplines leading to failure to recognise that the whole of occupation is greater than the sum of its parts and has more impact on health. The lack of recognition is, in part, due to a paucity of in-depth study of occupation as a whole within either well or sick populations. Because a holistic view of occupation and its importance to health is so poorly understood such study needs to be a central concern of occupational therapists. Research, as well as practice should recognise that occupation can be a negative force leading to ill-health as well as a positive force leading to well-being; it should bring together diverse evidence and articulate an holistic vision of occupation for good health based on factual data.

At present the World Health Organization (WHO) and many national governments are extolling the importance of maintaining and improving health. This is primarily to prevent, as far as is possible, the occurrence of ill-health and disability and to reduce the rising costs of ill-health services. The WHO defines the prerequisites for health as «peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity.»¹ When those are considered carefully they all relate to people's «'doing, being, belonging and becoming' that are components of a holistic view of "occupation"». Access to them varies between nations due to geographical and socio-political factors and are closely related to the type of economy in which people live.

Modern day disorders of mental health such as child, gender and substance abuse, violence, depression and anxiety are increased and more problematic where there is low income, high unemployment, stressful work conditions, limited education, gender discrimination, human rights violations, and unhealthy lifestyles². Apart from those differences, structure and expectations of daily occupations within particular societies and communities are often biased with good-health, choice and opportunity skewed in favour of a controlling minority. Such bias is a matter of occupational injustice that is an important subset of social justice and equity. Not infrequently, those suffering mental illness endure disturbed and antagonistic situations, and a subsequent lack of peace as their problems are compounded by inadequate understanding of occupational injustices. Peace, apart from its most obvious meaning of being the opposite state to war, is an important prerequisite of mental health. It encompasses personal tranquillity, «freedom from disquieting or oppressive thoughts or emotions» and «harmony in personal relations»³ *that are integral to being and belonging.*

However, the prerequisites for healthy survival and mental health cannot be met

fully by political will or welfare handouts but require intervention aimed at providing people with opportunities for physical, mental, and social well-being attained through valued occupation. Such opportunities can also enhance common and individually unique natures, needs, capacities and potential, provide support for community cohesion, and enhance understanding and unfolding of occupational and social justice. Occupational therapists working in the field of mental health should be aiming their programs at the maintenance and enhancement of physical, psychological, spiritual, and social functioning of individuals and communities, because if those are separated a less than optimal result can be expected. The body and mind work interactively, stimulated by the social environment. Intervention toward maximum potential and quality in everyday living should also encourage interaction with the natural world that sustains all creatures and on which everything depends. These pointers to directions for therapy are inclusive of WHO priorities for health in the 21st century.⁴

Health priorities and initiatives alter over time in response to the «cultural context, available facts about perceived human need, social values, and scientific and technical capability to intervene effectively».⁵ In the future many of the illnesses of the present will be prevented or controlled by advances in modern medicine and by social engineering. That will lead to improved insights about the promotion of health and well-being. The relationship between occupation and health needs to be understood as part of such insights and subsequent advances. In line with WHO occupational initiatives and priorities aimed at the population at large towards mental health should enable all people to have access to a range and balance of occupations that supports promotion of optimal well-being, prevents mental disorders, and treats and rehabilitates people affected by mental illness.²

The understanding and use of occupation as a primary factor in health and as treatment for mental illness has a long history. The final words in Robert Burton's 1651 *Anatomy of Melancholy*, for example, reads «be not solitary, be not idle»⁶; and WAF Browne's 1837 treatise on *What Asylums Were, Are, and Ought to Be* was based on the premise of «justice, benevolence and occupation»⁷. Occupational therapy is an extension of that long history.⁸ Fifty years ago a few forward thinking therapists suggested that the fundamental relationship of occupation to health should be researched to develop health promoting and preventive approaches. West, Cromwell, and Finn recognised the relationship as a universal phenomenon of great importance if it was based on an understanding of the association between health and occupation as a basic structural element of society.⁹⁻¹¹ Their directions lay dormant for many years, but are relevant to today's global interest in population health, in mental health, and the study of people as occupational beings known as occupational science. The latter might be described as a way of making sense of what people do. Like many aspects of ordinary life, making sense of what people do is remarkably complex, can embrace a frightening array of questions and many types of research.

Increased understanding of occupation as a basic structural element of human life would provide a framework for an increased understanding of its relationship to mental health. It would have the potential to extend notions about life skills,

lifestyles, mental, spiritual and socio-economic issues, human needs to engage with and in their worlds, opportunities and justice. It would enable recognition of where intervention to change the occupation/health nexus could be focused and enhance the effectiveness of treatment when illness is unavoidable, moving in accord with WHO directives.

A 2005 WHO report claims that mental health can be enhanced by effective public health interventions in climates that respect and protect basic civil, political, economic, social and cultural rights. Mental health is described in a positive sense, as the foundation for well-being and for effective functioning of both individuals and communities. It is a state «in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community»². The WHO focuses on personal, societal and environmental factors validating «the uniqueness of each person and the need to respond to each individual's spiritual quest for meaning, purpose and belonging» as part of health whilst recognizing that communities as well as individuals «must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs and to change or cope with the environment.»¹²

Occupational therapists have a duty to address the occupational basis or factors of mental and social ill-being that are a constant concern everyday and to act effectively towards the needs of both communities and individuals in the stress ridden, occupationally unaware, alienating, unhealthy and unjust world in which we live. They can support participation in a range of occupations that enable people «to flourish, fulfil their potential and experience satisfaction in a way consistent with their culture and beliefs». «They can help people 'choose for themselves: to be free of pressure, force, or coercion' or from 'participating in occupations that may threaten safety, survival or health' or 'that are dehumanising, degrading or illegal.'»¹³ They can recognize and work towards people everywhere doing, being, belonging and becoming healthily either individually or as a collective by building upon both the WHO and World Federation of Occupational Therapist's visions.

References

- World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion; 1986.
- Hermann H., Shekhar S., Moodie R. *Promoting Mental Health: Concepts; Emerging Evidence; Practice*, 1.^a ed. Geneva: World Health Organisation; 2005.
- An Encyclopaedia Britannica. Springfield. (10/04/2011). Available at: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/peace?show=0&t=1302880342>
- World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century; 1998.
- Last J.M. *Public Health and Preventive Medicine*, 1.^a ed. Stamford: Appleton & Lange; 1987.
- Burton R. *Anatomy of Melancholy*. 1.^a ed. Oxford: Henry Cripps; 1651.

Browne W.A.F. *What Asylums Were, Are, and Ought to Be*, 1.^a ed. London: Adam and Charles Black; 1837.

Wilcock A.A. *Occupation for Health: Vol. 1. A Journey from Self Health to Prescription*. London: COT; 2002.

West W. The emerging health model of occupational therapy practice. Zurich: 5th WFOT Congress; 1970.

Cromwell F. Our Challenges in the Seventies. Zurich: 5th WFOT Congress; 1970. p. 232-8.

Finn G. The occupational therapist in prevention programs. *Am J Occup Ther.* 1972; (2):49–66.

World Health Organization. *Health for All in the Twenty-first Century. Document A51/5*. Geneva: WHO; 1998.

World Federation of Occupational Therapists. Position Paper 2006: Human Rights- 21 July 2006.

Prólogo¹

Ann A. Wilcock, PhD, BAppScOT

La ocupación, en todas sus facetas, está íntimamente relacionada con la salud y la enfermedad. Sin embargo, la palabra «ocupación» rara vez es empleada por los profesionales de la industria de la salud en su sentido holístico. En su lugar, el concepto es dividido y sus partes son foco de diferentes disciplinas. Esto conduce a la falta de reconocimiento de que la ocupación, como un todo, es más que la suma de sus partes y de que, concebida así, tiene un mayor impacto sobre la salud. Esta falta de reconocimiento se produce, en parte, por la escasez de estudios, tanto en poblaciones sanas como enfermas, que profundicen en el sentido holístico de la ocupación. Puesto que la visión holística de la ocupación y su importancia para la salud han sido tan mal entendidas, estos estudios deben constituir un foco de interés central para los terapeutas ocupacionales. La investigación, así como la práctica, deberían reconocer que la ocupación puede ser un potencial negativo que da lugar a problemas de salud, así como también un potencial positivo que conduce al bienestar. Por este motivo, deberían aportarse diversas evidencias y articular una visión holística de la ocupación con el fin de lograr una buena salud basada en datos objetivos.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un gran número de gobiernos están enfatizando la importancia de mantener y mejorar la salud. El objetivo principal es evitar, en la medida de lo posible, la aparición de problemas de salud y discapacidad y reducir los crecientes costes que ocasionan los procesos patológicos. La OMS define como requisitos previos para la salud: «paz, vivienda, educación, alimentación, ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad» (1). Cuando éstos se consideran cuidadosamente se relacionan con el «hacer, ser, pertenecer a y llegar a ser²» de las personas, componentes de una visión holística de la «ocupación». El acceso a ellos varía según el país debido a factores geográficos y sociopolíticos, estrechamente relacionados con el nivel económico.

A día de hoy, los trastornos mentales como los relacionados con la infancia y la adolescencia, el abuso de sustancias, la violencia de género, la depresión y la ansiedad, son mayores y más acusados en situaciones de bajos ingresos económicos, alto índice de desempleo, condiciones de trabajo estresantes, escasa educación, discriminación de género, violación de los derechos humanos y estilos de vida no saludables (2). Aparte de estas diferencias, la estructura y las expectativas de las ocupaciones diarias en las distintas comunidades y sociedades se encuentran, a menudo, mediatizadas por la buena salud y las oportunidades de elección, que se inclinan en favor del control de una minoría. Dicho sesgo es una cuestión de injusticia ocupacional, que es un subconjunto importante de la justicia social y la equidad. No es raro que las personas que sufren enfermedades mentales padezcan

situaciones hostiles o perturbadoras, con su consiguiente falta de paz, que hace que sus problemas se vean agravados por una inadecuada comprensión de las injusticias ocupacionales.

La paz, además de su significado más obvio como el estado opuesto a la guerra, es un requisito importante de la salud mental. Abarca la tranquilidad personal, «verse liberado de pensamientos o emociones inquietantes u opresivos» y «la armonía en las relaciones personales» (3), *que son parte integrante del ser y de la pertenencia.*

Sin embargo, los requisitos previos para la calidad de vida y la salud mental no pueden ser satisfechos plenamente por la voluntad política o por medio de panfletos sobre el bienestar, sino que requieren intervenciones dirigidas a proporcionar a las personas oportunidades de bienestar físico, mental y social alcanzadas a través de ocupaciones significativas. Estas oportunidades pueden también realzar aspectos comunes e individuales, ligados a la naturaleza, las necesidades, las capacidades y potencial, proporcionar apoyo a la cohesión de la comunidad y mejorar la comprensión y unión inseparable de la justicia ocupacional y social. Los terapeutas ocupacionales que trabajan en el ámbito de la salud mental deberían tener como objetivo de sus programas el mantenimiento y la mejora del bienestar físico, psicológico, espiritual y social de los individuos y de las comunidades, porque si estas dimensiones se separan, se puede esperar un resultado menos óptimo. El cuerpo y la mente funcionan de forma interactiva, estimulados por el entorno social. La intervención que persigue el desarrollo del máximo potencial y calidad en la vida diaria también debería fomentar la interacción con el mundo natural, que es la base de la vida y de la que todo depende. Estas intervenciones forman parte de las líneas prioritarias de salud de la OMS para el siglo XXI (4).

Las prioridades y las iniciativas respecto a la salud de la población se ven modificadas a lo largo del tiempo condicionadas por el «contexto cultural, los datos disponibles sobre la percepción de las necesidades humanas, los valores sociales y la capacidad científica y técnica para intervenir de forma eficaz» (5). En el futuro, muchas de las enfermedades actuales se podrán prevenir o controlar gracias a los avances sociales y de la medicina moderna. Esto dará lugar a una mejora de nuestros conocimientos o perspectivas sobre la promoción de la salud y el bienestar. La relación entre la ocupación y las necesidades de salud debería entenderse como parte de dichas perspectivas y avances futuros. De acuerdo con la OMS, las iniciativas y prioridades ocupacionales destinadas a la salud mental de la población general deberían permitir que todas las personas tengan acceso a ocupaciones de una forma amplia y equilibrada, de tal manera que éstas apoyen la promoción de un óptimo bienestar, la prevención de los trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades mentales (2).

El entendimiento y uso de la ocupación como factor primordial de la salud y como tratamiento para la enfermedad mental tiene una larga historia. Por ejemplo, las palabras finales en *Anatomy of Melancholy*, de Robert Burton (1651) son «no seas solitario, no seas ocioso» (6), así como el clásico *What Asylums Were, Are, and Ought to Be*, escrito por W.A.F. Browne (1837), basado en la premisa de «la justicia, la benevolencia y la ocupación» (7). La terapia ocupacional es una extensión de esta

larga historia (8). Hace 50 años, un grupo de terapeutas precursores sugirieron que la relación fundamental de la ocupación y la salud debería ser objeto de investigación con el fin de desarrollar la promoción de la salud y los enfoques preventivos. West, Cromwell y Finn reconocieron esta relación como un fenómeno universal de gran importancia si se basaba en una comprensión de la asociación entre la salud y la ocupación como un elemento estructural básico de la sociedad (9-11). Sus enfoques permanecieron latentes durante muchos años, pero, en la actualidad, son relevantes para los intereses globales de la salud de la población, de la salud mental, y el estudio de las personas como seres ocupacionales, lo que se conoce como ciencia de la ocupación. Esto último podría describirse como una forma de dar sentido a lo que la gente hace. Al igual que muchos aspectos de la vida cotidiana, dar sentido a lo que la gente realiza es extraordinariamente complejo, puede abarcar un aterrador despliegue de preguntas y muchos tipos de investigación.

Aumentar nuestra comprensión de la ocupación como elemento estructural básico de la vida humana puede proporcionarnos un marco para una mayor comprensión de su relación con la salud mental. Además, tendría el potencial de ampliar las nociones de habilidad, estilo de vida, aspectos de índole psíquico, espiritual y socioeconómico, y las necesidades humanas para comprometerse con y en el mundo, las oportunidades y la justicia. De acuerdo con las directrices de la OMS, esto permitiría el reconocimiento de que la intervención centrada en el cambio del nexo ocupación/salud podría mejorar la eficacia del tratamiento cuando la enfermedad es inevitable.

Un informe de la OMS de 2005 afirma que la salud mental puede ser mejorada gracias a intervenciones de salud pública eficaces en climas que respeten y protejan los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos. La salud mental es descrita en un sentido positivo, como fundamento o base para el bienestar y para el funcionamiento eficaz de los individuos y las comunidades. Es un estado «en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su comunidad» (2). La OMS se centra en los factores personales, sociales y ambientales que validan «la singularidad de cada persona y la necesidad de responder a la búsqueda espiritual de significado, propósito y pertenencia del individuo» como parte de la salud, mientras reconoce que tanto las comunidades como los individuos «deben ser capaces de identificar y darse cuenta de las aspiraciones, de satisfacer las necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente» (12).

Los terapeutas ocupacionales tienen el deber de dedicarse a los factores o bases ocupacionales del bienestar mental y social, que son una constante preocupación diaria, y actuar con eficacia en relación con las necesidades de las comunidades y de los individuos en situaciones de estrés, situaciones de falta de conciencia ocupacional, de marginación, de insalubridad y de injusticia en el mundo en el que vivimos. Pueden apoyar la participación en una gama de ocupaciones que permitan a las personas «crecer, desarrollar su potencial y su satisfacción personal de una manera coherente con su cultura y creencias». «Pueden ayudar a la gente a ‘elegir por sí mismos: liberarse de situaciones de presión, fuerza o coacción’ o de

‘participar en ocupaciones que pueden amenazar la seguridad, la supervivencia o la salud’ o ‘que son deshumanizantes, degradantes o ilegales’» (13). Pueden trabajar teniendo en cuenta a las personas haciendo, siendo, perteneciendo y llegando a ser saludables, ya sea de forma individual o colectiva, aprovechando la construcción de una visión compartida por la OMS y la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT).

- ¹ Traducción: Lucía Vilanova Trillo. Revisión de la traducción: Pedro Moruno Miralles y Miguel Ángel Talavera Valverde.
- ² Nota de los compiladores.: los conceptos *doing, being, belonging and becoming*, acuñados por Ann A. Wilcock, pueden revisarse con mayor detenimiento en: Wilcock A. Occupation for health. Br J Occup Ther 1998;61: 340-45 y Wilcock A. Reflections on doing, being and becoming. Can J Occup Ther 1998;65:248-56.

Prefacio

El texto que tiene entre sus manos se estructura en cinco secciones en las que se revisan aquellos conocimientos que, imbricados, moldean el quehacer del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental. Tal disposición refleja nuestro modo de ver y pensar la disciplina y su ejercicio profesional.

Aquello que hacemos en nuestros lugares de trabajo adquiere una forma modelada por fuerzas diversas y sólo conociéndolas podemos entender, interpretar y reflexionar sobre nuestra labor. Plenamente de acuerdo con Rogers y Holm (1990), las influencias que conforman nuestra práctica profesional pueden reunirse en dos grandes categorías; a saber: los escenarios de la práctica y el propio terapeuta ocupacional. Dentro de los *escenarios* encontramos la manera en que se concibe el *dominio* que concierne a la terapia ocupacional –nunca ajena al entramado social, cultural, económico, ideológico e histórico en que cualquier conocimiento se inscribe– y el *encuadre* de la práctica, los lugares en que ejercemos como terapeutas ocupacionales. Lugares orquestados por elementos estructurales (entre otros, físicos, económicos y humanos), teóricos (filosofía de tratamiento o modelo teórico), en los que se atiende a una población con unas características particulares (principalmente, en relación con su edad y condiciones de salud). En lo que respecta al terapeuta ocupacional, su formación, experiencia, el modelo de práctica o marco teórico en que se apoye, su modo de concebir qué es la salud y la enfermedad mental, la ocupación y la interdependencia de ambas son determinantes de su ejercicio profesional.

Cada actividad terapéutica llevada a cabo se inscribe y sostiene en la urdimbre que crean todos los elementos que acabamos de reseñar. Como pieza de un rompecabezas, *nuestra actividad* como terapeutas ocupacionales sólo cobra su verdadero sentido contemplada como resultado de la combinación de los conocimientos teóricos que la orienta, la habilidad y experiencia que poseemos y el lugar en que se ubica nuestra acción. Sólo arrojando luz sobre ellos podemos entender fielmente nuestro quehacer cotidiano y sus consecuencias.

Considerando lo que acabamos de decir, los capítulos de la sección IV, dedicados a la intervención, son útiles si los leemos vinculados con los contenidos de la sección anterior, dedicada a los escenarios de la práctica. Que una actividad adquiera valor terapéutico depende en gran medida del escenario concreto en que se realice –en el que contamos con unos recursos, nunca ilimitados – , de su ajuste a las características de la población a la que va dirigida y del terapeuta ocupacional que la conduzca –que posee destrezas y experiencias particulares.

Además, tal actividad está indisociablemente unida a los principios metodológicos que la organizan, a través de planes de intervención o tratamiento basados, a su vez, en una evaluación previa. De cualquier otra forma proponer actividades es, en el mejor de los casos, utilizar una especie de recetario, en el peor, fruto de afanes voluntariosos. Por este motivo, los aspectos metodológicos de la práctica de la terapia ocupacional en salud mental, inseparables del proceso de intervención, se revisan pormenorizadamente en la sección II, de lectura indispensable para comprender las secciones siguientes.

Asimismo, el método es deudor de la conceptualización teórica que asuma cada terapeuta ocupacional sobre la salud y la enfermedad mental, el valor terapéutico de la ocupación y las relaciones entre unas y otros. En otras palabras, la metodología que ordena nuestro trabajo se sostiene en perspectivas teóricas que nos permiten aprehender qué es la ocupación, qué la salud y la enfermedad mental y cómo ambas se influyen mutuamente. Es por esta razón que es imposible entender los principios metodológicos que proponemos sin estudiar previamente los contenidos revisados en la sección I, dedicada a las perspectivas teóricas sobre la salud mental.

Aun a riesgo de equivocarnos, hemos apostado por presentar una visión de la terapia ocupacional en salud mental lo más amplia posible, sin renunciar a incorporar perspectivas distintas a la nuestra y proponiendo un discurso lo más plural posible. No obstante, también hemos arriesgado nuestro punto de vista, la manera en que entendemos y practicamos nuestra disciplina. Si pudiésemos resumirlo en sólo unas líneas, es aquel que concibe la terapia ocupacional basada en la utilización terapéutica de la ocupación cotidiana, aquella que hacemos cada día, aquella que organiza el discurrir de nuestra vivencia del tiempo y nos sirve de vehículo para insertarnos en el medio social y cultural que nos rodea, aportando significado a nuestra experiencia vital.

Desearíamos que este libro se leyera interpretando los contenidos expuestos en cada capítulo como piezas de un entramado, que sólo adquieren su significado cabal si se leen articulados con el resto de los contenidos de los demás capítulos. También deseamos que tal lectura pueda contribuir a comprender mejor qué hacemos los terapeutas ocupacionales, nuestras limitaciones y potencial, y que tal entendimiento abra nuevas posibilidades de cambio y de crecimiento.

También nos gustaría advertir que este libro dispone de una página web en la que se encuentran, vinculadas a cada capítulo, diversas actividades formativas (preguntas de autoevaluación, laboratorios, documentos y casos clínicos), cuyo propósito es que el lector amplíe y aplique los conocimientos teóricos a través de la elaboración de ejercicios prácticos, mejorando así la comprensión de los temas tratados.

No nos gustaría concluir este prefacio sin dar las gracias a todos aquellos que han creído en el proyecto y lo han impulsado con su dedicación, esfuerzo, afecto y paciencia. Especialmente a las editoras Ana Martín y Mercè Brossa, a Ann A.

Wilcock por la redacción del prólogo y a Lucía Vilanova por su colaboración en la traducción, a Carmen Padilla, y a María José Bartolomé y a todos los colaboradores que han participado en la redacción o revisión de los capítulos. Cómo no, también pedir disculpas por nuestros errores de palabra, obra u omisión.

Para finalizar, no renunciamos a un postrero comentario personal. Este proyecto, que surgió durante un almuerzo en la ciudad de Granada, hace ya algunos años, se ha hecho realidad gracias a la ilusión y el deseo que aún nos une a la terapia ocupacional. Como cualquier empeño humano, no ha estado exento de costes; esperamos que el resultado final supere con creces lo perdido.

Miguel Ángel Talavera Valverde, Pedro Moruno Miralles

Parte I

Bases teóricas

Sección 1
Perspectivas de la salud y la
enfermedad mental

Historia social y cultural de la psiquiatría y la enfermedad mental

A. Pazos Garciandia

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Notas para una historia social de la problemática moderna de la locura

La construcción social de las enfermedades mentales

La depresión, «mal del fin de siglo»

La memoria como problema

Psiquiatría, enfermedad y cultura

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer las ideas en las que se apoya el análisis sociohistórico de la psiquiatría.
- Identificar los aspectos que nos permiten estudiar la construcción social de los trastornos psiquiátricos y del concepto de salud mental.
- Conocer las perspectivas de estudio y uso de la noción de cultura en el ámbito de la antropología y la psiquiatría de contextos interculturales.

Introducción

En este capítulo se invita a realizar una aproximación a las dimensiones sociales y culturales de la psiquiatría y de la enfermedad mental. La idea rectora es que este conocimiento social y cultural es necesario para entender la posición y las perspectivas del saber y la práctica psiquiátricas. No obstante, persigue, fundamentalmente, clarificar lo que se entiende por dimensiones sociales y culturales, explicitando aquello a lo que debemos atender cuando hablamos de la psiquiatría o de la enfermedad mental como entidades sociales.

Se presentan, en primer lugar, unas notas para indicar lo que es una historia social de la psiquiatría. Ésta se distancia de lo que sería la historia heroica del proceso lineal y continuo de constitución, al margen de otras lógicas históricas, de un cuerpo de conocimiento e intervención cada vez más racional e iluminado de la verdad de la «locura». Además de enmarcar la medicina mental en otros devenires (sociales, políticos o económicos), esta aproximación concibe que la historia de la disciplina no es la progresiva articulación de elementos que se han ido presentando de manera dispar desde momentos más o menos remotos, sino que distingue en ese transcurso problemas específicos, de diferente orden, que durante un tiempo constituyeron aquel saber; lo que interesa no es una historia eterna de los conocimientos, las prácticas, las terapias, los términos y conceptos con los que se ha hecho frente a un objeto permanente para las sociedades humanas («la locura»), sino, de manera más concreta, las articulaciones específicas de determinados momentos históricos, períodos o situaciones sociales.

Por esa razón, hablamos también aquí de «construcción social de la enfermedad mental». No se considera a los trastornos como expresiones de una entidad trans-histórica, sino como problemáticas singulares, que se plantean, no necesariamente en tanto que asuntos médicos, en diferentes ámbitos y ante diversas instituciones sociales.

En la misma línea, se considera finalmente la importancia que ha tenido para la práctica psiquiátrica el concepto antropológico de «cultura»; pero, sobre todo, el interés que posee hoy día este concepto, dadas las condiciones de globalización y la inmersión de la psiquiatría en un mundo en el que se abordan cada vez con más intensidad contextos y realidades interculturales particularmente complejos. Los usos de la «cultura» y la apelación a dimensiones culturales no dejan, sin embargo, de resultar problemáticas, en éste como en otros ámbitos actuales de la intervención. En este sentido, la aplicación del concepto debe ser consciente de estas ambivalencias, y desarrollarse como un ejercicio reflexivo.

Notas para una historia social de la problemática moderna de la locura

Con frecuencia la historia de la psiquiatría se reduce al proceso de «naturalización» de la enfermedad mental. Esta visión genérica debe matizarse y reformarse en diversos aspectos. Da por supuesto que el proceso de que se trata sería una evolución única, lineal, uniforme y simple desde una concepción religiosa hasta un concepto psiquiátrico de la «locura». Se asienta en la idea de que la historia en cuestión tiene un objeto que permanece igual a sí mismo más allá de los diversos conocimientos con los que es abordado a lo largo del tiempo.

En realidad, la historia de la psiquiatría no se dedica (o al menos no debería hacerlo) a periodizar discursos sobre la «locura» en general, sino que se ciñe al estudio de síndromes específicos (como la histeria, la depresión o la esquizofrenia). Esta historia no supone un estatuto trans-histórico a ninguna de esas entidades. En cierto modo, el ser natural de esos trastornos no es significativo para ella. Que, por ejemplo, se pueda atribuir la esquizofrenia a factores genéticos resulta irrelevante para su enfoque histórico, en tanto que hecho cultural y discursivo, y aunque estuviera efectivamente así predeterminada por factores genéticos, su historia, como su sociología y su antropología social, revelan variaciones que no pueden dejar de explicarse: que los síntomas clásicos de la esquizofrenia no aparezcan hasta finales del siglo XVIII, y que afecten a lo largo del siglo XIX a un número creciente de pacientes; que el más relevante de dichos síntomas—las alucinaciones auditivas—evolucione en sus contenidos y frecuencia según lo relatado por los pacientes, o que los afectados en una población como los Iban de Borneo presenten aquellos síntomas, pero no las perturbaciones del pensamiento subjetivo habituales en esquizofrénicos occidentales.

Desde esta perspectiva, no estaríamos ciertamente refiriéndonos a un mismo objeto conceptualizado de manera distinta cuando hablamos de la «locura divina» griega y de la noción de «enfermedad mental»; en contra de las apariencias, una y otra no forman parte de una misma historia. Si el «enfermo de los dioses» de los Thonga o el chamán siberiano son seres sagrados, que actúan de manera aceptable para su sociedad, y presentan experiencias subjetivas diferentes de las de un histérico o un esquizofrénico, entonces no estamos ante el mismo fenómeno histórico. Difícilmente pueden, el historiador o el antropólogo social, hablar en este caso de «histeria» o «esquizofrenia» «conceptualizadas de otra manera». La enfermedad mental nunca existe al margen de los discursos y de las prácticas que la hacen existir socialmente y en el plano experiencial o subjetivo.

Por lo demás, la historia de la psiquiatría no podría ser una historia meramente

conceptual y limitada al punto de vista de la propia disciplina. Su mirada se dirige igualmente a los modos de gestión y a las prácticas relativas a los trastornos, y presta atención a la compleja articulación, en estos tratamientos prácticos, de perspectivas de especialistas y de experiencias de los pacientes. El trastorno mental es, además, un idioma que desarrollan pacientes y médicos en un marco cultural que los rodea, de manera que la historia de la concepción y del tratamiento del trastorno no consiste sólo en describir teorías y prácticas sin más, ni se puede limitar a relatar la experiencia subjetiva del paciente. Tiene que plantearse mostrar cómo teorías, prácticas y experiencias subjetivas emergen de un fondo cultural e histórico compartido y negociado de creencias, preconcepciones y expectativas.

De acuerdo con todo ello, la historia, la sociología o la antropología social de las prácticas psiquiátricas no reducen su ámbito de investigación al campo estricto de la psiquiatría, sino que se trata de ubicar éstas en contextos sociales, políticos y culturales. Se podría decir que son las lógicas de otros dominios históricos las que con frecuencia pueden dar cuenta de lo que ocurre dentro del dominio de la psiquiatría, como si la historia de ésta formara parte, en realidad, de otras historias, como la de las nociones de persona, los modos de gobierno y control social, o los procesos económicos y las transformaciones sociales.

Fundamentalmente, la historia de la psiquiatría es parte de una historia de las formas de subjetivación; es decir, de los modos como se han constituido tipos de sujeto humano, con experiencias específicas, en torno a determinados problemas sociales, políticos y subjetivos. Así, la noción de la locura propia de la Ilustración, que la entiende como una especie de patología de la libertad (momento fundacional de la «experiencia moderna de la locura»), frente a la idea anterior del loco como ser libre, muestra que aquella historia tiene que ver con la problematización y la gestión de cuestiones políticas y subjetivas como la razón, la libertad, la autonomía o la voluntad. Es un asunto político nuclear de la sociedad moderna llegar a precisar los límites de la conducta racional; de aquí que se cuestione el estatuto como sujetos de derecho (libres, iguales) de los locos (o de otras figuras como los niños o las mujeres) durante el siglo XVIII. Además, el tema se planteará vinculado a otro, que es el carácter más o menos peligroso para la sociedad de la conducta del loco. Como vamos a ver, todo ello permite comprender que la psiquiatría se constituyera, con el alienismo, en una ciencia moral, diferente y alejada de una ciencia médica; y que a lo largo de los siglos XIX y XX haya mantenido relaciones problemáticas con la medicina.

La «psiquiatría» y la «enfermedad mental» se constituyen y se desarrollan en interrelación mutua desde el siglo XVIII. Si ubicamos estos orígenes en ese momento, no es porque antes no aparezcan formas próximas a lo que surge en ese siglo en Europa, sino porque la historia de la «psiquiatría» o de lo que llamamos «enfermedad mental» tiene sentido en conexión con problemáticas que se articulan y se plantean desde entonces. No se trata, en esta historia, de datar el primer esbozo de

tal o cual actitud, tratamiento o tecnología, como elementos aislados o desconectados, sino de hacer una historia del presente, es decir, una genealogía de la estructura en la que se insertan hoy la enfermedad mental y la psiquiatría; se trata de delimitar el proceso histórico en el que toma forma como tal este presente (y no alguno de sus elementos).

A finales del siglo XVIII cristaliza en Europa una problemática que, mediante metamorfosis diversas (no permaneciendo siempre igual), perdurará hasta hoy como «problemática moderna de la locura». Es lo que podríamos llamar también «experiencia psiquiátrica de la locura», su conceptualización y tratamiento como «enfermedad mental» en el seno y a través del cuerpo de conocimientos y prácticas psiquiátricos. Para entender esta relación entre el nacimiento de la psiquiatría y el surgimiento del concepto de «enfermedad mental» desde finales del XVIII, deben ponerse uno y otro en contraste con lo que había sido la «experiencia de la locura» anterior en Europa. Esta «experiencia» durante los siglos XVII y XVIII es lo que se conoce como el «gran encierro». Durante estos dos siglos, los locos son encerrados junto con otras figuras problemáticas (ancianos, epilépticos, vagabundos, afectados por enfermedades venéreas, entre otros), sin distinción, en un nuevo tipo de institución.

El «gran encierro» no respondía a objetivos o necesidades médicas; obedeció, más bien, a una gestión de nuevas problemáticas sociales, que tienen que ver con los cambios económicos de la época (aumento del desempleo, cercado de campos, subidas de precios, entre otros) que arrojan a la mendicidad y al vagabundeo a importantes contingentes de población. En este sentido, las medidas de encierro fueron fundamentalmente mecanismos de control de diversos personajes sociales, entre los que se encuentran los locos, que sólo tienen en común la peligrosidad que suponen para el orden social.

La institución de encierro es el hospital, establecimiento que durante este período sufre importantes modificaciones; si en la Edad Media había sido una organización fundamentalmente eclesiástica y centrada en la asistencia médica, en este momento se seculariza y se convierte en un dispositivo de aislamiento (siguiendo el modelo de las antiguas leproserías). El caso originario y, desde luego, más ilustrativo de esta nueva institución es el Hôpital Général de París, fundado en 1656, que marcará el tono de lo que serán posteriores establecimientos semejantes. En poco tiempo se extiende una red de casas de internamiento similares por toda Europa. El loco queda así clasificado junto con otras figuras marcadas por la incapacidad de trabajar y la imposibilidad de integración en la sociedad. A finales del siglo XVIII, la reforma que «liberará» a los locos de este encierro y con la que nacerá la aproximación moderna se definirá a sí misma contra esta «experiencia» anterior, aunque esté relacionada de manera ambivalente con ella.

El inicio de la psiquiatría está ligado a las críticas del «gran encierro», a medidas como la «liberación» de los locos por parte de Pinel, y al asentamiento, en definitiva,

de la problemática moderna de la locura. A principios del XIX se extiende el escándalo producido por el encierro, que había juntado sin distinción a locos y cuerdos en lo que sus críticos no dudaban en denominar «prisiones». Al mismo tiempo, las instituciones de internamiento habían ido mostrando su ineficacia en lo que se refiere a sus funciones sociales y económicas, de manera que se van vaciando de las figuras que acompañaban a los alienados, y se van perfilando progresivamente como lugares de terapia. Hay que tener en cuenta que en la economía política, desde mediados del XVIII, venía planteándose la relación entre riqueza y trabajo, de donde se seguía la necesidad de reinsertar a los improductivos en los circuitos productivos en lugar de recluirlos. El fin de la fórmula del encierro tiene que ver con una profunda reorganización del trabajo.

Cuatro son las líneas de cambios que llegarán a constituir la problemática moderna de la locura, cristalizada con el alienismo como paradigma, pero que perdurará con diversos efectos hasta hoy. En primer lugar, cambios políticos, asociados con el desmoronamiento del Antiguo Régimen y con la ruptura del equilibrio de poderes anteriormente dominante entre la Administración real, el aparato judicial y las familias. En segundo lugar, el surgimiento de nuevos agentes sociales (jueces, fiscales, Administraciones locales o médicos) que, aunque no sustituyen de inmediato a la estructura precedente, irán redefiniendo el campo hasta llegar a una estructura nueva en la que la medicina será una pieza central. Tercero, la reconceptualización del loco como enfermo; es decir, el abandono de su asimilación con criminales, vagabundos y otros marginados, y su singularización diferencial en un nuevo estatuto. Por último, los cambios institucionales que conducen a la instalación de una nueva organización hospitalaria sobre la antigua, criticada y desprestigiada.

Es necesario tener en cuenta el entramado que tejen estas líneas de cambios en su conjunto, porque lo significativo en este período es la introducción y la imposición de la medicina mental en los antiguos lugares de internamiento, de donde estaba ausente hasta entonces, así como las funciones políticas que desde ahí va a desempeñar. Lo novedoso, ciertamente, no es que surja una mirada médica sobre la locura, algo existente ya en otros momentos, aunque no se entendieran los trastornos como «enfermedades mentales»; lo realmente nuevo es que la medicina mental, desde y a través de la reorganizada institución asilar, va a promover una gestión técnica de antagonismos sociales.

La historia de la psiquiatría en Francia es, a este respecto, modélica. Tras la Revolución Francesa el loco aparece como figura y asunto político: carente de razón, no puede ser sujeto de derecho, responsable, como tampoco puede ser objeto de sanción. La sociedad surgida tras la Revolución no descansa en la soberanía real sino en un modelo contractual; ahora bien, el modelo social del contrato precisa de sujetos dueños de sí (en todos los sentidos). El niño, el proletario o el criminal serán personajes problemáticos, y entre todos ellos destaca el loco como una anomalía

singular. Si la medicalización de la locura desempeña, entonces, una función social y política es justamente ésta, la de dotar al loco de un nuevo lugar jurídico, social y civil como «alienado».

Un factor importante de esta medicalización fue el desarrollo de una tecnología hospitalaria, el asilo, a partir y a través de un proceso de reflexiones, reajustes y cambios de los antiguos establecimientos de internamiento. En este sentido, la labor de Pinel no es tanto la liberación humanitaria de las cadenas que oprimían a los locos, sino una fundamental racionalización del espacio del hospital. No se trató de una ruptura con, o de una crítica de la institución anterior, sino de una reordenación que tenía que permitir un tipo de saber de la locura (el que aportan las clasificaciones nosográficas calcadas de las clasificaciones de la medicina general del siglo XVIII) y una intervención eficaz sobre ella (el «tratamiento moral»). La medicina mental es la primera medicina social. Su voluntad reformadora se expresa en su objetivo central, que es la normalización social y la transformación de los sujetos; se expresa también en el espacio en el que trabaja, el asilo, lugar de la institucionalización de la locura como entidad singular, diferente de las categorías sociales con las que se mezclaba antes; se expresa finalmente en la situación de ruptura con el medio exterior en que coloca a los alienados, y en su sometimiento, como menores o disminuidos, a la autoridad médica y al poder disciplinario.

El alienismo que se impone desde finales del siglo XVIII hasta mediados del XIX atiende a los síntomas, a los que directamente se dirige el «tratamiento moral». Dejando de lado los esquemas organicistas, que reaparecerán más tarde, a finales del XIX, la medicina mental se desarrolla durante este siglo en un sentido contrario a la evolución de la medicina general. En la medida en que se considera que el mal es curable, la intervención práctica que se dirige a los síntomas orienta el conjunto, y desplaza la mirada desde el interior de los organismos hacia el exterior, a los efectos del medio social. Los orígenes de la psiquiatría como medicina social tienen que ver con los temas fundamentales de reflexión de la época, como la relación entre el proceso civilizatorio y la enajenación, o la inquietud generalizada por las consecuencias morales y los efectos patógenos de la miseria y de las condiciones sociales de vida (la problematización de los medios sociales).

En este contexto el «tratamiento moral» es el modo de intervención dominante respecto de la locura, aunque no se excluya el recurso a otros medios terapéuticos, desde los medicamentos hasta la hidroterapia. Se intenta, básicamente, disciplinar mediante la activación de un dispositivo que ordena actividades, espacios y tiempos; la institución asilar, separada del problemático medio familiar y social, es el lugar en el que más adecuadamente puede desplegarse esta pedagogía del orden.

El conjunto de técnicas disciplinarias del asilo, que persigue la recuperación de la razón, se entiende sociológicamente como herramienta de normalización y reinscripción de los sujetos. En este sentido, se propondrá la aplicación del modelo de tratamiento (moral) que impulsa la medicina mental a otras poblaciones en otros

medios. Desde principios del siglo XIX, los alienistas están trabajando en un dispositivo técnico que podría, en realidad, resolver diversos problemas de control de poblaciones marginadas. El modelo disciplinario pasa a ser una clave fundamental del sometimiento y de la remoralización de las clases populares, consideradas peligrosas. El asilo viene a resultar una realización aproximada de los sueños perfeccionistas de reforma social. Sobre esta base se desarrollará la literatura psiquiátrica relativa al valor socializador del trabajo ordenado, regular, disciplinado, eje del tratamiento moral. El trabajo dentro de los asilos, económicamente rentable y socialmente moralizador, conecta la lógica institucional con el espíritu capitalista.

La generalización del modelo alienista de la medicina mental, aliada con la Administración política, no impidió, desde luego, la existencia embrionaria de un sector privado que, en buena medida, prolonga la tradición de las instituciones de «caridad» del Antiguo Régimen, y que trata directamente con las familias, eliminando la intervención del poder público. En países como Francia, el sector privado, especialmente religioso, mantuvo una concepción antirracionalista y mística de la enfermedad mental. Este sector permitió a las capas pudientes de la población escapar al régimen común, acogiendo al menos a los cuadros clínicos más leves.

Desde mediados del siglo XIX el asilo inspiró el mismo tipo de reflexiones críticas que anteriormente habían suscitado los establecimientos del «gran encierro», impulsando una reforma interna. Al mismo tiempo se da una tendencia contraria hacia la universalización del tratamiento moral, desplazando la acción fuera de la institución y extendiendo medidas preventivas a toda la sociedad. En cierta medida, se perfila un sistema con dos polos que divergen, presidido por el desajuste entre la práctica hospitalaria y la práctica extrahospitalaria. Por un lado, el espacio del asilo se recompone para hacer de él un lugar auténticamente médico: se disocian los «verdaderos» enfermos de aquellos otros (crónicos, seniles, entre otros) que quedan del lado de la asistencia. La alienación aparece como una entre otras enfermedades. Ya en el siglo XX se va a producir un auténtico giro en la historia del saber psiquiátrico. Se ha ido abandonando la unicidad de la alienación mental (ligada al ejercicio psiquiátrico–alienista–como medicina social), en beneficio de una perspectiva más médica, centrada en el diagnóstico diferencial de las afecciones mentales. Recolectar, ordenar y clasificar múltiples signos y síntomas de trastornos mentales reagrupados en síndromes y en enfermedades, en función de criterios observables, es ahora el objetivo básico. Se trata de romper con la ilusión de una etiología única de las enfermedades, y de aportar la prueba concreta de que la observación clínica es el modo privilegiado del conocimiento psiquiátrico. Por otro lado, se desarrolla una línea de actuación dirigida fuera de la institución, a intervenir directamente en los lugares de emergencia de la locura o en instituciones no sanitarias como el ejército, la familia o la escuela, en una labor constante de chequeo y prevención. Este control de riesgos en una intervención generalizada sobre el medio supone, en realidad, una ampliación del tratamiento moral hasta entonces limitado al

contexto del hospital.

En realidad, el «deshielo» de la estructura asilar, herencia del alienismo, y la apertura de la psiquiatría a la sociedad no se producirán hasta después de la Segunda Guerra Mundial en Europa. En el contexto optimista de la posguerra, la psiquiatría amplía sus funciones sociales, en la línea, por lo demás, del higienismo decimonónico. El objetivo ahora no es tanto el control social (protección de la sociedad; restablecimiento y reintegración de sujetos enfermos-desviados), sino la presencia constante en el medio; el psiquiatra es menos un vigilante-terapeuta que un mediador entre locura y sociedad. Las experiencias de apertura del asilo sobre la comunidad llevan, por ejemplo, en Francia, al desarrollo de la «psicoterapia institucional» primero, con la introducción del psicoanálisis y el debate sobre la institución en el seno de la institución misma, y de la «psiquiatría en la comunidad» más tarde, con el establecimiento de los sectores. En este contexto, no deja de ser paradójica la crítica que lleva a cabo en la década de 1960 la «antipsiquiatría», fundamentalmente en Inglaterra e Italia, pues se produce en un momento en el que la psiquiatría está dando pasos justamente hacia la desagregación de los enfermos mentales. Podría entenderse, en cierto modo, como si estuvieran llevando al extremo algunas de las tendencias que se venían desarrollando ya desde la década de 1940. Quizá la incomprensión y las confusiones con respecto a este movimiento crítico tengan que ver con las ambigüedades de la propia psiquiatría de la época, y las dificultades que encuentra para delimitar su campo y situarse en la sociedad contemporánea.

Por otra parte, se viene produciendo desde hace 60 años un cambio de paradigma en la psiquiatría europea y norteamericana. Es cierto que la historia de la psiquiatría está presidida, desde el alienismo, por una permanente tensión que parece hacer de ella un saber doble. Desde el «tratamiento moral» del alienismo hasta la teoría de la degeneración, el regreso posterior, en el siglo XX, a las psicoterapias, para más tarde, con la revolución de los fármacos, volver al otro polo, esa historia parece bascular entre una orientación psicodinámica y una orientación biológica. Por lo demás, en la práctica cotidiana domina un eclecticismo pragmático. En un estudio etnográfico sobre la práctica psiquiátrica americana, Tanya M. Lohrman (1) ha mostrado la coexistencia del polo psicoterapéutico y el polo biológico en el trabajo ordinario, de manera que el mismo psiquiatra desempeña papeles distintos en distintos momentos, recurriendo al *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) para determinar medicaciones y dosificaciones, o a un abordaje centrado en el sujeto, en su historia personal, sus relaciones sociales y sus conflictos internos. Esta aproximación dual estaría, no obstante, desapareciendo en un contexto cada vez más marcado por las valoraciones «coste-eficiencia» en salud, en el que sólo los tratamientos farmacológicos pueden no ya ser eficaces sino *probar* algún tipo de eficacia. A través de aquellos vaivenes hay una línea de cambio dominante, un

desplazamiento desde un enfoque centrado en procesos psicológicos a un enfoque centrado en la clasificación de síntomas, desde un interés por la economía de los afectos hacia un interés por la cognición, desde un compromiso con la psiquiatría comunitaria a otro con la investigación biológica y el tratamiento farmacéutico.

La construcción social de las enfermedades mentales

Como se ha señalado anteriormente, la historia social de la psiquiatría no se ocupa tanto de, o no da por supuesto un objeto trans-histórico («la locura») que habría sido categorizado de diversas maneras por diferentes discursos y prácticas, sino que se interesa, más bien, por la construcción social (discursiva, institucional y experiencial) de síndromes específicos como la histeria, las neurastenias, la depresión, el estrés o la esquizofrenia. Cada uno de estos síndromes o enfermedades se considera como problemática socio-subjetiva singular, es decir, propia de un contexto social e histórico y que, en tanto que tal, tiene una génesis, sufre transformaciones y puede desaparecer.

En torno a ciertas poblaciones (mujeres, jóvenes, inmigrantes o soldados) o a determinados comportamientos, o hábitos, entre otros, se constituyen, a través de vías diversas, problemas sociales y subjetivos, que pueden eventualmente reconocerse como problemas sanitarios. La construcción de un problema socio-subjetivo y sanitario, desde luego, responde y alimenta a la producción de conceptos teóricos y modos de intervención y tratamiento de la psiquiatría; pero responde, igualmente, a relaciones y procesos sociales en diversos ámbitos institucionales del campo social, económico o político. Por lo demás, los sujetos mismos, individuales o colectivos, y no sólo las instituciones, participan de esta construcción. Como tal, que un asunto como el maltrato infantil o el alcoholismo llegue a ser reconocido como un determinado problema socio-subjetivo es consecuencia de la convergencia y del conflicto entre puntos de vista individuales (afectados, familias, médicos, asistentes sociales), colectivos (movimientos sociales, grupos en torno a una dolencia, enfermedad o problemática) e institucionales (Administraciones, aparato judicial, sanitario, instancias religiosas, partidos políticos, colegios profesionales), que luchan y compiten por definir algo como problema, y como un determinado tipo de problema.

Las problemáticas socio-subjetivas son una buena muestra de las correlaciones de fuerza que atraviesan la sociedad, y de los contrastes y conflictos, así como las evoluciones, no sólo económicas o políticas sino también ideológicas, en su seno. Manifiestan también modos de subjetivación y de experiencia propios de una sociedad, de ciertos sectores de ésta, de momentos históricos o de períodos de transformación.

El reconocimiento, pues, de un asunto (una actitud, un hábito, una población) como problema sanitario (y no de otro tipo), o como un determinado tipo de problema sanitario (como una enfermedad, por ejemplo), es un proceso práctico en el

que se ven involucrados diferentes agentes sociales con diversos puntos de vista sobre el asunto en cuestión, pero que se modifica, además, según varían las circunstancias del medio y las relaciones y correlaciones sociales. Un comportamiento como el consumo de drogas, por ejemplo, tiene diferentes significados o categorizaciones posibles, desde «alteración neurofisiológica» hasta «aventura adolescente» pasando por «conducta delictiva». De todos ellos, la sociedad elige, aunque no se haga siempre y en todos los lugares sociales la misma elección. El uso de drogas por vía intravenosa puede verse como una desviación social y, en algunos países, como un delito, en cuyo caso constituye un problema del registro represivo que activa la justicia y la policía. Desde que la psiquiatría se interesa por los drogadictos y por la situación de dependencia, proponiéndose como objetivo su intervención en la desintoxicación, se medicaliza el tema y se trata de conseguir una cura física que se supone que redundará en la mejora psíquica. Con la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), los usuarios de drogas por vía intravenosa son identificados de inmediato como «grupo de riesgo», pero en algunos países tardaron aún un tiempo en formar parte de los programas de intervención, debido a que la prevención, en su caso, mediante la distribución de sustitutos y el acceso a material estéril de inyección, suponía aceptar una práctica ilícita y, en última instancia, renunciar a la desintoxicación. Estas medidas no eran compatibles con el registro de «represión» y «cura»; el desarrollo de programas de administración de metadona y de dispositivos de cambio de jeringuillas indica la inscripción de la toxicomanía no como un «delito» que debe reprimirse o una «enfermedad» que debe curarse, sino como un «problema de salud pública» (que debe gestionarse).

Qué significa entender las enfermedades mentales como construcciones sociales puede ejemplificarse observando de qué modo trastornos concretos (en este caso, la depresión, la personalidad múltiple y el estrés postraumático) han sido estudiados en tanto que problemas sociales y subjetivos, constituidos a lo largo de un proceso histórico que implica fenómenos y acontecimientos de diverso orden.

La depresión, «mal del fin de siglo»

Una ilustración muy clara de la construcción social de enfermedades, que se puede abordar desde este punto de vista atento al modo como se llega a reconocer e imponer una problemática social y subjetiva, es el caso de la depresión. El sociólogo Alain Ehrenberg (2) ha estudiado cómo la depresión se ha ido imponiendo en tanto que malestar íntimo principal y relevante problema social en nuestra época. Trata de analizar esta historia de la depresión no como el descubrimiento actual de un trastorno mental perenne, sino como un síntoma de las mutaciones de las percepciones subjetivas producidas en la segunda mitad de siglo. La depresión viene a ser, en definitiva, un lugar particularmente privilegiado para comprender la singularidad de la época, de la individualidad contemporánea y de los dilemas que ésta se plantea.

Entender la construcción social de la depresión como «mal del fin de siglo» supone vincularla a los cambios normativos profundos de los modos de vida en la sociedad europea y norteamericana. Su afianzamiento como patología, o como denominación de uso generalizado para referirse a muy diferentes situaciones y estados, se relaciona con la sustitución de modos disciplinarios de gestión de las conductas por otros modelos normativos que, más bien, incitan a la iniciativa individual.

El modelo disciplinario, que en psiquiatría, como se ha señalado anteriormente, se había desarrollado con el «tratamiento moral» y la institución del «asilo», entra en crisis a partir de la Segunda Guerra Mundial y, particularmente, durante la década de 1960, en el contexto de asentamiento de la sociedad de consumo y de las políticas del bienestar. La relación con la norma, articuladora del orden social y de las experiencias subjetivas en los modos disciplinarios, cede ante un modelo de organización social y subjetiva centrado en la realización personal. Este cambio supone una transformación de las problemáticas (subjetivas, morales, psicológicas) de la individualidad, apreciable en ámbitos tan diversos de la vida como el familiar, la organización de empresas, la educación infantil, la consideración del ocio o las políticas culturales. Con el desfonde del modelo disciplinario se reorganizan las relaciones del individuo consigo mismo, con los otros y con la sociedad (las instituciones, las ideologías); se reorganizan, por así decirlo, las bases del pacto social. Forma parte de esta transformación la difusión de valores relativos a los resortes internos de la persona, en lugar de los relativos a su relación con la norma exterior: autonomía, motivación, iniciativa, comunicación, expresión, entre otros, ocupan el lugar de la obediencia, la fidelidad, la responsabilidad o la conciencia.

No es extraño que esta sociedad, cuyas normas no se fundan en la disciplina y la culpabilidad sino en la iniciativa y la responsabilidad, reconozca y difunda un

malestar específico. La depresión es el envés patológico de las nociones propias de aquel modo de subjetivación: una enfermedad de la responsabilidad en la que domina el sentimiento de insuficiencia, un mal que marca la impotencia de vivir expresada en la tristeza, la astenia, la inhibición, la dificultad para emprender la acción. En suma, el «éxito» de la depresión como categoría y como problema socio-subjetivo medicalizado (psiquiatrizado) tiene que ver con el declive del conflicto como núcleo central del sujeto durante el siglo XIX. A esta noción «conflictual» del sujeto estaba ligado el «éxito» decimonónico de las neurosis. Así como éstas acechaban a un individuo que se experimentaba dividido por sus conflictos y desgarrado por una partición entre lo permitido y lo prohibido, la depresión amenaza a un individuo aparentemente emancipado de las prohibiciones, pero atravesado por el dilema de lo posible y lo imposible. Y si el psicoanálisis es un saber y un tratamiento ligado a aquéllas, es explicable que la problemática de la depresión haya venido, por su parte, vinculada a la de las adicciones, y al éxito de los fármacos para la consecución de la felicidad.

La memoria como problema

En un trabajo ya clásico de la antropología médica, Allan Young (3) ha estudiado la construcción del síndrome de estrés postraumático, no sólo sobre materiales históricos sino también mediante una investigación etnográfica con grupos terapéuticos de veteranos de la Guerra del Vietnam. Por su parte, Ian Hacking (4) ha dibujado la historia de la personalidad múltiple. Igual que en la investigación de Ehrenberg sobre la depresión, no se trata en ninguno de estos dos autores de negar la realidad del trastorno, sino de aclarar en qué consiste esa realidad; explicar cómo se hace real el trastorno, cómo se constituye el problema; describir y analizar los mecanismos a través de los que los fenómenos penetran en los mundos vitales de las personas, y conforman el conocimiento y la experiencia de los pacientes, médicos e investigadores. Para que esto ocurra, estos fenómenos tienen que ser reconocidos, identificados, conceptualizados, interpretados dentro de cierto marcos que Hacking, retomando la noción de Foucault (5,6), denomina «epistemes».

Los dos autores consideran que cada uno de los trastornos que estudian se puede analizar como microcosmos de un pensamiento y un discurso sobre la memoria más generales, característicos del desarrollo ideológico e imaginario de los dos últimos siglos. Lo relevante es la promoción, dentro de este período, de la memoria como elemento fundamental para la definición de la identidad individual, del Yo o de la subjetividad. Esta promoción no se ha producido sin conflictos cuyo asunto en juego fundamental era justamente definir la naturaleza de la memoria misma, y sin variaciones en la conceptualización de ésta que tienen que ver no ya con los planteamientos científicos (neurológicos, psicológicos, entre otros), sino, sobre todo, con ciertos acontecimientos históricos y con prácticas sociales a través de las que son recuperadas, interpretadas y narradas las memorias.

Con el paso del siglo XVIII al XIX se produce una expansión significativa de los límites y contenidos de la memoria; si la noción de ésta dominante durante el XVIII consideraba que consistía en imágenes mentales y contenidos verbales, se va a pensar en el XIX que la memoria puede incluir contenidos localizados en actos o condiciones corporales, y sin que el sujeto lo sepa. De ahí que se contemple la posibilidad de experiencias profundamente perturbadoras que pueden producir, sin control consciente alguno, conductas automáticas. Es un cambio que supone una importantísima revisión de dos de los atributos nucleares del concepto occidental del Yo: la voluntad o deseo libre, y el autoconocimiento. Entre otras cosas, va a implicar la posibilidad de que emerja una experticia médica capaz de acceder legítimamente a contenidos de la memoria, del sujeto, ocultos para el sujeto mismo.

Durante mucho tiempo la noción de «trauma» tuvo un significado meramente físico, pero durante el siglo XIX adquiere un sentido distinto, capital para entender

procesos sociales y fenómenos subjetivos de nuestro tiempo: un sentido que se refiere a la noción de una lesión espiritual o del alma. Allan Young subraya el papel que desempeñó la experiencia de la Primera Guerra Mundial en Europa, particularmente los casos de los soldados que regresan de ella, para la elaboración decisiva de la cuestión de la memoria traumática. Dos campos de conocimiento cruzados a finales del XIX, que son el conocimiento de los efectos del trauma en el sistema nervioso, y el conocimiento del modo en el que los secretos patógenos impactan en la vida mental, se esclarecen en los años de la Gran Guerra, cuando un grupo de médicos encuentra el medio para demostrar que son memorias de acontecimientos, y no acontecimientos en sí mismos, las que están en el origen de las neurosis traumáticas, y que la medicina puede, entonces, acceder a estos secretos y a sus significados. Además de una normalización de la patología, se produce así, también, una medicalización del pasado.

Dentro de la historia que así comienza, el trastorno de estrés postraumático es algo que no puede comprenderse sin advertir el papel activo que desempeña la tecnología. El conocimiento científico no consiste en una recepción pasiva de lo que se presenta empíricamente; al contrario, la realidad empírica sólo «presenta» algo en la medida en que es interrogada y en que se actúa sobre ella de una determinada manera. De aquí se sigue el valor fundamental que tienen las técnicas, que las ciencias desarrollan. En este sentido, la historia del estrés postraumático de Young (3) es, al mismo tiempo, una historia del DSM, porque se trata de un resultado de las técnicas de diagnóstico, y los orígenes del diagnóstico están, en este caso, inextricablemente conectados con las vidas de los veteranos americanos del Vietnam, y con el surgimiento, durante la década de 1970, en EE.UU. de un arquetipo conductual, el «*crazy Vietnam vet*», protagonista de actos antisociales y conductas extremas especialmente problemáticas.

Ian Hacking (4) indica que la «personalidad múltiple» fue durante mucho tiempo una mera curiosidad, hasta que en la década de 1980 se habla de ella como de una auténtica «epidemia», y desde entonces hasta la actualidad ha experimentado un rápido crecimiento exponencial de casos. Como con el caso del estrés postraumático, también se trata aquí, en buena medida, de la historia del DSM, y ligada, en este caso, a problemáticas sociales que giran en torno a la memoria falsa y la sugestión. Se puede decir que para la década de 1990 la existencia de un trauma infantil aparece como el ítem más seguro o firme de conocimiento sobre la personalidad múltiple; es cuando se constituye un prototipo que pasa a formar parte de la cultura general como del lenguaje especializado: mujer blanca de clase media, de 30 años, con un mínimo aproximado de 16 «otros» distintos, que sufrió abusos sexuales en la infancia. Se ve así la relevancia, para entender el reconocimiento de la personalidad múltiple como entidad patológica, de la noción, histórica y compleja en sí misma, de «abuso infantil». Efectivamente, el surgimiento del pensamiento del abuso sexual infantil está asociado con una determinada noción de la infancia y de la evolución (la idea de

que el niño se desarrolla a través de sucesivas etapas, cada una de ellas con una conducta sexual apropiada). La problemática, relativamente similar, sobre la crueldad para con los niños, que surge durante la edad victoriana, es distinta de lo que más adelante se conocerá como «abuso infantil». Tiene que ver, en primer lugar, con el trabajo de los niños, y se entiende como formando parte de una transformación de la sensibilidad que retoma la cuestión del esclavismo para problematizar diversos fenómenos (como la preocupación por los derechos de las mujeres, la crueldad hacia los animales). Aquella problemática, además, tiene que ver con comportamientos que se consideraban propios de determinadas clases sociales; formaba parte, junto con el alcoholismo, de la pobreza moral de las clases bajas. Por otra parte, aunque la sociedad victoriana era ampliamente consciente del abuso sexual infantil, los casos no se agrupaban juntos formando una problemática específica; la sexualidad no aparecía en este caso como el problema.

Sin duda, el elemento definitorio fundamental del abuso sexual infantil con respecto a problemáticas similares previas es la medicalización, el hecho de que, a partir de la década de 1960, se introduzca el tema en la agenda médica, y el abusador aparezca como un enfermo, junto con la categoría de niño abusado (a veces en referencia al mismo individuo). Precisamente el establecimiento de esta relación (sobre la base, difundida sobre todo por el psicoanálisis desde el siglo XIX, de la importancia radical de los sucesos de la infancia en la vida del sujeto) entre abusado y abusador, así como la conexión causal con la personalidad múltiple, permitirá diferenciar del todo esta problemática de la de la crueldad de los victorianos.

Psiquiatría, enfermedad y cultura

La psiquiatría cultural se propone la comprensión del impacto de las diferencias culturales sobre las enfermedades mentales y su tratamiento. Esta comprensión es especialmente relevante en la actualidad, en un contexto global en el que la mezcla y la confrontación de mundos hacen del concepto de «cultura» una herramienta básica para la psiquiatría. En realidad, lo que hoy ocurre es que esa fusión y contraste alcanzan una particular intensidad, porque ciertamente la interconexión de culturas es una constante de la experiencia humana. El modo en el que la psiquiatría recurre hoy día a ese concepto, para hacer frente a la diversidad y a la alteridad, presenta, de hecho, relaciones con las formas que se han desarrollado en otro tiempo, y los dilemas que hoy se plantea, por ejemplo, la clínica con poblaciones inmigrantes remite a los temas de la psiquiatría colonial y a los problemas que inspiraron los proyectos de descolonización.

Se suele considerar que los orígenes de la psiquiatría cultural están en el viaje que Kraepelin realiza a Java en 1904 con el objetivo de explorar la universalidad de la «demencia precoz» (esquizofrenia) recogiendo sobre el terreno diversos casos de *amok* (palabra malaya con la que se conoce uno de los más famosos «síndromes culturalmente específicos», caracterizado por ataques de violencia indiscriminada e inmotivada). El interés por las variaciones regionales en la psicopatología tiene, en cualquier caso, una larga historia. Tiene que ver, ante todo, con el contexto disciplinar de la propia psiquiatría. Ésta comienza a plantearse la universalidad y las diferencias culturales cuando deja de hablar de una causa única de los problemas mentales, la alienación, para considerar, por el contrario, distintas formas de enfermedad y diagnósticos diferenciables. Es entonces cuando se hace necesario afirmar el carácter universal de ciertas entidades patológicas, o discernir los rasgos universales, esenciales por tanto, de esas patologías. Se justifica así el estudio de poblaciones culturalmente alejadas, en busca de variaciones de las entidades en cuestión.

En un medio político claramente marcado por el colonialismo, y sirviendo a intereses coloniales, se desarrolla una larga tradición de investigaciones comparadas para medir las eventuales influencias del contexto cultural, además del entorno, en el curso natural de los trastornos mentales. La comparación—tal y como Kraepelin ya había señalado—sólo era posible si se podían trazar distinciones claras entre enfermedades identificables; las pautas constantes, que permitían en cualquier lugar distinguir la presencia de la enfermedad, reflejaban directamente los procesos biológicos subyacentes, pero estos determinantes biológicos se presentaban rodeados de capas culturales (manifestaciones ritualizadas, modos culturales de interpretación, o concepciones religiosas) que, con frecuencia, impedían advertir la enfermedad real.

En el contexto colonial, no obstante, se va a desarrollar también otro foco de interés, centrado no en realidades universales, más o menos influidas por factores culturales, sino en síndromes específicos de una cultura, y en factores étnicos o culturales que configuran modos de ser o personalidades diferentes. La psiquiatría colonial fue, en buena medida y sirviendo igualmente a intereses de las potencias coloniales, un saber y una práctica volcados en lo que se consideraba la psique idiosincrásica del indígena (distinta esencialmente de la psique «occidental» o «blanca»). Un ejemplo muy ilustrativo de esta psiquiatría es el trabajo de John Colin Carothers (7) sobre la revuelta *Mau-Mau* en Kenya. Su explicación remite el movimiento sociopolítico *Mau-Mau*, a un fenómeno psicopatológico determinado por la personalidad culturalmente específica de los Kikuyu, la población nativa, y por los trastornos colectivos derivados del encuentro con la sociedad colonial. Según la tesis de Carothers, el individualismo y el carácter trabajador y emprendedor de la población la hacía especialmente adaptable al sistema económico de la metrópoli; pero los Kikuyu poseen también una «mentalidad de la selva» caracterizada por un sentimiento de inseguridad, de donde deriva una tendencia a la sospecha y una propensión a la violencia. Además, los Kikuyu mantienen una relación ambivalente con la potencia colonial, pues ésta suscita expectativas de promoción social al tiempo que las frustra. La violencia *Mau-Mau* remitiría, pues, causalmente, a este síndrome específico.

Explicaciones semejantes son las que se desarrollarán más adelante, con las poblaciones migrantes a las metrópolis desde las antiguas colonias. Se ejerce, en las sociedades de acogida, una psiquiatría que considera la existencia de patologías específicas de las poblaciones, preexistentes al hecho migratorio y que explicarían los trastornos que se presentan con la migración. El origen del hecho patológico radica en la personalidad del migrante, y en los factores étnicos y culturales que la determinan.

En algunos países europeos esta primera psiquiatría de los inmigrantes suscitará reacciones críticas, que beben fundamentalmente de la obra del psiquiatra, teórico y militante anticolonialista Franz Fanon. Éste consideraba que el colonizado no presentaba una psicología sustancialmente distinta a la de cualquier otro sujeto. La pertenencia étnica, cultural o religiosa no tenía tanta relevancia, pues lo que definía la psique específica del colonizado tenía que ver con la situación contingente de dominación política. A partir de estos supuestos, se llevó a cabo en algunos países europeos como Francia y durante la década de 1970, una psiquiatría que no pretendía ser cultural sino políticamente comprometida con la inmigración. Esta psiquiatría tiene dos frentes. En primer lugar, un frente clínico, puesto que se trata de rechazar el relativismo que concede a la cultura una influencia decisiva en el desarrollo y expresión de los malestares. En contra de la homogeneización de la pertenencia cultural, que considera a la cultura como única variable determinante, se apunta a las diferencias sociales, económicas, políticas, y a las relaciones de poder que atraviesan las culturas y las relaciones interculturales, y se plantea que es una sociogénesis de

los malestares psiquiátricos de los inmigrantes la que puede dar cuenta de las particularidades clínicas y de sus necesidades específicas. Además, esta psiquiatría presenta un frente político de crítica. Denuncia la incapacidad de los sistemas sanitarios europeos para dar cuenta de los factores sociales, económicos y políticos de la inmigración, y, por tanto, de los elementos determinantes fundamentales del sufrimiento. En este sentido, la institución psiquiátrica, el saber y la práctica de la psiquiatría, son sometidos a una profunda revisión.

A partir de la década de 1980 resurgen, tanto en Norteamérica como en Europa, planteamientos de psiquiatría cultural, diferentes de esta lectura política que acabamos de considerar, y que mantienen, en algún caso, relaciones ambiguas con la psiquiatría colonial. En EE.UU. este interés tiene que ver con la obra de antropólogos médicos como Arthur Kleinman o Byron Good (8), interesados por la aplicación en la clínica del conocimiento antropológico, y por vincular las nuevas categorías de diagnóstico con la investigación transcultural sistemática. Los objetivos de esta aproximación antropológica se centran en: enfocar los trastornos específicos, tanto desde las categorías de la psicopatología como desde las categorías nativas de la enfermedad; estudiar la psicopatología fenomenológicamente, atendiendo a las experiencias vividas de los sujetos, culturalmente articuladas; comprender los trastornos como «trastornos interpretados», es decir, emergentes en mundos simbólico-culturales, y no como síntomas aislados a la manera del DSM; estudiar los trastornos como «interpretaciones trastornadas», es decir, consistentes en alteraciones de las interpretaciones culturales del sí mismo, de las relaciones sociales y del entorno básico y fundamental del sujeto; prestar atención a los efectos de la cultura sobre la experiencia psicótica a través, en primer lugar, de la definición de su condición (posesión de espíritus, alteración de personalidad, o defecto biológico); e historizar la psicopatología.

Especialmente influyentes son las teorizaciones y las experiencias de la etnopsiquiatría de Tobie Nathan en París, con poblaciones inmigrantes. Nathan (9) se pregunta cómo la psiquiatría occidental puede ayudar a las poblaciones inmigrantes que no comparten sus mismas referencias culturales, y cómo podría el médico inspirarse en los procedimientos tradicionales para ayudar a los pacientes originarios de otras culturas. El acento se pone, pues, en la diferencia cultural. En la clínica, el diagnóstico hace intervenir siempre categorías nosográficas y etiológicas tradicionales, participan «co-terapeutas» nativos y se combinan técnicas diversas que incluyen terapias indígenas (rituales, sacrificios, fabricación de amuletos). Se intenta, en cierto modo, restablecer los contextos culturales específicos de los sujetos, y responder desde ahí a los malestares.

Desde cierto punto de vista, experiencias como la de la etnopsiquiatría de Nathan serían ilustración de una psiquiatría «mestiza», que se abre a las hibridaciones de identidades propias de la situación actual. Aunque la globalización parece implicar una homogeneización de identidades y modos de vida, en realidad afecta a una

minoría, y la mayoría de las personas viven aún de acuerdo con mundos locales de valores, con sus propias características distintivas. Además, existen resistencias identitarias que muestran que la identidad etnocultural desempeña todavía un importante papel en la autoestima de los individuos y en el sostenimiento de las comunidades.

Empresas como la de Nathan (9), no obstante, también han sido cuestionadas, debido al determinismo cultural extremo que suponen, esto es, la subordinación total de los sujetos a su realidad cultural, y la «guetización» de las poblaciones inmigrantes a la que contribuye. Coincidiría, en este sentido, con un tipo de respuesta que con frecuencia aparece en las políticas públicas de la interculturalidad dirigidas a poblaciones inmigrantes (ya sean educativas, sociosanitarias o de otro tipo), que consiste en una culturización y una psicopatologización de problemas sociales. Se plantean las cuestiones única y exclusivamente en función de un entramado cultural, dejando al margen las diferencias sociales y existenciales que atraviesan a una población culturalmente homogénea (no se atiende a las diferencias de clase, por ejemplo, de género, de edad, de trayectorias laborales, familiares, que hacen que en una cultura siempre haya sujetos distintos y singulares). Por otro lado, se considera que los sufrimientos deben interpretarse de acuerdo con una lectura psicopatológica, que entiende que las situaciones sociales responden a conflictos intrapsíquicos. En cierto modo, esta relegación de los aspectos sociales y políticos recuerda el modo en el que la psiquiatría colonial interpretaba los fenómenos sociopolíticos. En este caso se escamotean las condiciones materiales, sociales, económicas y políticas en las que viven las poblaciones, y se escamotea la noción misma de «sujeto» como problemática que no puede reducirse a la pertenencia cultural o a la desorientación en un mundo culturalmente ajeno.

Conclusiones

- Debe destacarse la relevancia de considerar las dimensiones sociales y culturales para entender la situación del saber psiquiátrico, sus posibilidades y limitaciones.
- La psiquiatría no puede entenderse sin una trayectoria que la sitúa como saber social, con funciones y con efectos sociales.
- Es necesario «abrir» lugares por los que introducir y hacer intervenir una perspectiva atenta a los sujetos, que son entidades sociales.

Bibliografía

Lohrman T.M. *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*, 1.^a ed. New York: Knopf; 2000.

Jhrenberg A. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, 1.^a ed. Paris: Odile Jacob; 1988.

Young A. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, 1.^a ed. Princeton: Princeton University Press; 1995.

Jacking I. *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton: Princeton University Press; 1995.

Joucault M. *Historia de la locura en la época clásica*, 1.^a ed. México: FCE; 1976.

Joucault M. *El poder psiquiátrico*, 1.^a ed. Buenos Aires: FCE; 2005.

Jarothers J.C. *The Psychology of Mau-Mau*, 1.^a ed. Nairobi: Gouvernment Printer; 1954.

Jleinman A. *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*, 1.^a ed. Berkeley: University of California Press; 1995.

Jathan T. *Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie*, 1.^a ed. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 2001.

Ocupación y salud mental

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Una aproximación a la definición de terapia ocupacional

Concepto de ocupación

El ser humano como ser ocupacional

Relaciones entre ocupación y salud mental

Desempeño ocupacional y participación

Ocupación y funcionamiento

Ocupación y promoción de la salud

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Definir el concepto de ocupación y delimitar sus características distintivas.
- Definir terapia ocupacional y diferenciarla de otras disciplinas del ámbito de las ciencias de la salud.
- Explicar aquellos hechos que nos permiten concebir al ser humano como un ser ocupacional.
- Identificar las relaciones entre los conceptos de ocupación, salud, bienestar y calidad de vida.
- Describir el uso o aplicación de la ocupación como método terapéutico en salud mental.
- Identificar las funciones y los objetivos en los que se apoya la utilización terapéutica de la ocupación.

Introducción

Los contenidos del presente capítulo tratan de ahondar en una propuesta de definición de terapia ocupacional que nos sirva de marco desde el que situar el resto de aportaciones que se van a realizar en esta obra. Siguiendo la idea de Reed y Sanderson (1), comenzamos con un ejercicio de análisis semántico y etimológico con el objeto de intentar desenmarañar los términos que se utilizan para designar la profesión, palabras que suelen conducir a no pocos equívocos, tergiversaciones y confusiones. De esta forma, propondremos una definición de nuestra disciplina, circunscribiendo paralelamente las notas características del concepto de ocupación.

A continuación, trataremos de subrayar los vínculos indisociables de la ocupación con el fenómeno humano, exponiendo aquellos hechos, teorías y evidencias que conciben al ser humano como un ser ocupacional.

Finalmente, abordaremos una descripción de las relaciones de la ocupación con la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas y las comunidades. Sin pretender agotar el tema, proponemos una sistematización que revisa las diversas características de la ocupación, sus funciones y los objetivos con que puede aplicarse en el ámbito de la salud mental.

Una aproximación a la definición de terapia ocupacional

Para elaborar una definición completa de nuestra disciplina no podemos obviar que, desde la primera utilización de la locución *terapia ocupacional*, realizada por Barton, en 1914¹, hasta las propuestas actuales propiciadas por las organizaciones profesionales de carácter internacional, las definiciones de terapia ocupacional han sido numerosas y han evolucionado a lo largo del tiempo² (1). Si no queremos ser parciales, sería necesario revisar las definiciones que, hasta este momento, han tratado de acotar las ideas que sustentan el concepto de terapia ocupacional. Las estrategias para realizar esta revisión pueden ser muy variadas; desde una aproximación histórica, hasta un análisis de las prácticas profesionales asociadas a tales definiciones, pasando por un análisis epistemológico de las nociones que singularizan y hacen única a la terapia ocupacional. Cada una de estas opciones parece, en principio, tan interesante como sugerente. Sin duda estas opciones exceden con mucho el propósito de este capítulo.

No obstante, desde nuestro punto de vista, también puede ser útil una aproximación a la definición de la disciplina que se base en el análisis semántico de los términos empleados para nombrarla. Coincidimos así con Reed y Sanderson (1), quienes plantean un acercamiento inicial a la definición de terapia ocupacional a través del análisis semántico de los términos que la nombran.

Nuestro objetivo último es tratar de *identificar la singularidad del objeto de estudio e intervención de la terapia ocupacional*, especialmente en lo que respecta al ámbito de la salud mental.

De acuerdo con la vigésima segunda edición del *Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española* (2), el término *terapia* hace referencia a la terapéutica: «aquella parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades». Dicho de otra forma, *terapia* tiene que ver con la *aplicación o utilización de algún agente, entidad o medio que tiene como finalidad curar, restablecer la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo*³ (3).

Es obvio que el cometido que persigue la terapia es común a numerosas disciplinas y áreas de conocimiento. Por tanto, la singularidad de la terapia ocupacional viene dada por el segundo término de la locución: *ocupacional*. O mejor, para ser más exactos, por la *combinación singular de las nociones a que hacen referencia ambos vocablos*; curar, restablecer la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar de un individuo, utilizando para ello la ocupación.

Siguiendo con este análisis, cuando consultamos el significado de la palabra

ocupacional nos encontramos ante un bucle, puesto que el término ocupacional entra en nuestro léxico de la mano de nuestra disciplina –como derivado del inglés: «occupational [therapy]» [terapéutica] ocupacional–, de tal forma que el significado de ocupacional remite a aquello que se hace en terapia ocupacional, cerrándonos la posibilidad de identificar el sentido último del vocablo. Debemos revisar, por tanto, el significado del término *ocupación*.

Concepto de ocupación

Identificar, definir y circunscribir las nociones básicas del concepto de ocupación es fundamental para la consolidación de nuestra disciplina. Necesitamos saber cuáles con sus características peculiares y distintivas –también sus límites–, para distinguirlo de otros conceptos e ideas que, aunque próximos, son diferentes. Formular claramente las características que definen qué es una ocupación nos permitirá reafirmar la originalidad y novedad del concepto, impulsar nuevas vías de exploración de su potencial como método terapéutico y desterrar prácticas auxiliares –cuando no obsoletas, intrusivas o vanas–, que minan nuestro desarrollo y credibilidad profesional. Veamos, pues, qué significa la palabra ocupación.

Si consultamos el *Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española* (2), *ocupación* significa: 1. «Acción y efecto de ocupar u ocuparse.» 2. «Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.» 3. «Trabajo, empleo, oficio.» 4. «Actividad, entretenimiento.» 5. «Modo natural y originario de adquirir la propiedad de ciertas cosas que carecen de dueño.»

Esta primera aproximación al término nos permite delimitar algunos referentes que dan significado al concepto. Ocupación es el ejercicio de la posibilidad de acción del ser humano, así como su resultado. Es un empeño que capta la atención del sujeto, le impide emplear el tiempo en otra cosa, implicando y comprometiendo al individuo en aquello que hace. Habitualmente, hace referencia a la esfera laboral y se equipara con empleo, trabajo u oficio, aunque también con entretenimiento.

Desde un punto de vista etimológico, como hemos señalado en otras ocasiones (4, 5), el vocablo *ocupación* deriva del latín *occupatio-onis*, cuya raíz es *occupare* (ocupar), que significa acción y efecto de ocupar, toma de posesión. A su vez, *occupare* deriva del radical *capere*, cuyo significado es contener, dar cabida en algo. La palabra ocupación era utilizada antiguamente para hacer referencia a aquellos asuntos de entre los *de mayor importancia* para un sujeto (6).

De lo dicho hasta ahora podemos inferir que el término *ocupación* hace referencia tanto al *proceso* que ubica al ser humano en su medio –en la medida en que se apropia y toma posesión de los objetos que lo rodean, haciéndolos suyos, captando su voluntad, su deseo de actuar, dándole cabida en su medio social, cultural y físico–, como a aquellas *actividades* que acaparan su interés, las que subjetivamente tienen mayor relevancia y, al realizarlas, ponen de manifiesto su libertad de elección y acción. En consecuencia, podemos interpretar ocupación de forma diacrónica, como un fenómeno que tiene lugar a lo largo del tiempo, y sincrónica, como efecto o resultado de la capacidad de acción del ser humano.

Además, podemos ampliar nuestro análisis, puesto que el término ocupación no es el único que se ha empleado para referirse a la praxis del terapeuta ocupacional. En

otros países de nuestro entorno más próximo como Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos y Suiza a la terapia ocupacional se la denomina *Ergoterapia*⁴ (7). La palabra ergoterapia está constituida por la raíz griega *ergo-* (ἔργον), «obra (producto)», que en castellano tiene varias connotaciones: cosa hecha o producida por un agente, pero, también, labor del artesano y acción moral, principalmente la que se encamina al provecho del alma.

La palabra latina sinónima de *ergo* es *facere*, *fabricari*, derivada del término *ágere* (origen del verbo *hacer*), cuyo significado en castellano es «producir una cosa, darle el primer ser».

Como sostuvimos en otro lugar (7), de acuerdo con el análisis de Hannah Arendt (8), desde un punto de vista etimológico hay una diferencia clara entre los significados de las palabras «trabajar» («laborar») y «hacer» («obrar»), diferencia que se traduce en la existencia de distintos vocablos en las antiguas lenguas de las que derivan. En griego, distinguimos entre *ponein* y *ergazesthai*; en latín, entre *laborare* y *facere*; en Francés, entre *travallaire*, que reemplaza al antiguo *labourer*, y *faire*. En español, entre *trabajar*, que sustituye a *laborar* (antiguamente medida de la cantidad de trabajo de un campesino), y *hacer*. Mientras los primeros términos denotan la actividad del esclavo o del campesino (cuyos resultados son perecederos y de corta duración; labores asociadas a la agricultura, alimentación, limpieza, entre otros), así como las penalidades o sufrimientos⁵ asociados con el mantenimiento de la supervivencia⁶, los segundos hacen referencia a la actividad que da su primer nombre a las cosas y descubre al agente de dichos actos.

La ergoterapia, por tanto, es el tratamiento que utiliza como método terapéutico el hacer, la actividad, la *acción humana*; hace referencia al empleo terapéutico del empeño humano que pone en movimiento, traza los cimientos de un edificio, arregla un asunto, fabrica, crece; es decir, la actividad que implica modificaciones estables en el mundo, la interacción del ser humano con lo que le rodea (con su entorno físico, social y cultural), que, más allá de la supervivencia, descubre al agente del acto a través del cual se diferencia y refleja.

Desde nuestro punto de vista, las nociones a que aluden los dos términos, ocupación y actividad, pueden ser consideradas muy similares, en tanto que hacen referencia al quehacer humano que capta la voluntad en la realización de las actividades más relevantes para el individuo, el empeño que da su primer nombre a las cosas y revela al agente de dichos actos, poniendo de manifiesto su singularidad y libertad de acción dentro de un código social y culturalmente compartido⁷.

En conclusión, terapia ocupacional –al igual que ergoterapia– hace referencia a la praxis que utiliza como agente, entidad o medio terapéutico aquellas actividades u ocupaciones humanas que revelan al agente del acto, a través de las cuales el ser humano se distingue y expresa, aquellas que, además de dar respuesta a sus necesidades vitales y a los requerimientos sociales de la comunidad de pertenencia del individuo, se constituyen en una forma de dar sentido a su existencia, aquellas que

construyen y crean su identidad personal, cultural y social.

Estas notas características⁸ del término ocupación pueden reconocerse fácilmente en algunas de las definiciones que encontramos en la literatura.

Yerxa (9, 10) y Clark (11) definen ocupación como:

«Unidades de actividad, personal y culturalmente significativas, en las que los seres humanos se implican, nombradas en el léxico de la cultura» (Clark et al, 1991)⁹ (11).

«Unidades específicas de actividad dentro del flujo continuo del comportamiento humano que son nombradas en el léxico de la cultura» (Yerxa et al, 1989)¹⁰ (9).

«Unidades de actividad clasificadas y nombradas en la cultura de acuerdo con el propósito al que sirven, que capacitan al individuo para enfrentar con éxito los desafíos o retos del ambiente [...]. Algunas características esenciales de la ocupación son: es intencional, dirigida a una meta (aún más si la meta es divertida o placentera), vivencial tanto como comportamental, socialmente valorada o reconocida, constituida por repertorios de destrezas adaptativas, organizada, esencial para la calidad de vida experimentada y con capacidad de influir en la salud» (Yerxa, 1993)¹¹ (11).

Analizándolas detenidamente podremos identificar, describir y delimitar las características definitorias del concepto de ocupación, distinguiéndolo de otras ideas y conceptos que con frecuencia nos han extraviado en la aprehensión de nuestro objeto de estudio. Ambos autores señalan que una ocupación está constituida por: «unidades específicas de actividad...»; «unidades de actividad cultural y personalmente significativas...»¹².

Este término, *chunk*¹³ (unidad), nos permite identificar las diferencias entre una actividad/ocupación y una destreza o capacidad. Si podemos extrapolar su uso en nuestro caso, tales unidades son grupos de destrezas¹⁴ perceptivas, cognitivas, emocionales, sociales y motoras asociadas con el resultado de la actividad¹⁵. Dichas unidades no pueden dissociarse; adquiridas como unidades elementales¹⁶ a lo largo del desarrollo evolutivo, no pueden separarse en sus partes constituyentes, si no es a costa de perder su eficacia y sentido particular, ya que están intrínsecamente asociadas con el inicio, desarrollo y fin de lo realizado y ubicadas en contextos de acción específicos.

Este planteamiento es coincidente con las ideas defendidas por Bruner (12), en las que contrapone la actividad¹⁷ al movimiento. Según afirma el autor: «La actividad requiere la coordinación y la regulación del movimiento *para alcanzar cierto objetivo específico*».

Cualquier ocupación se caracteriza por tener como colofón un resultado concreto que debe alcanzarse, alrededor del que se articulan las destrezas empleadas en su

realización.

La consecución de un *resultado* final, de un *fin* específico, diferencia la ocupación del movimiento. Este *propósito*¹⁸, inherente a cualquier ocupación, precede y motiva la intención del agente, regula la secuencia de movimientos y destrezas que se ponen en juego en su realización y sirve de parámetro para coordinar y corregir el gesto durante las aproximaciones sucesivas hasta alcanzar el objetivo anticipado¹⁹. Dicho de otra forma, sin una finalidad o propósito no existe una ocupación, si acaso, mero movimiento.

El hecho de que la ocupación posea un resultado o fin en sí misma es determinante para caracterizarla como tal. Veamos por qué.

Este resultado propio y característico de cada ocupación instaura un esquema abstracto de relaciones entre diversos elementos, que necesariamente requieren de una determinada organización para lograr un conjunto coherente y final. La realización de una ocupación está determinada por un conjunto de partes integrantes que la dotan de estructura y sus relaciones—relaciones como la que se establece entre medios y fines, causas y efectos, el seguimiento de una secuencia ordenada, el ajuste y corrección de los actos en relación con los resultados preliminares obtenidos, el ritmo o «tempo» de su realización—. Dicha estructura es *común* a diversos tipos de ocupación, aunque, lógicamente, varían las destrezas implicadas en cada actividad particular, así como los materiales, objetos, herramientas, objetivos y el ambiente en el que se llevan a cabo. Lo que no cambia es la estructura en sí.

Seguimos el razonamiento de Bruner (12):

«En este sentido, la estructura serial de la acción hábil es “atemporal” [...] la acción hábil posee las propiedades de un lenguaje regulado sintácticamente. La sintaxis no es inherente a las palabras utilizadas, ni tampoco a lo que expresan. Es una forma generalizada que se impone sobre los actos concretos a medida que ocurren» (12).

Esta característica de la ocupación nos pone sobre la pista de otra de sus particularidades: su *complejidad*. Cualquier ocupación se define por la concatenación de diversas destrezas de una secuencia temporal ordenada para lograr metas demoradas.

Es llamativo que hasta bien entrada la infancia los niños no sean capaces de realizar la mayoría de las ocupaciones más sencillas que incorporamos para su evaluación en nuestros modelos de práctica: no se duchan o bañan por sí mismos, no realizan las actividades asociadas a la micción y defecación, no se alimentan de forma autónoma, o no se asean. Incluso las ocupaciones más simples requieren una maduración individual que soporte la secuenciación temporal compleja de destrezas motoras y de procesamiento básicas para alcanzar un resultado de mayor complejidad. Por ejemplo, resulta evidente la diferencia entre quitarse el gorro, los zapatos o los calcetines y vestirse. En esta última se encadenan diversas habilidades

que siguen una secuencia y un ritmo concreto para alcanzar su logro eficaz. Hasta que el niño no las posee y domina es imposible que pueda realizar la ocupación de vestirse.

Una ocupación se diferencia claramente de la emisión de una destreza aislada, a pesar de que ésta tenga un fin y un propósito. Por tanto, desde nuestro punto de vista, tiene poco sentido entrenarlas aisladamente puesto que en tal caso se desvincularían del fin que las regula, genera y motiva; si no queremos que pierdan su sentido son inseparables del propósito de la actividad al que están encadenadas.

Llegados a este punto estamos en condiciones de resumir algunas características inherentes de la ocupación²⁰:

- Cualquier ocupación se define por poseer un *resultado, fin o propósito* último que debe alcanzarse.
- Cualquier ocupación es *intencional*, intención vinculada estrechamente con el propósito o fin a lograr.
- La realización de cualquier ocupación implica la concatenación *compleja de unidades de destrezas* asociadas de forma inseparable al resultado perseguido al realizarla.

Estas particularidades son consustanciales a cualquier ocupación y nos permiten definirla y distinguirla de otros conceptos.

Sin embargo, si estas características son *necesarias* para considerar una ocupación como tal, ello no implica que podamos considerarlas *suficientes* para definirla y caracterizarla de manera adecuada. Han de darse otros requisitos imprescindibles.

Si bien es cierto que una destreza posee un objetivo concreto²¹ y está sujeta a la intención del agente, por lo general, no está atravesada por significados sociales y culturales. Como podemos observar en las definiciones anteriormente citadas, una ocupación se caracteriza también por su pertenencia a un entramado social y cultural, en el que adquiere su sentido²². Es en dicho entramado en el que se la nombra, se le atribuye un significado y se la sanciona como tal. Una ocupación no es si no puede ser nombrada y reconocida por cada sociedad y cultura. Como señala acertadamente Clark (11), el conjunto de destrezas articuladas en torno a la consecución de un resultado debe ser personal y culturalmente significativo y *posee un nombre* en el léxico de la cultura a la que pertenece el agente, si queremos considerarlo una ocupación. En este mismo sentido, Kielhofner (13) recupera el concepto de *forma ocupacional* que introdujo Nelson (14): «Las ocupaciones tienen una forma. Esta forma ocupacional está integrada por el contexto, los objetos utilizados, la definición y el significado social de las cosas por realizar y las maneras de realizarlas que se conocen dentro de una sociedad o cultura [...]. Puede ejercer una influencia importante en las personas, provocando y dando forma al desempeño y la

experiencia» (Kielhofner, 2006).

Yerxa (10) nos advierte en este mismo sentido que una ocupación es clasificada y nombrada por la cultura de acuerdo con el propósito para el que sirve. Es más, señala que está relacionada con la experiencia personal de quien la realiza, deriva de ella y aporta una vivencia y, por tanto, debe ser considerada tanto desde un punto de vista conductual como *vivencial*²³.

De cualquier otra forma no es posible que el sujeto que realiza una ocupación se implique, se comprometa en su realización –otra de las características que definen una ocupación: la implicación, el compromiso subjetivo del agente en lo realizado. Podemos forzar, siguiendo un programa de entrenamiento determinado, que un sujeto realice una determinada ocupación, lo que no es posible imponer es que *desee* hacerla. El abordaje de la psicosis nos devuelve en muchas ocasiones esta evidencia; que un individuo realice actividades programadas en la institución no nos asegura que se implique en ellas, que adquieran la dimensión de vivencia personal. Podemos conseguir que las personas que atendemos frieguen los platos, preparen la comida o tomen el autobús, pero ello no puede dejarnos satisfechos. El reto es conseguir que esas ocupaciones sean portadoras de significado para el sujeto que las realiza, que le vinculen a su cultura y a su comunidad de pertenencia, que formen parte de su proyecto personal de vida.

Estaremos utilizando una ocupación terapéuticamente cuando podamos nombrarla y reconocerla como propia de una cultura y una sociedad, sólo si a ella se asocian significados y propósitos socialmente compartidos, sólo si se engrana a la vivencia personal de un sujeto.

Utilizar una ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, en cualquiera de estas tres modalidades, requiere preguntarnos de forma insoslayable por su significado, tanto desde una perspectiva sociocultural como subjetiva. Sin esta pregunta previa podemos causar un efecto no deseado, incluso adverso, en las personas con las que trabajamos. No podemos olvidar que las ocupaciones también pueden constituirse en elementos estigmatizadores. Es bien sabido que determinadas prácticas –en concreto, en el campo de la salud mental– pueden suponer un proceso de «desculturación» de la persona que las reciben. Como han advertido numerosos autores, la ausencia de ocupaciones significativas²⁴ en ambientes residenciales influye negativamente en la calidad de vida y en las posibilidades de integración social de los residentes, aumentando su tiempo de permanencia en las instituciones e, incluso, comprometiendo seriamente su salud (Moruno y Cantero [5]; Lohman [15]; Fernández Ballesteros [16]).

La ocupación es una empresa únicamente humana porque se constituye en un vehículo simbólico²⁵ (11). Las diversas ocupaciones en que nos implicamos los seres humanos pueden adquirir un valor simbólico que trasciende su finalidad o propósito concreto. Este valor simbólico les confiere una función de metáfora, pudiendo dar respuesta, al menos parcialmente, a las preguntas por nuestra identidad y por el

sentido de nuestro quehacer. Más allá de su finalidad y propósito, la ocupación es un símbolo que inscribe nuestra subjetividad (5).

Examinado el concepto de ocupación estamos en condiciones de retomar nuestra definición de terapia ocupacional.

Desde nuestro punto de vista, terapia ocupacional es *el uso de la ocupación o actividad como método terapéutico*. La ocupación es el elemento distintivo de nuestra disciplina, aquel que la distingue de otras en el ámbito de las ciencias de la salud.

Veamos a continuación los presupuestos que nos permiten considerar al ser humano como un ser ocupacional y la contribución distintiva que desde esta concepción realiza la terapia ocupacional al concepto actual de salud. En este cometido revisaremos las aportaciones encontradas en la literatura sobre la materia, examinando las relaciones que se establecen entre la ocupación y la salud.

El ser humano como ser ocupacional

En terapia ocupacional existe un consenso generalizado que concibe la ocupación como un elemento inherente a la condición humana. Wilcock (17) sostiene que las teorías que conciben a los seres humanos como seres ocupacionales²⁶ enfatizan la influencia que la implicación del ser humano en ocupaciones tiene sobre su evolución como especie, sobre su desarrollo social y cultural, sobre el desarrollo ontogenético y sobre la salud de los individuos y las comunidades. En otras palabras, los estrechos vínculos entre la ocupación y el fenómeno humano pueden contemplarse desde diversas perspectivas.

En primer lugar, como sostienen Romero y Moruno (7), la ocupación está estrechamente relacionada tanto con el desarrollo filogenético de la especie como con el desarrollo ontogenético del individuo.

En lo que se refiere al desarrollo filogenético, la presencia de bifaces, hachas de mano y lascas en los yacimientos de fósiles de Etiopía y Tanzania –las primeras herramientas utilizadas por homínidos hace 2,6 millones de años–, es uno de los elementos de juicio para que los paleontólogos y antropólogos puedan establecer la presencia del primer miembro del género *homo* en el planeta²⁷. El aumento de tamaño del cerebro, la bipedestación y *la fabricación y uso de herramientas*, con las que podían cortar pedazos de carne y romper los huesos de las presas o carroña para obtener el tuétano (rico en grasas), así como desenterrar raíces y tubérculos, están directamente vinculados con la presencia del hombre sobre la tierra, con el aumento de su potencial para sobrevivir.

La faceta ocupacional humana se manifiesta asimismo en las *primeras representaciones artísticas*, grabadas en rocas y pinturas rupestres, y en los objetos ornamentales fabricados por el *homo erectus*, descendiente directo del *homo habilis*. Estas manifestaciones artísticas constituyen los primeros signos de transmisión cultural.

En síntesis, la bipedestación, el aumento del volumen craneal y la ocupación (el uso de herramientas, la producción artística y las actividades sociales como la caza o la recolección de alimentos) son fenómenos inseparables en la explicación del origen y evolución de nuestra especie (17).

Además, en lo que respecta al proceso de desarrollo ontogenético, éste se encuentra asimismo directamente relacionado con la ocupación, en la medida en que la realización o la participación de un individuo en distintas actividades a lo largo del ciclo vital coadyuva a la maduración sensorial, física y psicológica, al desarrollo social, afectivo y emocional del sujeto y al aprendizaje de habilidades y destrezas que le permiten tanto adaptarse como transformar el entorno.

Desde esta perspectiva, Kielhofner (18) asevera que la repetición de

comportamientos ocupacionales contribuye a la organización de las estructuras físicas y mentales del individuo. Como veremos más adelante al estudiar el modelo de la ocupación humana, la conducta ocupacional es concebida como un proceso de autoorganización, es decir, la realización de actividades de la vida diaria, productivas, lúdicas y juegos mantiene y genera cambios en las capacidades, creencias y disposiciones del individuo.

En segundo lugar, la ocupación permite al ser humano adaptarse al entorno y transformarlo. Así, tanto las ocupaciones que una persona aprende y es capaz de realizar, como las que ha desempeñado en el pasado, determinan el grado en que un individuo es capaz de adaptarse y transformar distintas situaciones.

Desde esta perspectiva, la ocupación es un mecanismo de adaptación por medio del cual el individuo satisface tanto sus necesidades vitales como los requerimientos sociales de su comunidad de pertenencia, favoreciendo su inclusión y participación activa en el entramado social y cultural al que pertenece. Es, por tanto, un elemento capital en el bienestar y calidad de vida individual. Como señala Wilcock (17), el bienestar psicológico y social, aspectos esenciales en el concepto actual de salud, están asociados a la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas. Esta perspectiva adaptativa ligada a la participación en ocupaciones puede contemplarse de diversas formas.

Por un lado, desde un punto de vista diacrónico, la ocupación organiza el tiempo, tanto en su discurrir cotidiano como a lo largo de su desarrollo evolutivo. Los patrones ocupacionales determinados culturalmente regulan y organizan el paso del tiempo, estructurando el transcurrir del día, de la semana y del año alrededor de esquemas asociados con ocupaciones y regulados por éstas. Estos esquemas delimitan períodos de actividad y descanso, vacaciones, esparcimiento o celebración. Asimismo, ordenan el quehacer humano a lo largo del ciclo vital. Así, la infancia se caracteriza por el juego, la madurez por la productividad laboral y la vejez por el ocio o la dedicación a la familia. En este sentido, Kielhofner (18) postula que los roles ocupacionales permiten la organización del uso cotidiano del tiempo y estructuran el estilo o manera singular de organizar la acción de cada individuo.

Por otro lado, y desde un punto de vista sincrónico, podemos considerar que la ocupación constituye un fenómeno complejo de interacción del sujeto con el contexto físico, social y cultural (14). Así, cualquier ocupación está soportada, condicionada y estrechamente ligada a aspectos contextuales, tanto físicos como sociales y culturales.

En tercer lugar, la ocupación dota de sentido, de significado, a la existencia. Influye, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano. Clark et al (11) afirman que: «La ocupación es una empresa únicamente humana porque se constituye en un vehículo simbólico». Estos autores destacan la importancia de considerar en el estudio de la ocupación la complejidad de factores que influyen de manera última en cómo decide cada persona vivir su propia vida, respecto a su trabajo, ocio, descanso y juego, ahondando en la historia vital de la

persona, para entender qué *sentido* aporta la ocupación al individuo a lo largo de su vida.

La Association Canadienne des Ergothérapeutes (19) subraya también este enfoque, afirma que la ocupación permite la expresión subjetiva, contribuye a la construcción de la identidad personal y posibilita sentirse partícipe de la sociedad, alcanzando objetivos significativos personales y/o culturales.

Pibarot (20) refuerza esta argumentación sosteniendo que la comprensión del papel que desempeña el quehacer humano en la experiencia vital debe contemplar el sentido y valor de la ocupación, cualidades que implican el lenguaje. A diferencia de los animales, los seres humanos podemos preguntarnos por la finalidad de nuestros actos y el sentido de nuestra existencia; dicho de otra forma, la condición humana se caracteriza por constituirse en referencia a un orden simbólico que la precede y que define su esencia.

En palabras de Hannah Arendt (8):

«Con palabra y acto nos insertamos en el mundo humano, y esta inserción es como un segundo nacimiento, en el que confirmamos y asumimos el hecho desnudo de nuestra original apariencia física. A dicha inserción no nos obliga la necesidad, como lo hace la labor, ni nos impulsa la utilidad, como es el caso del trabajo».

Esta afirmación ubica la acción en el centro mismo del proceso de humanización. *Hacer* revela al agente del acto, permite nuestro verdadero acceso al mundo humano, viabiliza que el ser humano sea, se distinga y exprese. De esta forma, la ocupación es una vía posible de relación de cada individuo con el orden simbólico, condición *sine qua non* del entramado sociocultural que lo precede, en el que se desarrolla y es.

En cuarto, y último lugar, la ocupación puede también contemplarse desde un punto de vista sociopolítico e histórico, perspectiva que trata de ampliar una visión centrada únicamente en el individuo, recalando las relaciones entre la ocupación, los grupos y comunidades y la salud. Como señala Wilcock (17), la existencia de los seres humanos está íntimamente relacionada con la posibilidad de disponer de oportunidades y recursos diversos para participar en ocupaciones culturalmente definidas y saludables. Esta perspectiva coloca el foco de análisis en la *justicia ocupacional* y los derechos humanos, frente a enfoques más individualistas de la ocupación vigentes en la disciplina a lo largo de décadas. El reconocimiento del derecho a la participación ocupacional es, sobre todo, un reconocimiento político y comunitario. En esta línea de argumentación cabe destacar el concepto de *apartheid ocupacional* acuñado por Kronenberg (21), que se refiere a la segregación de grupos mediante la restricción o negación de su acceso a una participación digna y significativa en ocupaciones (discriminación basada en la raza, color, discapacidad, nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas, estatus

social u otras características): «Ocasionado por fuerzas políticas, sus consecuencias sociales, culturales y económicas, sistemáticas y dominantes, ponen en riesgo la salud y el bienestar de individuos, comunidades y sociedades» (21).

En resumen, como defienden Clark, Wood y Larson (22), la perspectiva que concibe al ser humano como un ser ocupacional se articula alrededor del estudio de tres aspectos complementarios de la ocupación:

- Atendiendo a su forma; es decir, a aquellos aspectos de la ocupación directamente observables (físicos, sociales y culturales) que sustentan, condicionan e influyen en las ocupaciones que realizan los seres humanos.
- Atendiendo a su función; es decir, a la manera en que sirve o contribuye a la adaptación y la salud individual; ya sea a través de la organización del tiempo o como elemento coadyuvante del desarrollo y maduración sensorial, físico, psicológico, social, emocional o de destrezas y habilidades²⁸.
- Atendiendo a su significado; es decir, a la significación en la experiencia subjetiva de un individuo en su contexto social y cultural.

La disciplina académica de la ciencia ocupacional²⁹, definida por Clark (11) como el estudio del ser humano como ser ocupacional, se centra en el estudio de la forma, función y significado de la ocupación humana. Se define a sí misma como una disciplina académica más cercana a las ciencias sociales que a las humanidades o a las ciencias naturales y similar a otras disciplinas académicas como la antropología, la sociología o la psicología.

No obstante, en la actualidad se encuentra aún en una etapa de desarrollo inicial; por ello únicamente hemos querido reseñar algunas de sus ideas básicas, en la medida en que aportan un armazón epistemológico que puede contribuir a promover y generar un cuerpo de conocimiento centrado en el concepto de ocupación³⁰.

Relaciones entre ocupación y salud mental

Una vez examinados los postulados básicos que conciben al ser humano como un ser ocupacional, realizaremos a continuación una aproximación a la práctica de la terapia ocupacional revisando aquellas notas características de la ocupación y su influencia en la salud. Con este propósito describimos diversas modalidades de aplicación de la ocupación como método terapéutico, identificando sus diversos efectos en la salud y, ligados a ellos, los objetivos que pueden alcanzarse.

En la [tabla 2.1](#) se resumen las diferentes modalidades, funciones y objetivos asociados con la utilización de la ocupación como método de tratamiento e intervención.

Tabla 2.1 Modalidades, funciones y objetivos de la utilización de la ocupación como método terapéutico.

Modalidades	Funciones	Objetivos
La ocupación como fin en sí misma	Favorece y promueve la participación e integración social, a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación y la productividad y el ocio y el juego	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje y adquisición de las habilidades y destrezas ligadas al desempeño de actividades • Adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades • Modificación y adaptación de las ocupaciones que un individuo desempeña o del entorno físico o social en que son desempeñadas
La ocupación como medio para el desarrollo y	Posibilita el desarrollo y recuperación de las funciones y estructuras psicológicas y corporales, en la medida en que estas funciones y estructuras están implicadas en las	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas • Restauración o

recuperación	ocupaciones que un sujeto realiza	recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas
La ocupación como agente para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	Promueve el adecuado funcionamiento de las estructuras y funciones corporales y el bienestar psicológico previniendo la aparición de enfermedades y de condiciones de discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Promover estilos de vida saludables y prevenir la aparición de enfermedades somáticas o psicológicas y de los déficits consecuencia de ellas • Adquisición, mantenimiento y mejora del sentimiento subjetivo de bienestar psicológico y social

Tomada de Moruno, 2004.

Estas modalidades son, básicamente, una forma de *ordenar* los diferentes registros con los que un terapeuta ocupacional puede utilizar la ocupación terapéuticamente –en relación directa con la función primordial que enfatice y los objetivos principales que deben alcanzarse–. Creemos que esta organización puede ser útil para planificar una intervención, puesto que nos permite clarificar las diversas influencias que ejercen en la salud individual cada una de las diferentes características que poseen las ocupaciones.

No obstante, cuando en nuestra práctica le proponemos a un sujeto que realice una determinada actividad –y, además, dicha propuesta tiene éxito, de tal forma que el individuo se implica en su realización–, más allá del objetivo principal que persiga el terapeuta, el desempeño de esa actividad posee múltiples efectos en el individuo. A nuestro modo de entender, la repercusión que el logro de una determinada ocupación tiene en un sujeto no puede concebirse de forma aislada, según una relación unívoca y estanca con un objetivo determinado (verbigracia: su adaptación al medio, o la recuperación de una capacidad). Por el contrario, pensamos que tiene numerosas consecuencias, que se relacionan e influyen mutuamente a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el desempeño de una determinada actividad de la vida diaria, como puede ser vestirse, no sólo afecta a la capacidad de adaptación al medio de un individuo, sino que también, sin duda, influye en su identidad y en su sentimiento subjetivo de bienestar. Antes de comenzar con el desarrollo de estas modalidades terapéuticas de la ocupación, nos gustaría destacar que no debemos entender que la aplicación de una ocupación de acuerdo con una modalidad implica excluir los efectos y objetivos que prioritariamente se alcanzan siguiendo otras. Todo lo contrario, las funciones y los

objetivos de todas las modalidades se interrelacionan y dependen unos de otros.

Desempeño ocupacional y participación

Como adelantábamos en el epígrafe anterior, Wilcock (17), en su texto *An Occupational Perspective of Health*, afirma que el bienestar psicológico y social, aspectos esenciales en el concepto actual de salud, está vinculado con la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas.

Este hecho puede contemplarse desde una doble perspectiva.

Desde un punto de vista individual, el desempeño o realización de actividades de autocuidado y automantenimiento, productivas, educativas, lúdicas y de ocio, permite a un sujeto *participar* como miembro activo de su comunidad, que contribuye a su entorno social, cultural y económico.

Aquellas cosas que somos capaces de hacer, las ocupaciones que realizamos, promueven, favorecen y actualizan nuestra adaptación al medio y su transformación. Son el vehículo para la integración y participación activa del individuo en el entramado social y cultural al que pertenece, así como para su modificación y cambio. Por tanto, las ocupaciones que una persona aprende y realiza condicionan el grado en el que se adapta a su entorno y lo modifica. La participación y realización de ocupaciones contribuye a la organización temporal de la adaptación al medio.

Desde un punto de vista sociopolítico, la posibilidad de acceder y disponer de recursos y oportunidades de participación en ocupaciones culturalmente significativas y saludables en el seno de las comunidades repercute en el desarrollo social, cultural y económico de aquéllas y, en última instancia, en la salud de los individuos que las constituyen. Desde esta perspectiva el foco de atención recae en el *empoderamiento* de las comunidades, para impulsar y ampliar las ocupaciones que vehiculan su crecimiento y desarrollo, a la vez que el de los individuos que las componen.

En resumen, la ocupación constituye una *entidad* o *fin* que, en sí mismo, favorece, promueve y actualiza la participación e integración del individuo en su medio y el cambio social. Por tanto, la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación, la productividad, el ocio y el juego, influyen en la salud, bienestar y calidad de vida de los individuos y en el crecimiento y desarrollo de las comunidades.

Considerando estas características, la ocupación puede ser utilizada como método terapéutico con los siguientes objetivos:

- Promover el aprendizaje y adquisición de *habilidades y destrezas* necesarias para el desempeño de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, educativas, laborales, lúdicas, de ocio y de participación social.
- Favorecer la *participación e integración social*, a través de la adquisición,

mantenimiento, mejora o recuperación del *desempeño de actividades* ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación y la productividad, el ocio y el juego, y la participación social.

- Modificar y/o adaptar las ocupaciones que un individuo desempeña y/o el entorno físico, social o cultural en que tiene lugar tal desempeño, para lograr que su realización sea eficaz y, de este modo, posibilitar la participación y el desempeño ocupacional del sujeto.
- Empoderar³¹ a las comunidades e individuos para desarrollar ocupaciones social y culturalmente significativas, que hagan viable su crecimiento y desarrollo.

Ocupación y funcionamiento

Como avanzábamos anteriormente, la realización o participación en distintas ocupaciones a lo largo del ciclo vital de un individuo coadyuva a su maduración sensorial, física y psicológica, a su desarrollo social y emocional y al aprendizaje de habilidades para el desempeño de ocupaciones.

Desde este enfoque, la ocupación puede ser aplicada terapéuticamente *como un medio* que promueve el desarrollo, mantenimiento y recuperación de las capacidades, destrezas o aptitudes de un individuo.

A partir de un análisis previo de las capacidades, estructuras y/o funciones psicológicas y corporales implicadas en la realización de una determinada ocupación es posible utilizarla como tratamiento, persiguiendo la recuperación de los déficits o trastornos que presente cada individuo tratado. Así, pueden seleccionarse determinadas actividades como método de intervención, persiguiendo objetivos concretos ligados a la adquisición, restauración, recuperación o mantenimiento de capacidades y habilidades y/o al desarrollo psicológico, emocional o relacional.

En resumen, la ocupación constituye un *medio* para el desarrollo, mantenimiento y recuperación de funciones psicológicas y corporales, en la medida en que éstas están implicadas en las ocupaciones que un sujeto realiza. Por tanto, la ocupación puede ser empleada como método terapéutico con los siguientes objetivos:

- Adquisición y desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas, así como de las relaciones sociales, los aspectos emocionales y los vínculos afectivos.
- Mejora, mantenimiento, restauración o recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas.

Ocupación y promoción de la salud

Si bien es cierto que la ocupación está asociada con la supervivencia, desarrollo y adaptación al medio del ser humano, desde nuestro punto de vista éstas no constituyen las únicas facetas de la ocupación en la experiencia vital del ser humano. Como ya hemos mencionado, también concebimos la ocupación como una vía posible de relación del ser humano con el orden simbólico en el que se encuentra inmerso, en la medida en que la acción revela al agente del acto y, a través de ella, el ser humano se distingue y expresa.

Desde esta perspectiva, la ocupación puede constituir un vehículo o forma de dar sentido, significado a la existencia, influyendo, por tanto, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano. Así, las ocupaciones en las que se implica un sujeto le permiten la expresión individual, favorecen el desarrollo de vínculos sociales y culturales, contribuyen a la construcción de su identidad y posibilitan que se sienta partícipe de la sociedad, mediando en su bienestar psicológico y, por ende, en su salud individual.

En resumen, en la medida en que la implicación de un sujeto en ocupaciones significativas, tanto desde una perspectiva personal (subjetiva) como social y cultural, favorece el bienestar psicológico, la ocupación puede emplearse como un método para la *promoción y preservación del bienestar psicológico y corporal* del individuo.

La concepción de la ocupación como un *agente* que promueve el bienestar psicológico y la salud permite utilizarla con los siguientes objetivos:

- Promover estilos de vida saludables y prevenir la aparición de enfermedades somáticas o psicológicas, los déficits como consecuencia de éstas y las condiciones de discapacidad asociadas a dichos déficits.
- Adquirir, mantener y mejorar el bienestar físico, psicológico y social.

Para concluir, los terapeutas ocupacionales utilizan o aplican la ocupación como método terapéutico, siguiendo distintas modalidades que la conciben como un agente, entidad o medio que promueve la salud, previene la enfermedad y la discapacidad, favorece la recuperación del funcionamiento, la integración, la participación y el cambio social, así como la calidad de vida y el bienestar de los individuos y comunidades.

Conclusiones

- La ocupación es un fenómeno distintivo y singular de lo humano.
- Definimos ocupación como: «Unidades de actividad personal y culturalmente significativas en las que los seres humanos se implican, nombradas en el léxico de la cultura», suscribiendo la propuesta elaborada por Clark (11).
- Cualquier ocupación es *intencional*, posee un *resultado, fin o propósito* último, que supone la concatenación *compleja de unidades de destrezas* asociadas de forma inseparable con el resultado perseguido al realizarla.
- Terapia ocupacional es una disciplina de las ciencias de la salud que emplea la ocupación como método terapéutico.
- La ocupación puede utilizarse terapéuticamente siguiendo diversas modalidades interrelacionadas entre sí; a saber: como entidad, agente o medio terapéutico.
- La ocupación constituye una forma de dar significado a la vida de las personas, posibilita que los sujetos participen como ciudadanos en su entorno, vehiculiza la adaptación al medio y su transformación y promueve el desarrollo, mantenimiento y recuperación del funcionamiento individual.
- Gracias a estas características la ocupación puede emplearse para promover la salud, el bienestar y la calidad de vida de los individuos y de las comunidades.

Bibliografía

Reed K., Sanderson S. *Concepts of occupational therapy*, 4.^a ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.

Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*, 22.^a ed. Madrid: Espasa Calpe; 2000.

Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe, 1992.

Moruno P. *Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico [tesis doctoral]*. Madrid: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid; 2002.

Moruno P., Romero D.M. *Actividades de la vida diaria*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2006.

Dorominas J. *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, 1.^a ed. Madrid: Gredos; 2002.

Romero D.M., Moruno P. *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*, 1.^a ed. Barcelona:

Masson; 2003.

Arendt H. *La condición humana*, 1.^a ed. Barcelona: Paidós; 1993.

Yerxa E., Clark F., Frank G., Jackson J., Parham D., Pierce D. An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. In: Johnson J., Yerxa E. *Occupational science: The foundation for new models of practice*. New York: Haworth Press; 1989:1–17.

Yerxa E. Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. *J Occup Sci.* 1;(1993):3–9.

Clark F.A., Parham D., Carlson M.E., Frank G., Jackson J., Pierce D. Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *Am J Occup Ther.* 4;(1991):300–310.

Bruner J.S. *Acción, pensamiento y lenguaje*, 1.^a ed. Madrid: Alianza; 1998.

Kielhofner GA. *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional*, 3.^a ed. Madrid: Panamericana; 2006.

Nelson D.L. Occupation: Form and Performance. *Am J Occup Ther.* 10;(1988):633–641.

Lohman H., Padilla R., Byers-Connon S. *Occupational Therapy with Elders: Strategies for The COTA*, 1.^a ed. St. Louis: Mosby; 2004.

Fernández-Ballesteros R. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca; 1992.

Wilcock A. *An Occupational Perspective of Health*, 1.^a ed. New Jersey: SLACK Inc; 1998.

Kielhofner G.A. *Model of human occupations: theory and application*, 2.^a ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.

Association Canadienne des Ergothérapeutes. *Promouvoir l'occupation: Une perspective de l'ergothérapie*, 1.^a ed. Ottawa: CAOT publications ACE; 1997.

Pibarot I. Ne dites pas a ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille. *J Ergother (Paris)*. 3;(1996):90–94.

Kronenberg F., Pollard N. Political Dimensions of Occupation and the Roles of Occupational Therapy (AOTA plenary presentation). *Am J Occup Ther.* 2006; (6):617–625.

Clark F., Wood W., Larson A. Occupational Science; Occupational Therapy's Legacy for the 21st Century, Neistadt M., Crepeau E. Willard and Spackman's Occupational therapy, 2.^a ed., Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.

Autoevaluación capítulo 2

1. En relación al sentido de nuestra intervención: ¿cuál es el principal problema que tiene que hacer frente la terapia ocupacional?
 - a. Ninguno. Nuestra disciplina tiende a no tener problemas ya que nuestras intervenciones no tienen efectos secundarios.
 - b. En alguna ocasión puede suceder que se confundan nuestras intervenciones con las de otros profesionales.
 - c. No somos capaces de gestionar de forma ordenada nuestras intervenciones llevándolas al absurdo.
 - d. Extraviamos el enorme potencial que nuestras intervenciones tienen para generar cambios significativos en la salud y calidad de vida de las personas que atendemos.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d.* Yerxa (1993) ha sugerido que la aportación singular de los terapeutas ocupacionales puede estar desvaneciéndose, en la medida en que extraviamos el enorme potencial que nuestras intervenciones tienen para generar cambios significativos en la salud y calidad de vida en las personas que atendemos. Además, comenta que a los terapeutas ocupacionales les cuesta identificar el concepto real de ocupación, en todas sus dimensiones, lo que produce una mala gestión de ésta.

2. La ocupación sólo puede concebirse desde un punto de vista objetivo: ¿es cierta esta afirmación?
 - a. No, dado que despreciaríamos la vivencia del individuo respecto a su quehacer cotidiano.
 - b. Sí, puesto que de cualquier otra forma corremos el riesgo de introducir nuestra subjetividad.
 - c. Depende del encuadre de intervención.
 - d. Depende de la familia del individuo abordado.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *a.* Yerxa (1993) advierte que la ocupación es clasificada y nombrada por la cultura de acuerdo con el propósito para el que sirve. Es más, señala que una ocupación está relacionada con la experiencia personal de quien la realiza, deriva de ella y aporta una vivencia y, por tanto, debe ser considerada tanto desde un punto de vista conductual como vivencial.

3. ¿Qué puede suceder si el terapeuta ocupacional utiliza la ocupación de forma incorrecta?
 - a. Nada.
 - b. Que el individuo no quiera asistir más a las sesiones de terapia ocupacional.

- c. Puede suponer un proceso de «desculturación» de la persona que las reciben.
Todas
- d. Sólo b y c son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. No podemos olvidar que las ocupaciones también pueden constituirse en elementos estigmatizadores. Es bien sabido que determinadas prácticas –en concreto, en el ámbito de la salud mental– pueden suponer un proceso de «desculturación» de la persona que las recibe. Como han advertido numerosos autores, la ausencia de ocupaciones significativas en ambientes residenciales influye negativamente en la salud y en las posibilidades de integración social de los residentes, aumentando su tiempo de permanencia en las instituciones e, incluso, comprometiendo seriamente su salud (Moruno y Cantero, 2006).

4. ¿Cómo define Wilcock en 1998 al ser humano?
- a. Como un ser racional.
 - b. Como un ser vivo con pensamiento y acción.
 - c. Como un ser ocupacional.
 - d. Ninguna es correcta.
 - e. Sólo las respuestas a y b son correctas.

Correcta: *c*. Wilcock (1998) sostiene que la teoría que concibe a los seres humanos como seres ocupacionales enfatiza la influencia que la implicación del ser humano en ocupaciones tiene sobre su evolución como especie, sobre su desarrollo cultural, sobre el desarrollo ontogenético y sobre la salud de los individuos y las comunidades. En otras palabras, los estrechos vínculos entre la ocupación y el fenómeno humano pueden contemplarse desde diversas perspectivas.

5. Señala la afirmación correcta: la implicación de un sujeto en sus actividades y ocupaciones tiene:
- a. Un resultado adaptativo exclusivamente.
 - b. Efectos en su funcionalidad orgánicas exclusivamente.
 - c. Influencia en la identidad personal pasada.
 - d. Efectos múltiples que se relacionan e influyen a lo largo del tiempo.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. La implicación de un sujeto en el desempeño de una ocupación tiene múltiples efectos, que se relacionan e influyen mutuamente a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el desempeño de una determinada actividad de la vida diaria, como puede ser vestirse, no sólo afecta a la capacidad de adaptación al medio de un individuo, sin duda influirá también en la identidad personal y en el sentimiento subjetivo de bienestar.

¹⁰ «Specific “chunks” of activity within the ongoing stream of human behavior

which are named in the lexicon of the culture».

- ¹¹ «Units of activity which are classified and named by the culture according to the purposes they serve in enabling people to meet environmental challenges successfully [...]. Some essential characteristics of occupation are that it is self-initiated, goal directed (even if the goal is fun or pleasure), experiential as well as behavioral, socially valued or recognized, constituted of adaptive skills or repertoires, organized, essential to the quality of life experienced, and possesses the capacity to influence health».
- ¹ El lector podrá acceder a más contenidos relacionados con esta parte del texto en la plataforma web creada para este libro, en el apartado información adicional.
- ² El lector podrá acceder a más contenidos relacionados con esta parte del texto en la plataforma web creada para este libro, en el apartado información adicional, sobre definiciones de terapia ocupacional, con el documento integro de la Asociación Mundial de Terapia Ocupacional WFOT.
- ³ Recogemos en cursiva la acepción del vocablo *terapia* de la anterior edición del DRAE.
- ⁴ Definido por la Real Academia Española como: «método curativo que utiliza el trabajo manual en la reeducación de los enfermos o impedidos, para su reinserción en la vida social».
- ⁵ *Laborar*, del latín *labor-oris*, significa «fatiga». *Trabajar*, que con el paso del tiempo sustituirá al vocablo *laborar*, deriva del latín *tripaliare*, que significa torturar (el *tripalium* era un instrumento de tortura utilizado en la Edad Media). Etimológicamente hablando, su sentido entronca con el de fatiga, esfuerzo, dolor, sufrimiento del ser humano por la supervivencia. En nuestra lengua, todavía hoy, en algunos contextos connota la significación de dolor, sufrimiento, fatiga o esfuerzo que tenía el antiguo término de *labor* al que sustituyó.
- ⁶ *Laborar* se caracteriza por la ausencia de producto, de modificaciones estables en el medio; la fatiga, el esfuerzo corporal de *laborar*, con una vida efímera, se consume en sí mismo, para dar cuenta de la propia supervivencia del organismo.
- ⁷ Apoyándonos en este argumento, a lo largo de este capítulo y de todo el texto, nos referiremos a ocupación y actividad como conceptos similares.
- ⁸ Que acabamos de identificar a través del análisis semántico y etimológico del término.
- ⁹ «Chunks of culturally and personally meaningful activity in which humans engage that are named in the lexicon of the culture».
- ¹² «Specific “chunks” of activity...»; «Chunks of culturally and personally meaningful activity...».
- ¹³ Este término, rescatado de las teorías cognitivas sobre la memoria (Miller, 1956), hace referencia a unidades con significado, que permite agrupar varios atributos en un elemento único, para su almacenamiento y recuperación en la

memoria. Por ejemplo: un número de teléfono es almacenado y recuperado a través de tales unidades o *chunks*. Así, el teléfono 925721010 se almacena y recuerda dividido en cuatro unidades o *chunks*: 925-72-10-10. Nuestra memoria en ningún caso almacena la totalidad de sus atributos por separado, sin agruparlos: 9-2-5-7-2-1-0-1-0.

- 14 Advertir que el glosario de la WOTF sugiere que traduzcamos *skill* como *destreza o habilidad*, sin distinguir entre estos términos, al considerarlos como sinónimos.
- 15 Veremos más adelante que el resultado esperado de una determinada ocupación/actividad permite la organización y regulación de las destrezas implicadas en su desempeño.
- 16 De ahí que en algunas ocasiones las modificaciones de las praxias en el caso de los ancianos produzcan graves alteraciones cognitivas.
- 17 Como ya advertíamos anteriormente, podemos equiparar los términos de ocupación y actividad (este último usado por Bruner), en la medida en que circunscriben conceptos muy similares, si no idénticos.
- 18 Es importante señalar aquí una interpretación muy frecuente y, desde nuestro punto de vista errónea, de este propósito y objetivo que caracteriza a la ocupación. Cuando hacemos referencia aquí al propósito, fin, resultado u objetivo de una ocupación, no estamos refiriéndonos al propósito u objetivo último del agente, nos referimos al propósito u objetivo inherente a la ocupación en sí misma. En muchas ocasiones hemos interpretado que cualquier quehacer que le solicitemos a un individuo tiene un propósito, dado que persigue la recuperación del sujeto. Sin embargo, que el terapeuta ocupacional tenga un objetivo –y se lo trasmite a la persona que atiende, que puede hacerlo propio– cuando prescribe una determinada tarea, no quiere decir que sea una tarea con propósito, que la tarea posea un objetivo propio y característico.
- 19 Como podemos observar en otra afirmación de Bruner (12): «El objetivo que debe alcanzarse y la intención del agente precede, dirige y proporciona el criterio para poner final al acto». (p. 80).
- 20 Estas características se evidencian claramente en la definición elaborada por Yerxa (10): «Some essential characteristics of occupation are that it is *self-initiated, goal directed...* [...] constituted of adaptive *skills or repertoires, organized...*».
- 21 Verbigracia: ensartar un aro en un palo, mover un cilindro de un lugar a otro, lanzar una pelota o, como adelantábamos anteriormente, quitarse un zapato o un calcetín.
- 22 Volvamos al ejemplo anterior para aclarar a qué nos referimos cuando señalamos ese atravesamiento de significados sociales y culturales. «Quitarse el sombrero», cuando nos referíamos a la destreza del niño, normalmente, no se reconoce como una ocupación. Sin embargo, sí que puede ser reconocida como tal si es un saludo. El contexto social y cultural es el que adscribe su significado

a una ocupación y, por tanto, la sanciona como tal. Obviamente, no en todas las culturas y sociedades, quitarse el sombrero es un saludo.

- 23 Concepto elaborado por el filósofo José Ortega y Gasset para traducir el alemán *Erlebnis*. Definido en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española como: «Hecho de experimentar algo, y su contenido».
- 24 O la realización de actividades desvinculadas del contexto social y cultural, vejatorias o de las que sólo se benefician o sacan provecho la propia institución o su personal.
- 25 Desde este punto de vista la locución «ocupación humana» no sería más que una redundancia.
- 26 Idea en la que se basa la disciplina emergente de la ciencia ocupacional.
- 27 Curiosamente, o quizá deberíamos decir mejor, significativamente, el *homo habilis* (humano habilidoso).
- 28 Desde nuestro punto de vista, nada nos impide ampliar el supuesto de estos autores afirmando que, igualmente, la ocupación coadyuva al desarrollo de grupos y comunidades.
- 29 Su desarrollo ha sido muy amplio, desde la creación inicial de un programa de doctorado a finales de la década de 1980 en el Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad del Sur de California, que ha dado lugar a la publicación de un manual y de numerosos artículos y proyectos de investigación.
- 30 Hoy por hoy, las investigaciones y desarrollos teóricos sobre la faceta ocupacional del ser humano no están agrupadas en ninguna disciplina. Por el contrario, los encontramos en diversas publicaciones sobre la materia, por lo que nuestro análisis de las relaciones entre la ocupación y la salud ha sido realizado revisando ampliamente la literatura de terapia ocupacional.
- 31 A pesar de que la palabra *empoderar* está en desuso en nuestra lengua, rescatamos aquí su acepción: «Poner algo en poder de alguien o darle la posesión de ello», para traducir el término inglés *empowerment*.

Clasificación, semiología, evaluación e intervenciones terapéuticas en salud mental

J.R. Teijeira Santiago, M. Costas González, M. Castro Bouzas, M. Martínez Hervés, M.L. Díaz Vidal

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

El diagnóstico psiquiátrico y su aportación a la comprensión de la práctica clínica

Fases evolutivas, terapéuticas y factores psicosociales de los cuadros psiquiátricos

Evolución del concepto de los trastornos mentales a lo largo de la historia

Clasificación de las enfermedades mentales: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR)

Tratamientos psicofarmacológicos

Reseña histórica

Clasificación de los psicofármacos

Otros tratamientos biológicos

Terapias psicológicas

Tipos de terapia

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer la función y utilidad del diagnóstico psiquiátrico.
- Identificar la evolución histórica del concepto de trastorno mental.

- Conocer las características básicas del tratamiento psicofarmacológico.
- Revisar las características básicas de las terapias psicológicas.

Introducción

El terapeuta ocupacional que desarrolle su práctica en el ámbito de la salud mental no puede situarse al margen de los condicionantes que afectan al paciente¹ al que debe tratar. Ello exige profundizar en el conocimiento del diagnóstico, la clasificación y la evolución de los trastornos mentales, así como aproximarse a los factores terapéuticos de diverso orden, desde la psicofarmacología a la intervención psicosocial, pasando por la psicoterapia. Sólo desde esta perspectiva integral podrá disponer de los elementos necesarios para realizar un correcto abordaje e intervención con el paciente.

El diagnóstico psiquiátrico y su aportación a la comprensión de la práctica clínica

El diagnóstico en psiquiatría es un elemento esencial para la práctica clínica (1), no sólo para los médicos psiquiatras sino también para todos los trabajadores del ámbito de la salud mental, lo cual, evidentemente, implica al terapeuta ocupacional que desarrolle su actividad profesional en este campo.

La descripción psicopatológica de los casos clínicos encuentra su concreción en el proceso diagnóstico, en el cual se recoge adecuadamente la fenomenología evidenciada y que, a su vez, permite pasar a un estadio ulterior, que es el de la clasificación de las enfermedades mentales, instrumento que permite comparar adecuadamente las patologías, homologar los términos de los que estamos tratando y, en definitiva, avanzar en los procesos de estudio e investigación terapéutica en salud mental, lo cual no sería posible con un cajón de sastre de términos y nomenclaturas variables según las múltiples escuelas psiquiátricas que existen y han existido a lo largo del tiempo.

Acerca de la importancia del diagnóstico en medicina existen suficientes evidencias. Trataremos de exponer a continuación cuál es la importancia de que el terapeuta ocupacional conozca, asuma y pueda utilizar de manera adecuada el diagnóstico del paciente.

Sabemos que desde diferentes corrientes psicológicas y psiquiátricas, inspiradas fundamentalmente desde el movimiento de la antipsiquiatría (2), se ha postulado que el diagnóstico médico sólo es una etiqueta con la que se persigue el encasillamiento, la estigmatización, la postergación y, en definitiva, la opresión del enfermo mental por parte del poder médico.

Sin embargo, la evidencia clínica, basada en la fenomenología y la psicopatología, nos ha demostrado la gran utilidad que posee establecer un diagnóstico correcto y preciso para mejorar el abordaje terapéutico y la evolución y pronóstico de los pacientes.

Por ejemplo, si el terapeuta ocupacional debe trabajar con un persona diagnosticada de esquizofrenia, será útil que conozca, en primer lugar, que éste es su diagnóstico médico y, además, cuál es su modalidad clínica. Si va a trabajar terapéuticamente con un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide (F20.0 CIE-10) (3), el terapeuta ocupacional sabrá que en el contacto con el paciente habrá de encontrarse fenómenos como eco, difusión, inserción o robo del pensamiento, aparte de una florida ideación delirante y trastornos de la percepción, síntomas todos ellos que van a condicionar de modo fundamental la aproximación y el abordaje terapéutico, empezando por el hecho de que, si no se conocen de manera adecuada

estos fenómenos y si no se sabe cómo responder y situarse ante ellos, puede ser totalmente imposible establecer un contacto básico con el paciente. Por el contrario, situarse ante un paciente diagnosticado de esquizofrenia residual (4) (F20.5 CIE-10) colocaría al terapeuta en una posición totalmente diferente; debería prepararse para tratar con una persona en quien los fenómenos descritos con anterioridad se encontrarán muy probablemente atenuados y en un segundo plano, dejando en primera línea otros graves fenómenos psicopatológicos como son los síntomas negativos, la apatía, la abulia, la anhedonía, la anergia y el empobrecimiento cognitivo y afectivo de larga evolución.

Empeñarse en desconocer estos aspectos por prejuizarlos como una «etiqueta estigmatizadora» sería, evidentemente, una negligencia que imposibilitaría el adecuado tratamiento del paciente y, de este modo, se le condenaría a una sombría evolución. En el caso de las esquizofrenias podríamos extender el razonamiento diferencial a la esquizofrenia hebefrénica, la catatónica, la indiferenciada, la simple, o el trastorno esquizofreniforme, por no añadir los trastornos esquizoafectivos o los esquizotípicos.

Y todos ellos son sólo una parte de lo que podría englobarse como «psicóticos». No obstante, como vemos, la precisión en el diagnóstico es la que sitúa al terapeuta en posición de poder desarrollar un adecuado abordaje del caso. Tampoco basta con saber que un paciente experimenta un determinado síntoma ignorando el diagnóstico. Así, la presencia de ideas delirantes no posee la misma entidad (ni, por tanto, el mismo manejo a la hora del contacto con el paciente) si éstas se presentan en una descompensación maníaca, en una esquizofrenia paranoide, en un trastorno psicótico agudo polimorfo, en un trastorno paranoide persistente o en una depresión endógena. Todo ello nos refuerza en la idea de la gran importancia que tiene el diagnóstico psiquiátrico.

A todo lo dicho también nos gustaría añadir la gran relevancia que la descripción de síntomas, síndromes y del curso de la enfermedad que aporta el diagnóstico psiquiátrico tiene para el terapeuta ocupacional (más allá de otros datos epidemiológicos o etiología, entre otros, también valiosos). Desde nuestro punto de vista, el perfil clínico o psicopatológico que aporta el diagnóstico orienta el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional, optimizando el proceso de recogida de datos durante la evaluación ocupacional, en la medida en que circunscribe un conjunto de alteraciones psicopatológicas que, aunque deben constatarse a lo largo de la evaluación y relacionarse con su efecto en el desempeño ocupacional para cada sujeto, sirven de arquetipo para circunscribir los componentes o destrezas de desempeño alteradas que, entre otras variables, pueden ser causa de los problemas que vivencia el sujeto en la realización de sus actividades cotidianas.

Fases evolutivas, terapéuticas y factores psicosociales de los cuadros psiquiátricos

Además del diagnóstico, las fases y momentos evolutivos de los trastornos psíquicos marcan un enfoque terapéutico bien diferenciado. En el caso de las esquizofrenias, el tratamiento de un paciente joven que acaba de comenzar con un primer brote esquizofreniforme es muy diferente que el de un adulto con décadas de evolución, cuya presentación clínica y necesidades terapéuticas poco tienen que ver con el anterior (5).

También debemos diferenciar las fases agudas de los trastornos de las fases de remisión o estabilización. En el momento de descompensación aguda de un trastorno psíquico², tal vez en los primeros días el terapeuta ocupacional deba abstenerse de intervenir, sencillamente porque la prioridad es conseguir una mínima estabilización psíquica del paciente que posibilite una progresiva conexión con la realidad. El mismo paciente unos días después puede ser ya receptivo y abordable para la intervención, aun con las limitaciones impuestas por su sintomatología. Y una vez remitida o atenuada la fase aguda, con el paciente estabilizado es cuando las posibilidades del terapeuta ocupacional muy probablemente se amplían. Al igual que ocurre con la psicofarmacología y con la psicoterapia, el terapeuta ocupacional debe saber trabajar y modular la cuestión de los tiempos, del mismo modo que un psiquiatra conoce que un determinado fármaco a una determinada dosis puede resultar muy útil en una fase de estabilización e inadecuado en una fase aguda en la que el paciente está descompensado. De la misma manera, en psicoterapia es bien conocida la función de los tiempos y el adecuado marco temporal de las intervenciones. Una intervención planteada en determinados momentos evolutivos puede ser ineficaz y hasta contraproducente, mientras que realizada en el momento preciso ejerce un apreciable efecto terapéutico.

Como vemos, los factores farmacológicos, las intervenciones psicoterapéuticas y las condiciones psicosociales del paciente modulan notablemente su evolución. Por ello, el terapeuta ocupacional debería conocer, al menos de modo somero, el tratamiento psiquiátrico que recibe el paciente³, y cómo este se modifica en las diferentes fases evolutivas, porque sólo desde este conocimiento podrá adecuar y optimizar sus objetivos e intervenciones terapéuticas.

Evolución del concepto de los trastornos mentales a lo largo de la historia⁴

Al hablar de enfermedad mental como patrón anómalo de comportarse y de ser, no podemos perder de vista otros ámbitos implicados como la biología, la filosofía, la magia, la religión, la ley, el arte y la literatura. La pregunta acerca de cuándo una conducta anómala es una enfermedad conlleva una carga notable de inquietud filosófica, y, de hecho, la concepción científica de lo que es un trastorno psíquico varía con el tiempo. La noción clásica de enfermedad mental, que surge por analogía con las enfermedades del cuerpo, es un concepto que pone en contacto a todos estos territorios, y que ha evolucionado de manera cambiante a lo largo de la historia (6, 7).

Así, en la Prehistoria (aunque no hay textos escritos) y en la Civilización Mesopotámica se consideraba ya al cráneo como una parte privilegiada del organismo, y la concepción de la enfermedad era sobrenatural, como un castigo divino que venía impuesto tras la ruptura de algún tabú. En el Antiguo Egipto se desarrolla un sistema médico público importante que ya establece determinadas actividades recreativas para el tratamiento de determinados trastornos del comportamiento. En el *Papiro de Ebers* (1500 a.C.) se mencionan algunas enfermedades mentales entre las que se incluye la epilepsia, considerada durante siglos una forma de locura. Los egipcios descubrieron un trastorno emocional que atribuían a una malposición del útero, y que después los griegos llamarían «histeria» (8). Para los aztecas, era la diosa Tlazoltéotl quien se adueñaba del alma del hombre provocándole convulsiones o la locura.

En los textos del Antiguo Testamento cristiano constatamos que se interpreta la locura como un castigo de Dios.

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. Hipócrates (460-370 a.C.) ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar, y fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria. Su escuela empleaba tres tratamientos psicológicos: la inducción del sueño, la interpretación de los sueños (por un sacerdote) y el diálogo con el paciente. Los romanos mantuvieron directrices similares a las griegas y sostuvieron que las pasiones y deseos insatisfechos actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Aulo Cornelio Celso dividió las enfermedades mentales en febriles (delirios) y no febriles (locura), y empleó la musicoterapia como tratamiento. Areteo de Capadocia estableció diferencias entre manía y melancolía, y fue el primero en hablar de personalidades prepsicopáticas, así como en sostener que el pronóstico era determinante en la naturaleza de la

enfermedad (9).

En la Edad Media (476-1492), la iglesia católica excluyó a la psiquiatría de la medicina, y las enfermedades mentales fueron consideradas de nuevo como posesiones demoníacas. Renacieron el primitivismo y la brujería (perseguida por la Inquisición) y con ello el modelo sobrenatural de la enfermedad mental. Aparecen en esta etapa los edificios especialmente destinados a la acogida de enfermos mentales. Durante el Renacimiento (1453-1600), la brujería y las posesiones diabólicas continuaban explicando las enfermedades mentales, y el tratamiento prescrito era la tortura y la cremación para liberar el alma. En 1409, el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré funda el primer hospital psiquiátrico del mundo, en Valencia, lo que constituye la primera revolución psiquiátrica. Philippus Aureolus Bombast (1493-1541) escribió *Sobre las enfermedades que privan de la razón*, donde expone que las enfermedades mentales tienen causas naturales y no divinas.

En el Barroco (1600-1740), a pesar de los grandes avances de la medicina, la psiquiatría no presentó grandes cambios. Los pacientes psicóticos eran considerados «alienados» y reclusos en asilos. Thomas Sydenham plantea que la histeria no sería una enfermedad del útero sino del cerebro. Durante la Ilustración (1740-1800), se encerraban enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos, y se les sometía a tratamientos eméticos, purgantes, sangrías y torturas. Hacia 1800, sin embargo, surge en Francia la psiquiatría científica con Philippe Pinel (1745-1826); los enfermos mentales comienzan a ser considerados merecedores de un tratamiento médico. Pinel llamó a su labor «tratamiento moral» y clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos (manía, melancolía, idiocia y demencia), explicando su origen por la herencia y por causas medioambientales. La observación empírica sustituye a las interpretaciones demonológicas y así tiene lugar la segunda revolución psiquiátrica.

El Romanticismo (1800-1848) mantiene la terapia moral, sosteniendo el asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental. El neurólogo francés Jean Martin Charcot (1825-1893) diferenció entre pacientes con lesiones orgánicas y otros cuyos síntomas eran de origen psicológico o «histérico» (10).

A mediados del siglo XIX tiene lugar la tercera revolución psiquiátrica, con las concepciones de Kraepelin (1856-1926): «Hay que acercarse a la cama del enfermo y observarlo». Otorga importancia al estudio del curso completo de la enfermedad y elabora un sistema de psiquiatría descriptiva que aún se emplea para clasificar a los pacientes de acuerdo con su conducta. Más adelante, Sigmund Freud (1856-1939) descubre que el ser humano tiene algo más que la mente consciente y funda el psicoanálisis⁵, que pretende traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente (11). La psiquiatría llega a su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología.

En la actualidad, en palabras de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶, la

salud mental supone la ausencia de un trastorno mental definido según la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*): «un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir, sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Asimismo, ese síndrome o patrón no debe considerarse únicamente una respuesta esperada y culturalmente sancionada ante un suceso en particular, como la muerte de un ser querido».

Clasificación de las enfermedades mentales: clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10) y diagnostic and statistical manual of mental disorders, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR)

Los antecedentes contemporáneos de las clasificaciones actuales los encontramos en la obra de Kraepelin (1856-1926), cuya influencia todavía persiste.

En la actualidad existen dos clasificaciones diagnósticas oficiales vigentes, como resultado de un consenso internacional, ambas bastante compatibles tras revisiones y modificaciones periódicas: la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-10), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra en su décima edición, y el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association, en su cuarta edición. En ellas que se han evitado palabras como enfermedad o padecimiento, y el término aceptado es el de trastorno mental, más amplio que el de enfermedad mental y que se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. Los diagnósticos psiquiátricos no son siempre diagnósticos de enfermedad.

Los sistemas de clasificación diagnóstica aportan un lenguaje que permite describir resumidamente las entidades clínicas y facilitan la comunicación entre todos los profesionales de la salud. Asimismo, diferencian cada trastorno de otros, poniendo las bases para un conocimiento más profundo de cada uno, y orientan hacia la comprensión de las posibles causas de los diversos trastornos mentales. La clasificación psiquiátrica actual se basa fundamentalmente en la descripción sindrómica, más allá de un enfoque sintomático, pero sin llegar a un abordaje nosológico, ya que desconocemos la etiología y fisiopatología de la mayoría de los trastornos.

El DSM-IV-TR contiene 365 trastornos divididos en 17 apartados, más algunos criterios diagnósticos propuestos para profundizar en el estudio, que se incluyen en el «Apéndice». Los grupos de trastornos que figuran en el DSM-IV-TR son los siguientes (12, 13):

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia: trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez en esta etapa vital.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos: implican alteración de funciones cognoscitivas como la memoria, la orientación o el

lenguaje.

- Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica: síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.
- Trastornos relacionados con sustancias: por consumo (dependencia y abuso) o inducidos por ellas. El término sustancia incluye aquellas en las que se piensa habitualmente como sustancias de abuso, fármacos y tóxicos.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: los síntomas psicóticos (pérdida del contacto con los criterios de la realidad) son una característica destacada del cuadro clínico.
- Trastornos del estado de ánimo: sintomatología principal relacionada con el humor.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos: síntomas físicos que no pueden explicarse por una enfermedad médica.
- Trastornos facticios: fingimiento deliberado de síntomas para asumir el papel de enfermo, sin incentivos externos que lo motiven.
- Trastornos disociativos: alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad y percepción.
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual: disfunciones sexuales, parafilias y trastornos de la identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria: comportamiento anómalo en relación con la alimentación.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de impulsos no clasificados en otro apartado: falta de resistencia al deseo imperioso de dedicarse a comportamientos perjudiciales para la propia persona o para otros.
- Trastornos adaptativos: cuando la ansiedad o el estado de ánimo de una persona en respuesta a un suceso o factor estresante superan la reacción normal esperada, o cuando los síntomas provocan una alteración funcional importante.
- Trastornos de la personalidad: aquellos en los que los patrones duraderos de respuesta racional, conductual y emocional (personalidad) son rígidos, inflexibles y provocan un grado importante de angustia o de alteración funcional.
- Otros trastornos que pueden ser foco de la atención clínica.

La CIE-10 es un sistema pensado básicamente con finalidad epidemiológica, y presenta los siguientes aspectos diferenciales principales respecto al DSM-IV-TR (14):

- El apartado referido a los trastornos de las funciones cognoscitivas se clasifica como

«Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos».

- Los trastornos de ansiedad, los adaptativos, disociativos y somatomorfos se incluyen en un apartado referido como «Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos».
- Los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del sueño y los trastornos de la función sexual se agrupan en «Trastornos del comportamiento asociados con disfunciones fisiológicas y con factores somáticos», mientras que los trastornos de la identidad sexual y de la personalidad se incluyen como «Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto».
- Los trastornos de origen en la infancia-adolescencia del DSM-IV-TR se desglosan en la CIE-10 en diferentes apartados: retraso mental, trastornos del desarrollo psicológico, y trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.

La CIE-10 es el sistema de clasificación oficial usado en Europa y en muchas otras partes del mundo. El DSM-IV-TR es la nomenclatura oficial en EE.UU.

Tratamientos psicofarmacológicos

Reseña histórica

El uso de los psicofármacos tal y como hoy los conocemos puede parecer reciente, pero en realidad se remonta ya al empleo a lo largo de la historia de la humanidad y de la medicina de sustancias extraídas de plantas con efectos psicotrópicos, sedantes y alucinógenos. Algunos descubrimientos clave en la historia de la psicofarmacología fueron el alcohol, el cannabis y el opio en Europa y Asia, y la cocaína, la cafeína, la nicotina y otras plantas alucinógenas en la América precolombina.

Será a partir de la década de 1950 cuando tenga lugar la revolución de la psiquiatría con su medicalización por medio de los psicofármacos, apareciendo así ante los psiquiatras un amplio abanico de posibilidades terapéuticas que todavía en el día de hoy siguen en desarrollo.

En la década de 1950 aparecieron los neurolépticos típicos y los antidepresivos heterocíclicos, además de extenderse el empleo del litio en el tratamiento de los episodios maníacos. Todo ello permitió el fenómeno de la desinstitucionalización y externalización de los pacientes psiquiátricos en las décadas de 1960 y 1970.

A finales de la década de 1980 tendrá lugar una segunda revolución en la historia del tratamiento farmacológico de las enfermedades mentales, con la aparición de un antidepresivo como la fluoxetina, primer representante de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y en los años 1990 con la aparición de un nuevo antipsicótico atípico, la risperidona, con muchos menos efectos secundarios que sus antecesores.

En la actualidad, la psicofarmacología se encuentra en un punto evolutivo mucho más avanzado, aunque sigue marcada por numerosos retos, como pueden ser la identificación del psicofármaco ideal, la eliminación de los efectos secundarios, la utilización de una dosis única, el mayor acceso de la comunidad a su uso; todos estos retos se ven influidos por las nuevas técnicas de ingeniería genética molecular, tratamientos virtuales, genéticos o nuevas formas farmacéuticas.

Clasificación de los psicofármacos

Existen diferentes formas de clasificar los psicofármacos, en función de distintos criterios como son su estructura (p. ej., tricíclicos), su mecanismo de acción (p. ej., ISRS), el momento en el que fueron desarrollados (p. ej., antipsicóticos de primera generación, convencionales), sus características diferenciales (p. ej., atípicos) o su indicación principal (p. ej., antidepresivos). Además, existe un problema adicional, y es que muchos fármacos empleados para el tratamiento de enfermedades neurológicas u orgánicas también se usan habitualmente para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

En este caso haremos una breve descripción de los psicofármacos en función de su principal aplicación clínica.

Antidepresivos

Dichos fármacos no sólo se usan para el tratamiento de los trastornos depresivos, sino también en otras patologías psiquiátricas como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la fobia social (16) e, incluso, fuera del ámbito de la psiquiatría, como en el dolor crónico, la narcolepsia o la profilaxis de la migraña. En función de la patología que deba ser tratada las dosis varían ampliamente; así, en el TOC o en la bulimia se emplean dosis mucho más elevadas que las utilizadas en la depresión, y en trastornos como fobia social y enuresis se usan dosis muy inferiores. Existen diferentes grupos que mantienen importantes diferencias en cuanto al perfil de efectos adversos y tolerancia, lo que condiciona la elección del fármaco y la necesidad de individualizar los tratamientos. Los clasificamos en diversos grupos en función (17) tanto de su estructura como de los sistemas de neurotransmisión sobre los que actúan; destacan los heterocíclicos (tricíclicos y tetracíclicos), los ISRS, los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa), los duales (serotoninérgicos y noradrenérgicos) o los que actúan sobre la melatonina. Los ISRS supusieron un avance terapéutico considerable en la década de 1990 al no presentar los efectos secundarios de los heterocíclicos (alteraciones electrocardiográficas, retención urinaria o efectos anticolinérgicos), si bien se objetivaron otros efectos colaterales, como la disfunción sexual o las alteraciones funcionales gastrointestinales (tabla 3.1).

Tabla 3.1 Clasificación fármacos antidepresivos según su estructura

Estructura	Fármacos	Características
Tricíclicos	Imipramina Amitriptilina Clomipramina Doxepina	También llamados «clásicos». Suelen presentar efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, retención urinaria, entre otros), acción sedante e hipotensión, por lo cual no se consideran de elección en geriatría. Su introducción y retirada debe hacerse gradualmente

Heterocíclicos	Maprotilina Mianserina Trazodona	No tienen efectos anticolinérgicos, aunque sí pueden tener efectos cardiotoxicos. La trazodona se utiliza en dosis bajas como hipnótico. Efecto secundario raro: priapismo
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: - Citalopram - Escitalopram - Fluoxetina - Paroxetina - Sertralina - Fluvoxamina	Son relativamente más seguros, y en general de primera elección en geriatría (y en casi todos los trastornos depresivos)
ISRN	Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: - Venlafaxina - Duloxetina	Es recomendable su introducción y retirada gradual Efectos adversos cardiovasculares, precaución en personas con hipertensión arterial
IMAO	Inhibidores de la monoaminoxidasa: - Fenelcina - Tranilcipromina - Moclobemida	En relativo desuso actualmente debido a su elevado perfil de reacciones adversas y de interacciones con otras sustancias y alimentos (reacción a la tiramina)
Otros		<i>Mirtazapina</i> : se usa como hipnótico a dosis bajas, hay que tener precaución en casos de pacientes con epilepsia <i>Agomelatina</i> : fármaco de reciente aparición, con función sobre receptores melatoninérgicos, regula el ciclo circadiano y tiene menor perfil de efectos secundarios <i>Bupropión</i> : utilizado anteriormente para la deshabitación tabáquica, hoy día se usa en depresiones mayores con predominio de apatoabulia)

Tomada de Teijeira, Costas, Bouzas, Martínez y Díaz, 2010.

Ansiolíticos

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos potencialmente peligrosos. Los trastornos de ansiedad son una de las condiciones psiquiátricas más relevantes y frecuentes. Existen diferentes subtipos de ansiedad entre los cuales se incluyen las fobias, las obsesiones, las crisis de pánico o

la ansiedad generalizada. La tendencia actual es a tratar estos cuadros con fármacos antidepresivos, principalmente con los ISRS y los duales, si bien como tratamiento sintomático de efecto inmediato se utilizan los ansiolíticos. Los fármacos ansiolíticos (18) se clasifican en general por la duración de su vida media (ultracorta, corta, media, larga). Hay que destacar que los de acción corta tienen más tendencia a producir dependencia psicológica y farmacológica, inconveniente mucho menos acusado con los de vida media larga que, sin embargo, presentan el potencial problema de la acumulación en el organismo con efectos secundarios como la somnolencia.

Los síntomas ansiosos también pueden ser tratados con antipsicóticos típicos sedativos o con antipsicóticos atípicos, a dosis ansiolíticas inferiores a las empleadas para tratar las psicosis (tabla 3.2).

Tabla 3.2 Clasificación de fármacos ansiolíticos

Fármacos	Características
Benzodiacepinas	<p>Modulan el receptor GABA. Tienen, además del efecto ansiolítico, reduciendo la tensión subjetiva y los síntomas asociados, efecto miorrelajante, hipnótico, anticonvulsionante y amnésico.</p> <p>Se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acción ultracorta: menos de 6 horas: <i>midazolam, triazolam</i> • Acción corta: de 6 a 24 horas: <i>alprazolam, lorazepam</i> • Acción intermedia: de 25 a 30 horas: <i>bromazepam, ketazolam, clonazepam</i> • Acción larga: más de 30 horas: <i>diazepam, clorazepato dipotásico, clordiazepóxido</i> <p>En caso de sobredosificación se utiliza como antagonista el <i>flumazenilo</i></p>
Buspirona	Agonista parcial del receptor 5-HT _{1A} : es beneficiosa en los casos de ansiedad generalizada de leves a moderados
Antidepresivos	Se utilizan especialmente los ISRS (v. tabla 3.1)
Neurolépticos	Pueden utilizarse los neurolépticos típicos sedativos o los antipsicóticos atípicos a dosis bajas que producen efecto ansiolítico y no antipsicótico (v. tabla 3.3)
Otros	Beta bloqueantes

GABA: ácido gammaaminobutírico; 5-HT_{1A}: receptores de serotonina 1A; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Tomada de Teixeira, Costas, Bouzas, Martínez y Díaz, 2010.

Estabilizadores del ánimo

Se utilizan para regular las fluctuaciones del ánimo típicas de la ciclotimia o del trastorno bipolar (19). El litio es el estabilizador del estado de ánimo clásico, de referencia en el trastorno bipolar, que se utiliza de manera sistemática desde 1949. Posteriormente, se introdujeron como estabilizadores los anticonvulsionantes

(carbamacepina, valproato, lamotrigina) y, a partir de la década de 1990, los neurolépticos atípicos (olanzapina, quetiapina). Es frecuente un uso combinado de dos estabilizadores o de éstos con otros psicofármacos.

Antipsicóticos

Llamados también neurolépticos, o tranquilizantes mayores, son un grupo de medicamentos de naturaleza química muy heterogénea. Los clásicos, típicos o de primera generación, actúan fundamentalmente por bloqueo de los receptores dopaminérgicos D₂ en diversas vías cerebrales, lo cual produce su efecto terapéutico, pero también sus efectos secundarios extrapiramidales (rigidez, acinesia, acatisia, parkinsonismo), para cuya neutralización se introdujeron los fármacos correctores (biperideno) que, no obstante, también demostraron tener efectos secundarios, principalmente anticolinérgicos.

Los efectos terapéuticos de los neurolépticos típicos sobre los síntomas positivos de las psicosis se producen por su acción bloqueadora D₂ sobre la vía mesolímbica, mientras que los efectos secundarios motores (extrapiramidales y de discinesia tardía, en casos de uso a largo plazo) se producen por su acción sobre la vía nigroestriada. La acción de estos fármacos sobre la vía tuberoinfundibular explica la posible elevación de las concentraciones plasmáticas de prolactina, mientras que la acción sobre la vía mesocortical provoca una indeseable ausencia de mejoría o incluso un agravamiento de los síntomas negativos y del deterioro cognitivo de la esquizofrenia.

Los neurolépticos típicos se dividen, además de por su estructura química ([tabla 3.3](#)), por su acción principal. Así, tenemos los neurolépticos incisivos (p. ej., haloperidol), de gran potencia antipsicótica sobre los síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, fenómenos de robo o difusión del pensamiento) y los sedativos (p. ej., levomepromacina), de gran potencia sedativa y de notable utilidad para el tratamiento de la agitación psicomotriz. El uso crónico de estos neurolépticos típicos puede aumentar el riesgo de trastornos motores a largo plazo, como la discinesia tardía.

Tabla 3.3 Clasificación de fármacos antipsicóticos

Tipo	Acción	Estructura	Fármacos
Neurolépticos clásicos o típicos o de primera generación	Actúan primordialmente sobre los receptores dopaminérgicos D2 de las vías mesolímbica (efecto terapéutico antipsicótico), mesocortical (esta acción puede agravar los síntomas negativos y el deterioro cognitivo de la esquizofrenia), tuberoinfundibular (aumento concentración plasmática de prolactina) y nigroestriada (acción responsable de los síntomas extrapiramidales y la discinesia tardía)	Fenotiacinas	Clorpromacina Levomepromacina Flufenacina Perfenacina Trifluoperacina Pipotiacina
		Butirofenonas	Haloperidol
		Difenilbutilpiperidinas	Pimozida
		Tioxantenos	Flupentixol Zuclopentixol
		Dibenzodiazepinas	Clotiapina Loxapina
		Indoles	Molindona
		Benzamidas	Tiaprida Sulpirida

(Continúa)

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación	Menor potencialidad de producir efectos secundarios extrapiramidales. Mayor eficacia en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos. Actúan sobre otras vías de neurotransmisión aparte de la dopaminérgica D2, principalmente sobre los receptores serotoninérgicos _{2A}	Clozapina	Es el medicamento que por sus características especiales ha dado origen a este grupo. Muy eficaz, incluso en esquizofrenias refractarias a otros tratamientos (de hecho se usa exclusivamente en estos casos y en casos de extrapiramidalismo graves que contraindiquen otros tratamientos). Pocos efectos extrapiramidales, aunque es necesario tener precaución porque se ha descrito riesgo de neutropenia o agranulocitosis
		Risperidona	Atípica en dosis bajas, en dosis muy elevadas puede resultar «convencional», pudiendo llegar a producir síntomas extrapiramidales. No sólo se usa en esquizofrenia, sino que también tiene otras indicaciones (ancianos con psicosis, agitación y trastornos conductuales con demencia o niños y adolescentes con psicosis)
		Olanzapina	Usualmente carece de efectos adversos extrapiramidales, no sólo a dosis moderadas sino también a dosis muy elevadas. Puede resultar sedante, aunque no tanto como la clozapina. Se asocia con ganancia de peso, tiende a usarse en algunos casos más difíciles de esquizofrenia, trastorno bipolar y otros tipos de psicosis. No suele elevar los niveles de prolactina

Quetiapina	Muy atípica, puesto que no produce efectos extrapiramidales y no eleva los niveles de prolactina, por ello suele ser el antipsicótico de elección en pacientes con enfermedad de Parkinson y psicosis. También es útil en esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis. Puede producir ganancia de peso
Ziprasidona	Pocos efectos extrapiramidales y poco o ningún aumento de los valores de prolactina. La principal característica diferencial es que tiene poca o ninguna tendencia a la ganancia de peso
Tomada de Teijeira, Costas, Bouzas, Martínez y Díaz, 2010.	

En la década de 1990 (a partir de la reaparición del neuroléptico clozapina, primer atípico en sentido estricto) aparecieron los antipsicóticos atípicos o de segunda generación (risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol), que no producen efectos secundarios extrapiramidales y que, además, actúan no sólo sobre los receptores dopaminérgicos, sino también sobre otras diversas vías de neurotransmisión (adrenérgica, histaminérgica) y principalmente sobre los receptores serotoninérgicos 2A, siendo eficaces no sólo para los síntomas positivos, sino también para los negativos de las psicosis (apatía, abulia, anergia, empobrecimiento cognitivo y afectivo). El principal inconveniente de algunos de ellos es la posible aparición esporádica de alteraciones metabólicas (aumento de niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos) o incluso incremento de las concentraciones plasmáticas de prolactina (como ocurría con los típicos), que pueden traducirse en aumento de peso que es importante corregir con medidas dietéticas o de ejercicio físico, o bien con el cambio de pauta farmacológica, dada la repercusión negativa que dicho incremento ponderal puede producir sobre la autoestima y la integración social del paciente (v. [tabla 3.3](#)).

Otros tratamientos biológicos

Las posibilidades terapéuticas en psiquiatría no se limitan a los tratamientos psicofarmacológicos; son diversas las técnicas utilizadas con el fin de normalizar el funcionamiento cerebral y obtener posiblemente así la resolución de las patologías psiquiátricas en pacientes refractarios a los tratamientos convencionales (21). Entre ellas podemos destacar las siguientes:

- Privación del sueño.
- Fototerapia.
- Estimulación magnética transcraneal.
- Estimulación cerebral profunda.
- Psicocirugía.
- Terapia electroconvulsiva (TEC): provoca sobre el sistema nervioso central (SNC) crisis convulsivas generalizadas de tipo tónico-clónico, sin producir daño cerebral estructural, con una duración total para toda la serie de unos 20 s; sus principales indicaciones son trastornos afectivos refractarios a otros tratamientos y trastornos psicóticos.

Terapias psicológicas

Definiremos *terapia psicológica* como una interacción interpersonal y profesional entre un terapeuta y un usuario; se sustenta en una teoría psicológica de base científica que proporciona la estructura y los contenidos. Esta interacción gira alrededor de lo que fundamentalmente el usuario entiende que es un problema, una dificultad o un trastorno mental (objeto). El terapeuta es una persona con los conocimientos y técnicas para abordar desde el punto de vista legal y desde un marco psicológico dicho objeto, y el usuario es otra persona o colectivo que sufre las consecuencias del objeto.

Tipos de terapia

Desde un punto de vista histórico, para distinguir los diferentes tipos de terapias y sus características principales, seguiremos a González Pardo y Pérez Álvarez⁷ (22), quienes defienden la siguiente clasificación:

Psicoanálisis y terapia psicoanalítica⁸

El psicoanálisis supuso, históricamente, el primer corpus teórico estructurado global que permitió el desarrollo de terapias psicológicas basadas en él. Esta terapia, creada por Sigmund Freud (1856-1939), basaba sus afirmaciones en un cambio de su actuación profesional como neurólogo: pasó de buscar en los pacientes alteraciones neurológicas a escucharlos y a reflexionar sobre lo que escuchaba. Concluyó que lo que le pasaba a las personas estaba relacionado con sus experiencias a lo largo de su evolución individual.

La elaboración teórica de Freud y de sus discípulos no siguió una clara línea única. Más bien se mezclaron elementos teóricos y experienciales de cada uno de los terapeutas en parte facilitado por la ausencia de un único modelo de investigación y elaboración teórica, en el que incluso se introdujeron cuestiones personales (24–26). De todos modos, se encuentran cuatro elementos básicos (2) que son *pulsión*, *ego*, *objeto* e *identidad*. Y a cada uno de ellos las diferentes escuelas les dan menor o mayor importancia. Las pulsiones serían los instintos básicos de los individuos (el eros y el tánatos), y cómo se integran en la vida de la persona a lo largo de toda la evolución en un medio social en el que tales instintos deben ser encauzados y refrenados. Se articulan unas estructuras que son el Ello (claramente pulsional), el súper-Ego (claramente social y regido por normas) y el Ego (lo que la persona conscientemente cree ser). Las dos primeras se moverían más en la esfera del inconsciente, fuera del conocimiento de ese Ego, pero en continua tensión e interferencia con él.

Este Ego consciente puede tener unas funciones defensivas, de los contenidos inasumibles culturalmente de las pulsiones, o una clara función adaptativa. Respecto a esa función adaptativa, el Ego puede convertirse en el actor principal de la interacción con el medio, manejando todo tipo de recursos propios como ajenos. En el medio exterior se desarrollan estos recursos afectivos y emocionales, fundamentalmente dentro de la relación con la madre y resto de familia. El objeto se refiere a aquellos elementos del entorno a los cuales el individuo en determinadas fases de su vida los invierte con una emoción positiva o negativa. Puede ser, como se ha mencionado anteriormente, la madre, u otra persona; o partes de esa persona, cada una con una emoción o afecto contrapuestos y que deben ser integradas. Los objetos poseen un significado emocional para la persona, con frecuencia inconsciente, y los

iría aplicando a objetos semejantes al original.

La identidad, en estrecha relación con el Ego y con los objetos a los que a lo largo de la evolución se dotan de significado emocional, se constituye para algunos en el elemento central de la psicología psicoanalítica. Esta identidad, en cuanto que estructura estable que dota a la persona de individualidad, se desarrolla en interacción y conflicto con la sociedad y con los valores de ésta, que subyugan y no potencian al individuo. Este desarrollo afectará a la autoestima, en cuanto marco emocional básico para el bienestar de la persona. Cada escuela psicoanalítica va a destacar más un elemento sobre los otros, así como una determinada relación entre ellos. Todos suponen una evolución personal desde el momento del nacimiento basada en estos instintos y en la relación con los primeros cuidadores, en un equilibrio o compromiso entre estos instintos y lo que ofrece el medio dentro del Ego y en mecanismos de funcionamiento de la memoria y del aprendizaje.

El origen de los problemas que trata el psicoanálisis se encontraría alrededor del conflicto inconsciente y de problemas en el desarrollo evolutivo. El conflicto inconsciente se refiere a la lucha entre el deseo de realización para satisfacer las pulsiones y las defensas que impiden su acceso a la conciencia, al Ego, dado que no son admisibles culturalmente. Freud había dado al principio mucha importancia al primer conflicto evolutivo llamado Complejo de Edipo o de Electra (según se tratara de un niño o de una niña) entre el deseo por el progenitor del otro sexo y la existencia de un coartador de su mismo sexo para su realización. Este conflicto, que se podría arrastrar hasta la edad adulta, estaría presuntamente tras diversos problemas. Los problemas del desarrollo evolutivo se refieren principalmente a anomalías o a insuficiencias en las pautas de crianza y que dificultan que la persona se identifique con o exprese modelos maduros al llegar a la edad adulta. Pueden ser hechos traumáticos o una acumulación de éstos, o la existencia de modelos anómalos en su entorno.

Los objetivos del psicoanálisis son revivir la génesis evolutiva de estos elementos, trayéndolos a la conciencia para su resolución, así como su posterior integración en un Ego actual y una adaptación al medio en el que se encuentra la persona.

Las técnicas usadas son variadas. Incluyen desde un análisis tradicional en el que debe ser el silencio del terapeuta el que permita que vayan aflorando esos elementos encapsulados en el inconsciente que el propio paciente va elaborando con la presencia del terapeuta, hasta el trabajo con los compromisos de la identidad y los valores inconscientes del individuo. En este último caso, el terapeuta emplea la interacción terapéutica en la consulta como una experiencia de aprendizaje en la que el paciente, ayudado de un modo más activo, va avanzando en la resolución de su problemática y en aclarar su identidad y sus objetivos.

Sobre el estatus científico del psicoanálisis mucho se ha escrito, y no siempre sin acritud (27, 28). Es cierto que bastantes de los elementos básicos en la explicación de

los mecanismos de memoria o de la psicología evolutiva no se han demostrado, pero no es menos cierto que la búsqueda de un mayor anclaje empírico ha sido una constante en los últimos años. Hoy día se está reexaminando el psicoanálisis desde otras perspectivas, contemplándolo en muchos casos como una extraordinaria visión temprana de la complejidad del funcionamiento humano, que avanzaba hipótesis de claro valor heurístico. La conclusión es que si bien las teorías psicoanalíticas se van introduciendo en los criterios metodológicos de ciencia, aún tienen un buen camino por recorrer. Su valoración como terapia psicológica ha ido mejorando en los últimos años, sobre todo en los últimos desarrollos (más directivos) y en ciertas patologías (como los trastornos de la conducta alimentaria).

Terapia fenomenológica y existencial

Esta psicoterapia asume como principio el enunciado de Husserl (1859-1938): la toma en consideración de las personas, y no tanto de los presuntos cuadros patológicos que sufren. Lo central es la manera que tienen las personas de estar en el mundo, y no encajarlos en las ideas preconcebidas que sobre ellos nos dan nuestras teorías. Es la manera de posicionarse ante el mundo que los rodea y ante lo que les angustia. Aquí la capacidad de anticipación se convierte en un arma de doble filo: por un lado nos permite planificar los siguientes pasos, pero, por otro, nos angustia por lo que aún no ha pasado. Lo siguiente aquí sería la consideración de la libertad y la indeterminación como un marco en el que la persona tiene que expresarse sin miedo ni angustia, determinándose a sí misma y dándole sentido a su propio mundo, construyendo éste desde sus experiencias.

En este caso los problemas surgirían de dicha capacidad de anticipación y de los problemas que aparecen en la vida: lo que ocurre en sentido clínico sería entendible considerando las circunstancias mismas. Aquí, empero, surgen dos extremos. En el primero la afirmación previa es clara y la vulnerabilidad percibida de la persona ante las demandas del medio que le rodea, su inseguridad, puede ser hasta compartida en algún momento por los demás: aquí hablaríamos de los trastornos neuróticos (29). Y en el segundo lo que ocurre está al margen de la experiencia y no es, por ende, comprensible desde el punto de vista del terapeuta y tampoco desde el del individuo. Aquí habría un cambio del marco de referencia que se aparta al marco compartido con los demás, al tiempo que la persona ya no es capaz de sustraerse a él, que se impone de un modo casi asfixiante (30): serían los trastornos psicóticos. Dados los elementos previos, las metas de estas terapias pueden ser captar el significado y función que tales síntomas tienen para la persona en su medio, ver su evolución dentro de la biografía de la persona y situarlos en el aquí y en el ahora. Es importante el análisis del desde dónde (vida de la persona) y del para qué (de los síntomas desde un punto de visto de la utilidad para la persona).

Las técnicas empleadas pueden ser diferentes. Puede ser necesario dejar de luchar contra los síntomas, aceptándolos (intención paradójica), o la reorientación a

nuevos valores con los cuales situarse en el mundo de un modo más feliz o menos doloroso. También se trabaja con la aceptación del mundo, o del sí mismo (incluso a través de la escritura de la propia biografía) y el incremento de la conciencia hacia el mundo que nos rodea, ayudado de técnicas de relajación y concentración.

El estatus científico de las terapias fenomenológicas y existenciales cojea por la deficiente estructuración de una clara teoría científica, más que de una postura filosófica. No obstante, sus ricas descripciones de la experiencia interna y el hacer hincapié en la interpretación por parte del sujeto ha sido enriquecedor para los estudios de funciones básicas, apoyando la investigación básica bastantes de las afirmaciones previas de los teóricos de la fenomenología. De este modo, los clínicos acaban apoyando a la investigación, y no al revés. Los estudios sobre la eficacia de sus intervenciones están conociendo un cierto auge, de mano de las terapias denominadas de *coaching* o similares, en conjunto con las terapias centradas en la persona que se mencionan a continuación. Y están enriqueciendo con contenidos a otras orientaciones en sus intervenciones.

Terapia centrada en la persona y experiencial⁹

Iniciada por Roger (1902-1987), se basa en que es la persona quien se sana a sí misma y es quien crea su propio crecimiento; es función del terapeuta crear las condiciones favorables para que éste ocurra. Aquí lo que se realiza es un análisis de la experiencia emocional y la experimentación de nuevas formas de ser, de un modo orientado hacia el futuro y con un sesgo positivo en las afirmaciones que una persona hace hacia sí mismo.

Entre los elementos que se incorporan durante la relación terapéutica hallamos una visión del malestar como un conjunto de emociones que tienen sentido dentro de nuestra vida y que no debieran ser anulados; que no hay atajos ni soluciones mágicas que hagan nuestra vida menos dolorosa; que todos podemos afrontar ese dolor y luchar por nuestros ideales; las personas luchamos por nuestras capacidades y sufrimos si nos interfieren; la empatía es central para una vida plena y para nuestra salud; las personas felices asumen la responsabilidad de elegir aquellos principios que guíen su vida; el malestar y el dolor psicológicos pueden venir de sucesos y relaciones concretos, pero también de no encontrarle sentido a la vida (31).

Desde este modelo, los problemas aparecen cuando la persona no puede responder o desarrollarse de modo pleno, básicamente por quedarse atrapado por creencias, actitudes o conductas inadecuadas. Aquí nos encontraríamos ante un fracaso a la hora de aprender de la experiencia y de cambiar. Otro de los elementos que puede provocar este malestar es la discrepancia entre la imagen del sí mismo y la experiencia que la persona está teniendo de sí mismo, así como las dificultades en cambiar para disminuir esta diferencia.

Las metas de esta terapia consisten básicamente en crear las condiciones

necesarias para este crecimiento y aprendizaje se den de un modo óptimo. Las técnicas para conseguir esto pueden ser diferentes. Podemos estar ante una situación narrativa en la que el terapeuta está de modo incondicional con el usuario, y al que comunica sus impresiones sobre lo que la persona siente. Otras técnicas buscan facilitar que el usuario ponga en palabras sus experiencias y sentimientos (mediante *role-playing* o técnicas de focalización sensorial).

El estatus científico de la terapia humanista no se centra tanto en lo que aporta a la investigación como en la aplicación no sólo en terapia sino también en otros campos, como el de dinámicas grupales e incluso en la publicidad. Como tal, su aportación ha sido más a través del estudio de aquellas variables relacionadas con la conducta dentro de la consulta y que maximicen el cambio, así como con técnicas y situaciones específicas para facilitar la expresión verbal en los usuarios. En esta línea, han aportado un importante conocimiento sobre algunas de las variables que afectan a toda intervención, sea de la orientación que sea. Sobre la valoración de sus intervenciones, sería igual que en el grupo de terapias anterior.

Terapia cognitivo-conductual (aprendizaje de nuevas formas de comportamiento)¹⁰

Esta terapia ha sido históricamente la más comprometida con el método científico, tanto desde su papel desde la investigación básica hasta la aplicación en la práctica clínica. Los referentes históricos comienzan con los estudios de aprendizaje, empezando por Paulov (32) y con Skinner (33), tanto con condicionamiento clásico como con el operante. Posteriormente, se introdujeron los elementos cognoscitivos, enfatizando el rol de las creencias y de los pensamientos en el comportamiento humano, el modo en el que las personas interpretamos o procesamos la realidad que nos rodea (34). Se encuentran diferentes escuelas, dependiendo de a qué elemento se da más relevancia (si al conductual o al cognoscitivo), si bien lo habitual es considerar ambos aspectos a lo largo de la terapia.

El elemento central es el hecho de que a lo largo de la vida del individuo se dan una serie de aprendizajes inadecuados, fruto de su particular interacción con el medio en el que se ha desarrollado y de las propias decisiones que el sujeto toma a partir de cierto momento. De este modo, la historia de aprendizaje individual sería la responsable de las reacciones o de los contenidos de pensamiento desadaptativos (o del procesamiento de la información), y las decisiones del individuo pueden contribuir a mantenerlos o a cambiarlos (bien agravándolos o bien mejorándolos): la exposición a experiencias internas y/o externas que facilitan el cambio en un sentido o en otro. En este proceso, las leyes de aprendizaje y de la memoria se aplican por igual tanto al comportamiento normal como al patológico; la diferencia se encuentra en los contenidos, en los marcos en los cuales se dan las reacciones, o en la magnitud de éstas. Aquí la personalidad (un concepto de reciente incorporación a este grupo de terapias) se va desarrollando alrededor de esa historia de aprendizaje, proporcionando

identidad al sujeto.

Se presupone en este modelo que hay una especificidad entre el tipo de creencia y un trastorno. Por ejemplo, se presupone, siguiendo a Beck (35), que una visión negativa de sí mismo, del futuro y del pasado serían los elementos necesarios para un episodio depresivo, o que las expectativas de indefensión generalizada y los pensamientos catastrofistas se encuentran detrás de los trastornos de ansiedad. De este modo, se asume una identidad entre creencia y realidad, reaccionando ante la primera y no ante la segunda. Este aprendizaje no se ve modificado en parte por la evitación experiencial: los individuos se entregan a conductas inadecuadas porque sus consecuencias permiten evitar otras que serían vividas o consideradas como más lesivas para la persona. Son las decisiones ya comentadas.

Los objetivos de la terapia cognoscitivo-conductual es el cambio en la conducta observable a través del aprendizaje de nuevas conductas, de la modificación de creencias y de técnicas en resolución de problemas (estrategias de procesamiento de información y toma de decisiones), que faciliten su expresión de modo gradual y en entornos de creciente complejidad. Estas conductas son ensayadas y mantenidas a través de modificaciones en el sistema de creencias, motivando a la persona a que las ejecute en su medio habitual, que realice experimentos de conducta. De la retroalimentación de esos experimentos y de su mayor adecuación a la realidad de un modo satisfactorio se obtendría la motivación para continuar cambiando y avanzando desde un mayor autocontrol.

Aquí las técnicas más habituales son la planificación y el ensayo conductual en todas sus variantes (incluyendo la desensibilización sistemática y las técnicas de exposición) (36), la reestructuración cognoscitiva a través del diálogo socrático y los diferentes programas terapéuticos, habitualmente centrados en el abordaje de trastornos específicos. Casi todos tienen como elemento central un análisis de la situación problema (en qué momento, qué se hace, cuáles son las consecuencias), a la cual se van a aplicar las conductas ensayadas (bien porque son incompatibles, bien porque son más adecuadas al entorno) y las cogniciones-creencias desarrolladas en consulta.

El seguimiento del método científico estuvo presente desde el principio en la terapia cognoscitivo-conductual, así como su interacción y enriquecimiento con la investigación básica. Es el grupo de técnicas más estudiadas y analizadas, mostrando un claro apoyo empírico para el abordaje de prácticamente cualquier trastorno mental y en numerosas dolencias físicas.

Terapias de familia (revisión de las relaciones familiares)

Se hace aquí referencia a un formato en el que se aplican diversas orientaciones teóricas que comparten la base de que la unidad de análisis y de cambio es la familia, aunque el problema esté expresado por un sujeto dentro de ella. Surgen de las teorías

de la comunicación y de las relaciones que los diferentes miembros de una familia mantienen entre sí (37). Estas relaciones se van desarrollando a lo largo de la evolución de cada uno de sus componentes, y en ocasiones pueden ser patógenas.

Las diferentes terapias resaltan alguno de los aspectos que podemos estudiar en los grupos. Así, la terapia familiar sistémica entiende que el problema que presenta uno de los miembros puede ser fruto de diversas soluciones inefectivas intentadas por la familia, siendo más parte del problema que de la solución: aquí lo que hacen es replantear nuevas soluciones no intentadas mediante cambios en el marco conceptual familiar para facilitar que experimenten esa nueva solución. Incorpora el trabajo con los modelos de funcionamiento del mundo que tiene la familia y las reglas que aplican, considerando el problema como un elemento que por sí equilibra a la familia. Para intervenir se realizan indicaciones que cuestionan y desequilibran a la familia para que consigan un nuevo equilibrio más funcional para sus miembros, como pueden ser la connotación positiva, o la indicación de ritos de paso para alguno de sus miembros.

La terapia familiar estructural estudia la estructura jerárquica y relacional que establecen entre sí los miembros de la familia, así como las alianzas y las relaciones de poder. Los problemas surgirían por fallos en los límites, en las jerarquías o en las influencias alienantes. Y la solución se encontraría en la reestructuración de dichas relaciones y alianzas para volverlas más funcionales: para ello se puede dirigir la intervención hacia el síntoma, hacia la estructura familiar o hacia el modelo de mundo que mantiene la familia.

La terapia familiar psicoanalítica se centra tanto en los aspectos intrapsíquicos de los miembros de la familia como en las relaciones que se establecen entre ellos. Pretende ayudar a la familia como conjunto teniendo una mejor comprensión de su funcionamiento, de lo patológico y de lo saludable que cada uno aporta. La terapia familiar existencial se centra en el incremento del sentimiento de pertenencia y cohesión de sus miembros, facilitando al mismo tiempo la individualización de éstos. Aquí se establece tanto el encuadre de los síntomas como técnicas de ensayo conductual o dramatizaciones de sucesos problemáticos, contemplando alternativas:

- La terapia familiar conductual consiste en formar y utilizar a diferentes miembros de la familia como administradores de contingencias, modificando al tiempo modelos erróneos de cómo funciona el mundo y las relaciones entre ellos.
- La terapia familiar psicoeducativa es un modelo que fundamentalmente se inicia en el trabajo con familiares de personas con esquizofrenia. Aquí el objetivo es estabilizar al paciente, y la familia debe aprender sobre los síntomas y evolución del trastorno, del papel de la medicación y del entorno en la expresión del trastorno. Desde una intervención pedagógica la familia tiene aquí un aspecto de sostén de otra intervención (fundamentalmente química) y quizá no se trate propiamente de una terapia familiar.

Cada una de las diferentes terapias señala cuál es el origen de los problemas y sus intervenciones. El objetivo es conseguir que las familias se vayan ajustando de modo flexible a los diferentes elementos que ocurren en la evolución (las transiciones, los cambios), manteniendo una visión abierta del mundo.

El estatus científico de las terapias familiares es diferente según su teoría de origen. En general, los estudios apoyan su uso en trastornos con un importante impacto en la familia, como son los trastornos de conducta social (*Conduct Disorders*) o la anorexia nerviosa.

Conclusiones

- El diagnóstico psiquiátrico y las fases evolutivas de los trastornos psíquicos son elementos esenciales para la orientación, planificación e intervención terapéutica.
- El conocimiento de los psicofármacos, de sus efectos, indicaciones y posibles efectos secundarios, es fundamental para concretar las posibilidades y objetivos terapéuticos, así como para conocer las limitaciones del paciente en cada fase evolutiva del trastorno.
- Las escuelas teóricas de psicoterapia son diversas, y sus técnicas y métodos, múltiples.
- Las terapias psicológicas son un elemento básico en los tratamientos combinados con farmacoterapia para los casos y patologías más graves.
- Actualmente las psicoterapias se centran en los factores del cambio, comunes a las distintas escuelas y en una articulación teórica acorde con los estándares científicos.

Bibliografía

- Sadock B.J., Sadock V.A. *Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan & Sadock*, 10.^a ed. Barcelona: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.
- Postel J., Quérel C. *Historia de la Psiquiatría*, 1.^a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
- Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, 6.^a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- Wales R.E., Yudofsky S., Gabbard G.O. *Tratado de Psiquiatría Clínica*, 5.^a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009.
- Vázquez-Barquero J.L., Crespo B., Herrán A. *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Tomo I: Psicosis*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2007.
- Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 5.^a ed. Barcelona: Masson; 2006.
- Sociedad Española de, Psiquiatría. *Manual del residente de psiquiatría*, 1.^a ed. Madrid: Grupo ENE; 2010.
- Maín Entralgo P. *Historia de la medicina*, 1.^a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- Doucault M. *Historia de la locura en la época clásica. Tomos I y II*. México: Fondo de Cultura Económica; 1967.

- Alexander F., Selesnick S. *Historia de la psiquiatría*, 1.^a ed. Barcelona: Espaxs; 1996.
- Álvarez J.M., Esteban R., Sauvagnat F. *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, 1.^a ed. Madrid: Síntesis; 2004.
- López-Ibor Aliño J.J., Valdés Minyar M. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2002.
- Sadock B.J., Sadock V.A. *Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan & Sadock*, 9.^a ed. Barcelona: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
- Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: OMS, Meditor; 1992.
- López-Muñoz F., Álamo C. *Historia de la Psicofarmacología*, 1.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
- Vallejo J., Berrios G. *Estados obsesivos*, 3.^a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- Salazar M., Peralta C., Pastor J. *Tratado de Psicofarmacología*, 1.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
- Vázquez-Barquero J.L., Herrán A. *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Tomo 3. Trastornos de ansiedad*. Barcelona: Masson; 2007.
- Vázquez-Barquero J.L., Artal J., Crespo-Facorro B. *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Tomo 2. Trastornos bipolares*. Barcelona: Masson; 2007.
- Stahl S. *Psicofarmacología esencial*. Barcelona: Ariel Neurociencia; 2002.
- Vallejo J., Leal C. *Tratado de Psiquiatría*, 1.^a ed. Barcelona: Ars Médica; 2005.
- González Pardo H., Pérez Álvarez M. *La invención de los trastornos mentales*, 1.^a ed. Madrid: Alianza Editorial; 2007.
- Filgueira Bouza M. Psicoterapias: análisis de procesos e resultados. *Anu Psicol Clin*. 2009;32–152.
- Roudinesco E. *La batalla de los Cien años: historia del psicoanálisis en Francia*, 1.^a ed. Madrid: Fundamentos; 1998.
- Eysenck H. *Psicología: hechos y palabrería*, 1.^a ed. Madrid: Alianza; 1987.
- Meyer C. *El libro negro del psicoanálisis*, 1.^a ed. Buenos Aires: Sudamericana; 2007.
- Fromm E. *Grandeza y limitaciones del pensamiento de Freud*, 1.^a ed. Buenos Aires: Siglo xxi; 2005.
- Eysenck H. *Decadencia y caída del imperio freudiano*, 1.^a ed. Barcelona: Nuevo Arte Thor; 1998.

- Jaspers K. *Escritos psicopatológicos*, 1.^a ed. Madrid: Gredos; 1977.
- Conrad K. *La esquizofrenia incipiente*, 1.^a ed. Madrid: Triacastela; 1997.
- Spranger E. *Problemas humanos*, 1.^a ed. Vigo: Galaxia; 1963.
- Paulov I. *Reflejos condicionados e inhibiciones*, 1.^a ed. Barcelona: Península; 1979.
- Skinner B.F. *La conducta de los organismos*, 1.^a ed. Barcelona: Fontanella Walden; 1975.
- Tolman E.C. *Principios de conducta intencional*, 1.^a ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.
- Beck A.T., Freeman A. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, 1.^a ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005.
- Eysenck H. *Experimentos en terapia de la conducta: Fundamentos*, 1.^a ed. Madrid: Pirámide; 1979.
- Echeburúa Odriozola E. *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*, 1.^a ed. Madrid: Fundación Universidad- Empresa; 1994.

Autoevaluación capítulo 3

1. La elevación de los niveles de prolactina como posible efecto secundario de algunos neurolépticos atípicos se debe a la acción producida sobre los receptores:
 - a. Serotoninérgicos.
 - b. Histaminérgicos
 - c. Adrenérgicos.
 - d. Dopaminérgicos.
 - e. Ninguno de los anteriores.

Correcta: *d*. El bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 de la vía tuberoinfundibular es el causante de la elevación de los niveles de prolactina, del mismo modo que dicho bloqueo en la vía nigroestriada produce los efectos secundarios de tipo extrapiramidal.

2. La fluvoxamina es un fármaco:
 - a. Antipsicótico típico.
 - b. Antipsicótico atípico.
 - c. Antidepresivo.
 - d. Ansiolítico.
 - e. Ninguno de los anteriores.

Correcta: *c*. La fluvoxamina es un antidepresivo del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

3. ¿Cuál de los siguientes fármacos no es un antipsicótico?
 - a. Perfenacina.
 - b. Lamotrigina.
 - c. Quetiapina.
 - d. Aripiprazol.
 - e. Flufenacina.

Correcta: *b*. La lamotrigina es un fármaco del grupo de estabilizadores del ánimo sin acción antipsicótica conocida. Perfenacina y flufenacina son antipsicóticos típicos, mientras que quetiapina y aripiprazol son antipsicóticos atípicos.

4. ¿Con cuál de los siguientes tipos de psicoterapia se corresponde el concepto de abstracción selectiva?
 - a. Cognitivo-conductual.
 - b. Psicodinámica breve.
 - c. Familiar.

- d. Psicoanálisis.
- e. Ninguna de las anteriores.

Correcta: *a*. Las terapias cognitivo-conductuales desarrollan el concepto de las distorsiones cognitivas (o errores lógicos), como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva (fijarse sólo en un detalle de la experiencia y no en la situación global), sobregeneralización, maximización, minimización y personalización, entre otros.

5. ¿En qué tipo de psicoterapia se incluyen los conceptos de circularidad, alianza, subsistema y contraalianza?
- a. Psicoanálisis freudiano.
 - b. Psicoanálisis lacaniano.
 - c. Terapia familiar.
 - d. Psicoanálisis kleiniano.
 - e. Ninguna de las anteriores.

Correcta: *c*. Los conceptos de circularidad (frente a la causalidad lineal), alianzas, contraalianzas, sistemas y subsistemas se corresponden con la terapia familiar y no tienen ninguna relación con el psicoanálisis en ninguna de sus escuelas.

¹ «Usuario» o «cliente» en otros modelos. El término «cliente» fue empleado por Carl Rogers («psicoterapia centrada en el cliente»).

² Para más información sobre la intervención de terapia ocupacional en este tipo de fases, proponemos la lectura del apartado titulado «Unidades de hospitalización» en el [capítulo 9](#). En relación con la intervención de terapia ocupacional en las diferentes fases, ya sean agudas, de remisión o de estabilización, recomendamos la lectura de los [capítulos 8 a 11](#).

³ Lo cual incluye conocer los tipos de fármacos y sus efectos terapéuticos y posibles efectos secundarios.

⁴ Para desarrollar esta concepción, recomendamos la lectura del [capítulo 1](#) de este libro.

⁵ Para obtener más información sobre cuál fue la influencia de Sigmund Freud y de sus teorías recomendamos leer el apartado «Psicoanálisis y terapia psicoanalítica» de este capítulo y el apartado titulado «Aplicaciones del marco de referencia teórico psicoanalítico» en el [capítulo 4](#).

⁶ Para la comprensión de este proceso que propugna la OMS, recomendamos leer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001. Se podrá encontrar una reseña a este documento en una recensión, en el portal web de este libro, asociado con el [capítulo 2](#).

⁷ De cada una de ellas, adaptando el esquema propuesto por los autores (23), se informará de cuáles son los fundamentos teóricos, la explicación del origen y

evolución de los problemas en los que intervienen, qué busca conseguir, los procedimientos y técnicas usados y cuál es el nivel de valoración científica.

- ⁸ Se puede consultar la forma en la que esta teoría influye en el trabajo y en la concepción teórica del terapeuta ocupacional revisando el [capítulo 4](#) de este libro y más concretamente el apartado titulado «Aplicaciones del marco de referencia teórico psicoanalítico».
- ⁹ Se puede consultar la forma en la que esta teoría influye en el trabajo y en la concepción teórica del terapeuta ocupacional revisando el apartado «Aplicaciones del marco de referencia humanista» del [capítulo 4](#).
- ¹⁰ Se puede consultar la forma en la que esta teoría influye en el trabajo y en la concepción teórica del terapeuta ocupacional revisando el apartado «Aplicaciones del marco de referencia cognitivo-conductual» en el [capítulo 4](#).

Sección 2
Marcos de referencia teóricos y
modelos de práctica

Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde, P.A. Cantero Garlito

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Marcos de referencia teóricos

Aplicaciones del marco de referencia teórico médico

Neurociencia

Rehabilitación psicosocial

Aplicaciones del marco de referencia teórico psicoanalítico

Marco de referencia aplicado analítico

Marco de referencia aplicado del trabajo grupal

Aplicaciones del marco de referencia humanista

La terapia centrada en el cliente

Aplicaciones del marco de referencia cognitivo-conductual

Modelos de práctica

Modelo de la ocupación humana

Introducción

Conceptos básicos

Funcionamiento y disfunción ocupacional

Metodología de tratamiento

Modelo canadiense del desempeño ocupacional

Introducción

Conceptos básicos

Funcionamiento y disfunción ocupacional

Metodología

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Distinguir los conceptos teóricos fundamentales de los modelos más utilizados en la actualidad.
- Identificar y diferenciar las principales orientaciones teóricas sobre la enfermedad y la salud mental.
- Explicar los principios teóricos, metodológicos y las características de la intervención de los marcos de referencia teóricos más frecuentemente utilizados en el ámbito de la salud mental (médico, psicoanalítico, humanista, conductual y cognitivo).
- Conocer las aplicaciones en terapia ocupacional de los principios teóricos y metodológicos de los marcos de referencia teóricos médico, psicoanalítico, humanista, conductual y cognitivo.
- Describir el origen y singularidad, los conceptos básicos y la metodología propuesta en los modelos de práctica de la ocupación humana y canadiense.
- Conocer los principios de otros modelos de práctica de terapia ocupacional en desarrollo, desuso y de origen no anglosajón.

Marcos de referencia teóricos

El conjunto de teorías o conceptos congruentes entre sí que organizan el conocimiento de un determinado ámbito de práctica (o dominio de fenómenos), describiendo las relaciones entre hechos y conceptos y aportando una base conceptual coherente para la práctica terapéutica reciben el nombre de *marcos de referencia teóricos* (1).

La función principal de un marco de referencia teórico es describir los hechos de una determinada parcela de la realidad, aportando una explicación científica de éstos, explicación que organiza y justifica la práctica en ese ámbito. Otra función secundaria es que a partir de ellos se han desarrollado métodos de evaluación y técnicas de intervención que permiten aplicarlos en la praxis de la terapia ocupacional¹.

La manera en la que se concibe al ser humano y su salud es diferente en cada marco de referencia teórico y, por tanto, sus aplicaciones en terapia ocupacional atribuyen funciones dispares a la ocupación como método terapéutico. Son moldes para aprehender la realidad, que orientan y guían nuestra labor profesional². Cada marco de referencia teórico explica la salud y la enfermedad mental apelando a factores de naturaleza distinta, en ocasiones, contrapuestos. Dicho de otra forma, cada marco define y especifica su objeto de estudio e intervención y la metodología idónea para abordarlo; es decir, formula qué se estudia y cómo ha de hacerse. En consecuencia, apoyarnos en un marco teórico u otro supone concebir al ser humano de una forma u otra, identificar objetivos diferentes y, en consecuencia, perseguir resultados distintos aplicando técnicas disímiles, en ocasiones incompatibles. También supone conceptualizar de manera distinta el papel de la ocupación y ello implica utilizarla terapéuticamente también de forma diferente.

Asumir un marco de referencia concreto como base teórica para nuestra práctica³ implica adoptar una perspectiva ética, ideológica y social respecto a los seres humanos, la enfermedad mental y sobre el papel de los profesiones de la salud que trabajan con las personas que la padecen.

Por tanto, reflexionar sobre los principios teóricos en que se sustenta nuestra práctica cotidiana no es una cuestión baladí.

Los marcos de referencia teóricos más comúnmente aceptados en la explicación de la enfermedad mental son los siguientes:

- Médico, derivado de la tradición de la medicina.
- Psicoanalítico, establecido a partir de las teorías psicoanalíticas.
- Humanista, procedente de la filosofía y psicología humanista.
- Cognitivo-conductual, basado en las teorías del aprendizaje.

En las [tablas 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4](#) presentamos resumidamente las características básicas⁴ de estos marcos de referencia⁵.

Tabla 4.1 Marco de referencia teórico médico

Características	Marco de referencia teórico médico (también denominando biomédico)	
Origen	Recoge la tradición de siglos de estudio de la enfermedad mental, desde la Grecia clásica hasta nuestros días. Debemos recalcar la influencia que el pensamiento médico ha ejercido en terapia ocupacional desde su origen hasta la actualidad. Derivado de la tradición de la medicina	
Explicación del comportamiento humano	Desarrolla una explicación causal del comportamiento: es decir, el comportamiento anormal se debe a una causa de carácter orgánico, a una etiología específica. La causa de la enfermedad puede ser estructural, infecciosa, fisiológica o idiopática. La enfermedad es consecuencia de la alteración del organismo y se evidencia mediante síntomas o signos	
Conceptos básicos	Síntoma, signo, síndrome, etiología, diagnóstico, organismo, enfermedad	
Teorías asociadas	Hallazgos de investigación básica sobre el funcionamiento del sistema nervioso central, a partir de los que se desarrollan explicaciones sobre la base biológica del comportamiento psicopatológico	
Metodología	El método consiste, a grandes rasgos, en identificar y delimitar los signos o síntomas de una enfermedad para identificar posteriormente el síndrome y el diagnóstico preciso, vinculado con una etiología concreta y única, sobre la que habría que actuar para eliminar la enfermedad. A este método se le denomina proceso diagnóstico	
Sintonía con otros MRT	Mayor sintonía	Con el MRT psicoanalítico, ambos buscan actuar terapéuticamente ante la aparición de síntomas y desarrollan una explicación causal del comportamiento patológico
	Menor sintonía	Con el cognitivo y humanista, que no se ciñen sólo a la sintomatología de la enfermedad; se centran más en cómo el ser humano integra su experiencia en virtud de su percepción de la realidad y con sus experiencias pasadas Con aquellos marcos que incorporan aspectos sociales, ya que el médico es más individualista centrándose únicamente en el paciente y en su enfermedad
Terapéutica o tratamiento	El tratamiento consiste en remediar, eliminar o modificar la causa patológica, lo que ha de tener como consecuencia la desaparición de los síntomas y, por lo tanto, de la enfermedad. Frente a la imposibilidad de actuar sobre el agente patógeno, sobre la etiología específica, el tratamiento médico puede ir encaminado a ejercer efectos paliativos o compensatorios sobre la sintomatología que presente el enfermo	
Desarrollos teóricos afines en este MRT	Neurociencia. Rehabilitación psicosocial	
Modelos de práctica afines	Modelo de la discapacidad cognitiva de Claudia Allen Modelo de integración sensorial de Ayres	

MRT: Marcos de referencia teóricos

A continuación describiremos las aplicaciones de estos marcos teóricos que adquieren mayor relevancia en el ámbito de la salud mental, aplicaciones en las que los terapeutas ocupacionales se apoyan habitualmente para desarrollar su labor profesional.

Aplicaciones del marco de referencia teórico médico

En nuestra disciplina, dentro del ámbito de la salud mental, se han desarrollado diversas aplicaciones clínicas que se apoyan en el modelo médico. Entre ellas, las basadas en los principios de la *neurociencia* y de la *rehabilitación psicosocial* son las de mayor implantación e importancia. Examinemos sus ideas centrales.

Neurociencia

Podemos definir neurociencia como el cuerpo de conocimientos sobre el sistema nervioso, su organización y funcionamiento, así como las explicaciones sobre las alteraciones que puede mostrar.

El postulado central de estas teorías es que los fenómenos psíquicos, como los pensamientos o las emociones, son consecuencia y pueden explicarse a través del estudio de la actividad bioquímica y eléctrica en el cerebro. Desde estas premisas, diferentes enfermedades mentales se han asociado con alteraciones anatómicas o fisiológicas del sistema nervioso central (SNC). Un ejemplo comúnmente citado es el de la esquizofrenia y otros trastornos severos y persistentes, como los trastornos del estado de ánimo. Diversos hallazgos de investigación han identificado de forma consistente que las personas con esquizofrenia presentan un aumento del tamaño ventricular en el cerebro, así como determinadas alteraciones de su anatomía y en los mecanismos de los neurotransmisores, que se sospecha pueden contribuir a la clínica de la esquizofrenia⁶. En consecuencia, en la medida en que la enfermedad mental es causada por déficits o alteraciones en el cerebro, el tratamiento debe centrarse en intervenciones que los eliminen o los modifiquen. La terapéutica se basa principalmente en fármacos, aunque también en intervenciones quirúrgicas y en la aplicación de terapia electroconvulsiva (TEC).

El papel del terapeuta ocupacional que se apoya en un marco de estas características se centra en prestar atención al efecto del tratamiento prescrito por el psiquiatra en el rendimiento funcional del sujeto. Al observar cómo la persona desempeña sus actividades cotidianas, el terapeuta ocupacional puede recopilar información para auxiliar al médico a determinar el diagnóstico y/o decidir si el tratamiento está siendo adecuado o si es necesario modificarlo. También es frecuente que desde terapia ocupacional se planifiquen actividades que permitan a los pacientes afrontar sus actividades de la vida diaria, a pesar de los efectos secundarios de los medicamentos, así como otros procedimientos terapéuticos de carácter compensatorio.

Un modelo de terapia ocupacional estrechamente vinculado con las teorías de la neurociencia es el de Integración Sensorial de Lorna-Jean King para el tratamiento de la esquizofrenia. King (3) plantea que la realización de juegos y ejercicios posturales puede modificar el funcionamiento sensoriomotor de las personas con ciertos tipos de esquizofrenia crónica, puesto que tales actividades estimulan la parte del SNC que procesa y organiza la información sensorial.

Otro modelo de práctica que se apoya en los principios de la neurociencia fue desarrollado por Claudia Allen (4). Denominado de la discapacidad cognitiva o modelo del procesamiento funcional de la información (5), ha sido aplicado a

población con trastornos cognitivos, incluyendo aquellos causado por demencias, retrasos del desarrollo, daño cerebral adquirido, depresión y esquizofrenia. La autora sostiene que los problemas de funcionamiento en la vida cotidiana de los pacientes con alteraciones cognitivas tienen su origen en alteraciones físicas y químicas del cerebro, que causan una restricción en las acciones motoras voluntarias, produciendo limitaciones en la conducta rutinaria asociada a la realización de tareas (4). De acuerdo con estos planteamientos, durante la evaluación se debe definir con gran precisión el nivel de funcionamiento cognitivo de la persona (que se clasifica en seis niveles distintos), describiendo las limitaciones asociadas con diferentes condiciones médicas, así como las capacidades conservadas ligadas a patrones de conducta implicados en la realización de tareas cotidianas. La creación de un entorno óptimo, que estimule y apoye al individuo para que disminuya su confusión y potencie sus capacidades funcionales, favorece que mantenga un sentimiento de competencia a pesar de sus dificultades. Éste es el objetivo último del tratamiento. En consecuencia, defiende un abordaje compensatorio que se centre en la adaptación del entorno para superar las condiciones de discapacidad.

Más recientemente los trabajos de Brown et al (6,7), sobre los estilos de procesamiento sensorial para adultos, niños y adolescentes, sugieren que en ciertos trastornos como el autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del desarrollo y en la esquizofrenia se evidencia un pobre procesamiento sensorial subyacente que influye en el desempeño ocupacional del sujeto que lo presenta. Basándose en estas premisas han desarrollado estrategias para modificar el entorno y compensar de esta forma las diferencias sensoriales, con el propósito último de modificar el comportamiento⁷.

Rehabilitación psicosocial

La rehabilitación psicosocial combina principios y conceptos de la rehabilitación física, la terapia centrada en el cliente, la psicología cognitivo-conductual y la psiquiatría, definiéndose como un modelo ecléctico que emplea técnicas y principios asociados con diversos marcos teóricos (Cohen [8], Farkas [9] y Liberman [10]).

Antes de continuar con la descripción de los principios de la rehabilitación psicosocial nos gustaría realizar una breve reflexión sobre el significado del término *rehabilitación*, que nos permita contemplarlo desde un punto de vista amplio. Paganizzi (11) plantea que existen dos perspectivas teóricas muy diferentes en las que se apoya la práctica de la terapia ocupacional. Por un lado, la anglosajona, que presenta una primacía del modelo biomédico, que procura que el paciente recobre el mejor funcionamiento personal y social por medio del aprendizaje de habilidades y/o modificaciones o adaptaciones del medio. Por otro, una perspectiva latina, que hace hincapié en la modificación de los contextos institucionales comunitarios y políticos para lograr la participación social de las personas con trastornos mentales. Para Rotelli (12), rehabilitar es construir o reconstruir el acceso real a los derechos de ciudadanía de las personas. En el contexto de nuestro país la definición más utilizada la propuso Rodríguez (13), que define rehabilitación psicosocial como: «aquél proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible»⁸. Liberman (10) defiende que la rehabilitación psicosocial: «consiste en recobrar, con la mayor extensión posible, el pleno desenvolvimiento social e instrumental del individuo por medio de procesos de aprendizaje del medio social».

Aunque la rehabilitación psicosocial no se alinea únicamente con un marco teórico concreto⁹, gran parte de su base teórica se apoya en el modelo de vulnerabilidad-estrés de la esquizofrenia de Nuechterlein et al (14) y de Zubing y Spring (15). Examinaremos sucintamente sus características más relevantes.

Este modelo concibe la etiología de la esquizofrenia desde una perspectiva multicausal. Propone que el cuadro clínico que caracteriza a la esquizofrenia es el resultado de la relación entre un conjunto de factores estresantes del ambiente y la vulnerabilidad individual subyacente. En sus premisas sostiene que la persona que sufre esquizofrenia tiene una predisposición a presentar dicha enfermedad y que tal predisposición es un rasgo duradero de vulnerabilidad. Éste rasgo por sí solo no asegura que la enfermedad se desarrolle, si no se dan otros factores ambientales desencadenantes (aun en el caso de que la vulnerabilidad individual sea elevada). Las causas principales de esta vulnerabilidad son las siguientes:

- Factores genéticos y biológicos (cambios patológicos en el cerebro).
- Factores ecológicos o ambientales: dieta o infecciones.
- Factores psicológicos: alteraciones en el procesamiento de la información, del aprendizaje, del desarrollo evolutivo y psicosociales.
- Factores sociales.

No obstante, estos factores por sí solos no explican la sintomatología florida ni las recaídas que constituyen la experiencia de la esquizofrenia, puesto que no todos los sujetos vulnerables llegan a desarrollar síntomas. Postulan, asimismo, la existencia de factores de protección, que median o protegen frente al desarrollo de la enfermedad. Entre ellos podemos señalar los factores personales (destrezas de afrontamiento que posee el sujeto o ingesta regular de medicación antipsicótica) y ambientales (apoyo familiar o seguimiento de un programa rehabilitador).

Las recaídas o el aumento de la sintomatología psicótica surgen como resultado de la aparición de eventos estresantes en la vida de una persona con escasos factores de protección. Por tanto, una descompensación o un brote psicótico puede aparecer como consecuencia de un aumento de los eventos estresantes¹⁰ (ya sean individuales o ambientales) o, a la inversa, como consecuencia de una disminución de las destrezas para resolver problemas o como consecuencia de una reducción de la red de apoyo o soporte del individuo. En consecuencia, tanto los síntomas negativos como los positivos pueden considerarse resultado de la interacción entre la capacidad para resolver problemas y las destrezas de afrontamiento de un individuo, su red de apoyo o soporte y la suma de eventos vitales estresantes que afectan al individuo. Desde este punto de vista, la cronicidad se produce en función del número de recaídas y de la interacción entre factores desencadenantes y protectores.

Basándose en la concepción de la enfermedad mental que acabamos de resumir, la rehabilitación psicosocial tiene como objetivos prioritarios la recuperación del funcionamiento individual, la integración en la comunidad y la mejora de la calidad de vida de los sujetos tratados. Las estrategias terapéuticas pueden ir dirigidas a:

- Mitigar la vulnerabilidad, por medio de antipsicóticos o rehabilitación cognitiva.
- Reducir los factores que aumenten el estrés personal y ambiental, mejorando la capacidad para resolver problemas, las destrezas de afrontamiento, las habilidades sociales y modificando aquellos factores ambientales que puedan generar estrés.
- Fortalecer la red de apoyo y soporte social y afectivo.

Estas estrategias de intervención se articulan mediante el diseño de planes individualizados de rehabilitación, basados en un diagnóstico previo, que enfatizan:

- La práctica centrada en el cliente: la autodeterminación y autonomía del paciente respecto a su proceso rehabilitador.

- Intervenciones que hagan hincapié en el funcionamiento normal del individuo en la comunidad.
- Consolidar y apoyarse en los puntos fuertes del cliente durante el tratamiento.
- Una evaluación centrada en las circunstancias personales de los sujetos tratados.
- Intervenciones en el área laboral, dado que el trabajo es un elemento de gran importancia en la organización de la vida adulta y en el proceso de integración comunitario.
- El desarrollo de competencias para afrontar la vida en la comunidad por medio de modificaciones del entorno social y contando con el apoyo de la familia.

Early (16) sugiere que la rehabilitación psicosocial es extrañamente similar a la terapia ocupacional; está orientada al presente y futuro del sujeto, se centra en el desarrollo de habilidades y competencias y emplea actividades y adaptaciones del medio como base para la intervención.

Aplicaciones del marco de referencia teórico psicoanalítico

Desde los primeros trabajos de Azima (17–24) y Fidler y Fidler (25), hasta los últimos de Atkinson y Wells (26), se han desarrollado diferentes aplicaciones en terapia ocupacional de los principios del marco de referencia psicoanalítico. Siguiendo la clasificación de Hagedorn (2), podemos distinguir dos, que esta autora denomina: *marco de referencia aplicado analítico* y *marco de referencia aplicado del trabajo en grupo* (tabla 4.2).

Tabla 4.2 Marco de referencia teórico psicoanalítico

Características	Marco de referencia teórico psicoanalítico	
Origen y autores	Teoría psicoanalítica, desarrollada desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX por Sigmund Freud y posteriormente seguida por otros autores como Adler, Jung, Melanie Klein, Winnicott, Erikson, Bowlby y Lacan	
Explicación del comportamiento humano	Establece una explicación causal del comportamiento, motivado, al menos en parte, de forma inconsciente. El comportamiento patológico se debe a elementos intrapsíquicos individuales. El inconsciente se conforma alrededor de aquellos contenidos del pensamiento, vinculados a la satisfacción de las pulsiones y su regulación social, que caen bajo el efecto de la represión y, aunque no están sujetos al control voluntario del individuo, pueden motivar su comportamiento. La salud mental individual está estrechamente asociada con la satisfacción de las pulsiones sexuales de forma socialmente regulada. El desarrollo de la personalidad depende del establecimiento de vínculos afectivos con los progenitores. La fijación de formas de satisfacción pulsional en una determinada etapa (y sus ramificaciones simbólicas) tiene como resultado tipos de personalidad patológica. Asimismo, la regresión a etapas anteriores supone una alteración de la estructura de la personalidad y causa síntomas. El síntoma constituye una metáfora del padecimiento subjetivo del individuo y se produce como respuesta a un conflicto o trauma psíquico. Las experiencias de la primera infancia adquieren gran importancia en la explicación del comportamiento actual. El marco psicoanalítico aporta explicaciones tanto del comportamiento normal como del patológico	
Conceptos básicos	Inconsciente. Pulsión. Transferencia. Libido. Complejo de Edipo. Mecanismo de defensa. Yo/Ello/Súper-Yo	
Teorías asociadas	Teoría topográfica. Teoría del desarrollo sexual infantil. Teoría estructural de la personalidad. Desarrollos teóricos sobre dinámica de grupos (Bion, Foulkner, Anzieu). Teorías centradas en el yo y las relaciones de objeto. Teorías Lacanianas	
Metodología	En un encuadre terapéutico, construido sobre la relación transferencial del paciente con el terapeuta, por medio de la asociación libre, los actos fallidos, los <i>lapsus linguae</i> , los sueños y los síntomas se puede acceder a los contenidos inconscientes del sujeto	
Sintonía con otros MRT	Mayor sintonía	Tiene relación con el modelo médico, ya que surge de tal tradición, aunque se separe de ella. También con el cognitivista ya que ambos indagan en experiencias pasadas del sujeto para realizar la acción terapéutica en la que se basan
	Menor	Se contraponen a modelos de carácter social, ya que el psicoanalítico tiene un enfoque más individual. También se centra en la repercusión de los

	sintonía	hechos traumáticos de la infancia y cómo repercuten en la vida actual del individuo, idea exclusiva de este marco
Desarrollo de teorías basadas en este MRT		Marco de referencia aplicado analítico Marco de referencia aplicado del trabajo grupal
Modelos de práctica afines		Modelos de autores como Fidler y Fidler, Azima y Atkinson y Wells

MRT: Marcos de referencia teóricos

Marco de referencia aplicado analítico

El terapeuta ocupacional que trabaja apoyándose en este marco emplea principalmente técnicas creativas, expresivas y proyectivas; es decir, actividades artísticas y creativas, como la pintura, la cerámica, el teatro o la danza.

La aplicación de estas técnicas se fundamenta en el supuesto de que la realización de tales actividades favorece la expresión y elaboración de los contenidos psíquicos de carácter inconsciente. Así, las reacciones e interpretaciones del sujeto respecto a su quehacer creativo, sostenidas en la relación transferencial con el terapeuta ocupacional, le permiten descubrir contenidos inconscientes y formas de vinculación a las personas y objetos.

La relación transferencial, que se construye sobre la base de la escucha y el diálogo entre el terapeuta y el individuo, promueve la toma de conciencia de los mecanismos que subyacen a sus problemas psicológicos, favoreciendo la elaboración de los conflictos psíquicos, de tal forma que sea posible cierta modificación de éstos y de los síntomas que producen.

Marco de referencia aplicado del trabajo grupal

El marco de referencia aplicado del trabajo grupal se fundamenta en las teorías sobre la dinámica de las relaciones y procesos grupales y sus efectos en el comportamiento y en la estructura de la personalidad de los participantes en tales grupos.

En terapia ocupacional el trabajo grupal soportado en los principios del marco de referencia psicoanalítico se basa en la realización de actividades grupales no estructuradas. Como hemos sostenido anteriormente (27), la ausencia de una organización formal en un grupo genera un grado de indeterminación—en relación con los papeles, funciones, normas, objetivos — , que permite que sea el propio desarrollo grupal el que dé forma a la estructura y organización de las interacciones en su interior. De esta forma, a lo largo de la dinámica grupal se pondrán en juego el entramado de interrelaciones, identificaciones, afectos o rivalidades, fruto de la subjetividad de los individuos que componen el grupo. La estructura última de éste será, por lo tanto, consecuencia del conjunto de vínculos establecidos entre sus componentes¹¹.

Las relaciones interpersonales en el grupo, favorecidas por la proximidad y la existencia de un objetivo común, propician el establecimiento de vínculos e identificaciones, dando lugar a la puesta en juego de las formas de vinculación personal de cada uno de los participantes. Este fenómeno, base de la dinámica grupal, se utiliza para generar discusión dentro del grupo, persiguiendo que se verbalicen y elaboren los conflictos que se den a lo largo del trabajo y tiene como fin último la apertura de alternativas que promuevan el cambio. El objetivo del grupo es *verbalizar y reflexionar* sobre las relaciones que tengan lugar en la dinámica, éstas se constituyen en el mecanismo terapéutico básico.

En resumen, la singularidad de este tipo de trabajo grupal en terapia ocupacional se basa en la realización de una actividad común, en la dialéctica que se establece entre las acciones asociadas con la realización de la tarea, que incluyen las interacciones entre los distintos miembros del grupo, y la elaboración de los conflictos y formas de relación que se den en su seno.

Aplicaciones del marco de referencia humanista

De acuerdo con Atkinson (26) y Hagedorn (2), uno de los psicólogos que más ha influido en las teorías de la psicología humanista ha sido Carls Rogers, creador de la denominada *terapia centrada en el cliente* o *abordaje centrado en la persona*. Esta perspectiva ha influido notablemente en el ámbito de la terapia ocupacional, por lo cual, a continuación, revisamos algunos de los conceptos fundamentales de los planteamientos de Rogers (tabla 4.3).

Tabla 4.3 Marco de referencia teórico humanista

Características	Marco de referencia teórico humanista	
Origen y autores principales	Surge influido por las teorías psicoanalíticas, la filosofía existencial y fenomenológica y la escuela psicológica de la Gestalt. Autores: C. Rogers, R. Laing, A. Maslow y F. Perls	
Explicación del comportamiento humano	Considera que el comportamiento de un individuo es consecuencia de su percepción de la realidad <i>aquí y ahora</i> , en el momento de actuar. Postula que todas las personas poseen un potencial de desarrollo innato, que actualizan progresivamente a lo largo de la vida gracias a la interacción con un entorno estimulante y enriquecedor, para la consecución de su autorrealización y el logro de metas positivas. La persona desarrolla progresivamente su autoconcepto que se construye en relación con la valoración de las experiencias vividas y las respuestas del entorno. La incongruencia entre el juicio de los demás y el proceso de autorrealización puede llevar al individuo a conflictos que entorpezcan su desarrollo de manera satisfactoria. Sitúa como eje central del comportamiento humano el autoconcepto. Conciben al ser humano como un ser pensante e independiente, plenamente responsable de sus actos y su comportamiento, sin invocar causas subyacentes, ni orgánicas ni intrapsíquicas, que lo expliquen. Se oponen al concepto de enfermedad mental y a las etiquetas diagnósticas y entienden que todo comportamiento puede considerarse normal si se observa desde la perspectiva de la persona que lo lleva a cabo	
Conceptos básicos	Autoconcepto. Percepción. Potencial de autorrealización. Autoimagen	
Teorías asociadas	Grupos T o de encuentro. Autoayuda. Terapia centrada en el cliente	
Metodología	La intervención se centra en el presente del sujeto, en el aquí y ahora, relegando a un segundo plano la dimensión histórica del comportamiento individual. La creación de un ambiente terapéutico adecuado, sin condiciones de valor, sin juicios valorativos sobre el comportamiento del individuo, permite que desarrolle su potencial de crecimiento individual y que alcance la autorrealización. Eliminar las incongruencias entre los juicios valorativos del entorno y el comportamiento de sujeto nos permite obtener un método terapéutico para el cambio de las condiciones asociadas a las personas con las que trabajamos	
Sintonía con otros MRT	Mayor sintonía	Está influido por las teorías psicoanalistas, con las que comparte algunos conceptos y terminología
	Menor sintonía	Con el marco de referencia teórico médico y conductual
Desarrollo de teorías basadas en este MRT	Terapia centrada en el cliente. Grupos T y de autoayuda. Teorías de Maslow	

**Modelos de
práctica afines**

La mayor parte de los modelos de práctica elaborados en terapia ocupacional tienen una fuerte influencia humanista

MRT: Marcos de referencia teóricos

La terapia centrada en el cliente

Aunque la terapia centrada en el cliente no está basada en los aspectos ocupacionales del ser humano (2), ha ejercido gran influencia en numerosos modelos de práctica de terapia ocupacional, como el modelo canadiense o la denominada, significativamente, terapia ocupacional basada en el cliente. Éste es el motivo principal por el que describimos aquí sus características. Además, como nos advierte Duncan (5), aunque no es frecuente encontrar terapeutas ocupacionales que adopten la terapia centrada en el cliente como marco teórico único, sí es habitual que usen diversas técnicas o construyan la relación terapéutica apoyándose en los principios y métodos de este marco.

La terapia centrada en el cliente destaca la importancia del potencial de desarrollo innato, que Rogers (28) denomina potencial de autorrealización o autoactualización, que poseen los seres humanos. Según esta premisa, todo individuo desarrolla a través de su interacción con el entorno, siempre que se den las condiciones adecuadas, su autoconcepto, que es el vehículo para que la persona se autorrealice. Así, a lo largo de su desarrollo, la interacción del sujeto con su medio – especialmente, el entorno social en que se desenvuelve– le permite delimitar y diferenciar su *yo* de la *realidad*, generando paulatinamente su *autoconcepto*. Según Rogers, los problemas psicológicos son consecuencia del bloqueo del potencial de autoactualización.

El tratamiento se fundamenta en la creación de una relación terapéutica que soporte las condiciones que posibilitan que se desarrolle el potencial de crecimiento del individuo. Es por medio de esta relación terapéutica que la persona puede llegar a ser más consciente de sus sentimientos y elecciones vitales, experimentándolos nuevamente en su interacción con el terapeuta, que acepta de manera genuina y sin juicios de valor aquello que el paciente es. Así, se defiende una intervención centrada en el respeto a la persona y la autodeterminación (no directividad), en el que las cualidades básicas del terapeuta son la *empatía*, la *congruencia* y la *mirada positiva incondicional* (*unconditional positive regard*).

El terapeuta invita al sujeto a hablar libremente sobre sus problemas y dificultades. Sus preguntas son abiertas, para favorecer que explore sin enjuiciarlos sus pensamientos y sentimientos. La *escucha* del terapeuta se apoya en una *mínima respuesta*, en la que se acepta cualquier material que el sujeto ponga en juego durante la sesión, sin juicios valorativos sobre las conductas. El terapeuta no le dice al cliente qué debe hacer, por el contrario es él mismo el que debe determinar cómo afronta sus dificultades. La *no directividad* del terapeuta durante el tratamiento posibilita que el individuo elija y decida su forma de actuar.

Por tanto, una premisa central de la terapia centrada en el cliente es la

autodeterminación del individuo sobre el curso de su propia vida.

Mediante la escucha con empatía y la propia reflexión del sujeto sobre sus pensamientos y sentimientos, es posible explorar la forma en la que percibe la realidad, sus creencias y valores, aumentando su comprensión sobre sus problemas psicológicos. De esta forma, el cambio del comportamiento se produce cuando se desbloquea su potencial de autorrealización, que posibilita la emergencia de una persona más abierta a la experiencia, con mayor confianza en sí misma, con un mejor autoconcepto y con una motivación y evaluación intrínseca de sus actos y logros más adecuada.

En resumen, la terapia centrada en el cliente anima y alienta a la persona a explorar su percepción de sí misma y de la realidad, evita realizar interpretaciones del comportamiento y refleja las ideas, percepciones y creencias del sujeto para que éste mejore su conocimiento de sí mismo. El terapeuta actúa como facilitador y consejero, ofreciendo oportunidades y capacitando a la persona para explorar sus pensamientos y sentimientos en un ambiente psicológico seguro, que le permita identificar sus necesidades. Se enfatiza la responsabilidad del cliente en su tratamiento, su elección y decisión respecto a los objetivos y actividades, para favorecer que desarrolle un mayor autocontrol sobre su propia vida, tome decisiones y se responsabilice de su futuro para alcanzar su autorrealización.

Aplicaciones del marco de referencia cognitivo-conductual

Las teorías del aprendizaje que se integran en el marco de referencia cognitivo-conductual han sido aplicadas ampliamente en terapia ocupacional, en particular, en programas de modificación de conducta y de desensibilización, de entrenamiento de destrezas, de aprendizaje programado y de reestructuración cognitiva (tabla 4.4).

Tabla 4.4 Marco de referencia teórico cognitivo-conductual

Características	Marco de referencia teórico cognitivo-conductual
Origen y autores principales	Desarrollado desde la primera mitad del siglo XX, gracias a las investigaciones de Paulov, Thorndike, Watson, Tolman y Skinner, Bandura, Ellis y Brunner
Explicación del comportamiento humano	Desarrolla una explicación <i>funcional</i> del comportamiento. La conducta se explica en relación con los estímulos que recibe el individuo del entorno; es decir, la conducta, tanto adaptada como desadaptada, está en función de los estímulos del medio. El marco cognitivo-conductual estudia la conducta humana concibiéndola como consecuencia del aprendizaje, tanto su adquisición, como su mantenimiento y su cambio. Inicialmente no se interesa por ninguna variable de tipo intraorganísmico, sólo estudia las respuestas observables del individuo y su relación con los estímulos del ambiente. Posteriormente incluirá variables del organismo, como factores genéticos o constitucionales (historia del aprendizaje, repertorio de conductas aprendidas, pensamientos, emociones, atención selectiva, estilos de procesamiento de la información, codificación simbólica.) en la explicación del comportamiento. Rechaza el concepto de enfermedad y considera las alteraciones de la conducta como un continuo entre los polos normalidad-anormalidad
Conceptos básicos	Aprendizaje. Conducta. Estímulo. Respuesta. Condicionamiento. Contingencia. Refuerzo. Método experimental. Cognición
Teorías asociadas	Teorías sobre el aprendizaje animal y humano: teorías sobre el aprendizaje clásico, operante y vicario. Teoría del aprendizaje social y teorías cognitivas que introducen el organismo como elemento mediador entre los estímulos del ambiente y las respuestas. Aunque en puridad pueden ser considerados dos marcos de referencia teóricos, conductual y cognitivo, frecuentemente son contemplados en conjunto
Metodología	Aplica el método experimental partiendo de una descripción de las conductas problema y de las relaciones entre tales conductas y los estímulos del ambiente, se elabora una hipótesis inicial alrededor de la cual se articula la intervención. Así, se identifican y manipulan las variables que intervienen en el problema, definidas en la hipótesis inicial, tratando de verificar las hipótesis planteadas o, si fuese el caso, modificarlas. En consecuencia, se analizan las relaciones de contingencia que se establecen entre los estímulos ambientales y las respuestas del individuo. Las conductas presentes y observables del individuo y las relaciones de éstas con los estímulos del ambiente son los dos focos de atención fundamentales en este marco teórico. Apunta a la modificación de los procesos cognitivos con el fin de facilitar los cambios conductuales y emocionales. El término general para este tipo de tratamiento es la reestructuración cognitiva. No se ocupa de la historia pasada del individuo, mostrando atención únicamente a las conductas presentes y observables. La perspectiva conductual enfatiza el estudio del comportamiento objetivo y, en general, rechaza todas las escuelas de pensamiento basadas en informes subjetivos de los pensamientos y sentimientos

Sintonía con otros MRT	Mayor sintonía	Las teorías cognitivas se han asociado en ocasiones con el marco de referencia teórico médico
	Menor sintonía	Con los marcos de referencia teórico psicodinámico y humanista
Modelos de práctica afines	Modelo de la ocupación humana (MOHO)	

El enfoque conductual se articula básicamente alrededor de la descomposición de las ocupaciones, actividades y tareas, objetivo último de la intervención, en conductas simples, analizando la secuencia en que han de emitirse para alcanzar un comportamiento adaptado. Es decir, el análisis detallado de las conductas implicadas en el desempeño adaptado de ocupaciones permite identificar los objetivos a corto y a medio plazo de la intervención. El encuadre preciso de dichos objetivos, establecidos mediante el proceso de evaluación y organizados temporalmente, permite el entrenamiento aislado y progresivo de las conductas integradas en el desempeño ocupacional.

Las conductas diana se establecen siguiendo los siguientes criterios:

- Definir y describir las esperadas.
- Establecer su duración, frecuencia e intensidad.
- Ordenarlas según un criterio creciente de complejidad.
- Establecer y describir la situación o contexto en el que han de emitirse.

Una vez establecidos los objetivos, las actividades diseñadas en el programa de intervención de terapia ocupacional proveen oportunidades para que el individuo pueda entrenarse hasta alcanzar la conducta diana.

Durante la intervención el terapeuta ocupacional aplica los principios de los distintos tipos de condicionamiento, forzando la emisión de la conducta, modificando la estimulación ambiental, aportando instrucciones, reforzando o sirviendo de modelo de comportamiento. La aplicación de los principios del condicionamiento operante requiere que se establezcan los refuerzos eficaces para el mantenimiento de la conducta y se apliquen siguiendo un programa gradual que permita que ésta se instaure, mantenga y generalice.

Desde una perspectiva centrada en la cognición, se abordan aquellas ideas del individuo relacionadas con las alteraciones del desempeño ocupacional, que se constituyen en objetivos de intervención. Siguiendo la propuesta de Hagedorn (2), de forma general se persigue:

- Que el individuo reconozca las emociones negativas.
- Identificar las conexiones entre las emociones negativas y los pensamientos, también negativos, que producen.
- Observar cómo los pensamientos negativos inhiben el comportamiento adaptado.

- Desarrollar modificaciones en los pensamientos negativos.
- Remplazar los pensamientos negativos por otros positivos.
- Adquirir control sobre la propia vida, estableciendo metas específicas, cuantificables, tangibles, alcanzables, trabajando para conseguir las por medio de pasos pequeños y útiles.
- Aplicar estrategias de resolución de problemas para reducirlos o para encontrar soluciones.
- Aplicación de técnicas de manejo del estrés o para la mejora de las habilidades sociales y la comunicación.
- Suministrar autorrecompensas al alcanzar los logros deseados.

Como en el caso de la terapia centrada en el cliente, en nuestra disciplina no es frecuente que se adopte totalmente un enfoque cognitivo-conductual como guía para la práctica¹². Sin embargo, muchas ideas y técnicas basadas en él forman parte de la práctica profesional cotidiana de numerosos terapeutas ocupacionales.

Modelos de práctica

Un modelo de práctica de terapia ocupacional es una representación simplificada de un sistema teórico que nos permite organizar el conocimiento para aplicarlo en situaciones prácticas.

Su función principal es la de servir de puente entre la teoría y la práctica. Como señala Kielhofner (29), los modelos proporcionan representaciones mentales para comprender cómo las personas eligen, experimentan y realizan sus ocupaciones. Nos permiten interpretar los problemas a los que se enfrentan los individuos al desempeñar sus ocupaciones, proporcionándonos un armazón teórico para nuestra labor profesional.

Los modelos publicados desde el origen de nuestra disciplina hasta el momento actual son muy numerosos, en especial desde la década de 1980 hasta el día de hoy. Indiscutiblemente, la posibilidad de realizar una revisión detallada de todos estos modelos excede con mucho el contenido de este capítulo. Por tanto, es necesario hacer una selección de los más importantes para describir sus características. Los criterios que hemos elegido para seleccionarlos son: su ámbito de aplicación, en nuestro caso, la salud mental; el consenso sobre su excelencia en la literatura de terapia ocupacional; la consistencia interna y claridad de sus principios teóricos y de la metodología para su aplicación; el desarrollo de métodos y herramientas de evaluación basados en los modelos y, por último, su implantación y el desarrollo de líneas de investigación.

Siguiendo estas pautas, los modelos de práctica de terapia ocupacional escogidos son los siguientes:

- Modelo de la ocupación humana de Kielhofner.
- Modelo canadiense.

No obstante, en el documento asociado a la página web, *Modelos en desarrollo, en desuso y de origen no anglosajón*, hemos descrito también algunos desarrollos teóricos que por la novedad de sus aportaciones, su vigencia en décadas pasadas o la originalidad de sus propuestas, nos parecen destacables¹³.

Examinemos a continuación los principios, metodología y aplicaciones del modelo de la ocupación humana y del modelo canadiense.

Modelo de la ocupación humana

Introducción

El *modelo de la ocupación humana* (en adelante, MOHO) fue publicado por primera vez en la revista *American Journal of Occupational Therapy* (AJOT), por Gary Kielhofner, en colaboración con otros autores (30–33). Las ideas iniciales presentadas en estos artículos han ido desarrollándose y evolucionado a lo largo de tres décadas, dando lugar a cuatro ediciones del modelo y numerosos artículos. Como se puede constatar, la amplitud de sus contenidos hace difícil resumir sus planteamientos básicos de manera somera, empresa que aun así abordaremos en estas páginas. De cualquier forma, para conocer en profundidad el modelo es imprescindible consultar su última edición¹⁴ (34).

A diferencia de otros modelos, aplicables únicamente a determinadas poblaciones específicas, éste intenta servir para cualquier tipo de persona que presente una disfunción ocupacional. Por tanto, el modelo persigue validarse para cualquier sujeto, sea cual sea el momento de su desarrollo evolutivo en el que presente la disfunción ocupacional, así como para un amplio abanico de trastornos. De hecho, el MOHO es una tentativa de conceptualizar la dinámica subyacente a la organización de la conducta ocupacional humana. Su aproximación al comportamiento ocupacional es global, es decir, se interesa por la totalidad de aspectos asociados a aquél: la motivación para la acción, el desempeño en sí y la organización de la conducta ocupacional en la vida cotidiana.

Conceptos básicos

El concepto básico alrededor del que se articula este modelo es el de *comportamiento ocupacional* –clasificado dentro de las áreas de autocuidado, productiva y de ocio, tiempo libre y juego – , desarrollado a lo largo del ciclo vital del individuo hasta alcanzar un equilibrio ocupacional saludable.

Kielhofner defiende que la teoría de sistemas puede servirnos de marco teórico para explicar la complejidad de la organización de la conducta ocupacional humana. Su pretensión es utilizar la Teoría General de Sistemas (TGS)¹⁵, la Teoría de Sistemas Abiertos y la Teoría de Dinámica de Sistemas para construir *una perspectiva sistémica de la conducta ocupacional humana* (tabla 4.5).

Tabla 4.5 Principios básicos de la Teoría General de Sistemasa^a

Origen y autores principales	La Teoría General de Sistemas surge de las ciencias físicas y biológicas, pero un número de investigadores y teóricos la han aplicado al fenómeno humano, para explicar la conducta motora, comunicación, motivación y expresión emocional (Allport, 1968; Bertalanffy, 1969; Brody, 1973; Koestler, 1969)
Explicación del comportamiento humano	Se equipara al ser humano con un sistema abierto y dinámico. Desde esta perspectiva, la conducta es fluida e imprevisible, espontáneamente organizada en tiempo real y dentro de un contexto de acción
Conceptos básicos	Su aplicación en terapia ocupacional se basa en una conceptualización del ser humano como un sistema abierto y dinámico; la conducta ocupacional es consecuencia de la interacción conjunta del sistema humano, la tarea y el entorno, que crean la red de condiciones que soportan el desempeño ocupacional. La Teoría General de Sistemas apoya la definición de los subsistemas de la volición, la habituación y de desempeño, que en un entorno determinado interaccionan organizando el comportamiento ocupacional a lo largo del tiempo, haciendo hincapié en que la ocupación es dinámica y dependiente del contexto. Las personas construyen quiénes son a través de lo que hacen
Metodología	La teoría general de sistemas, aplicada en el Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner, postula que la ocupación que desempeña una persona y el entorno en que es desempeñada tienen la misma importancia que los motivos y las capacidades subyacentes para explicar cómo la persona puede realizar esa ocupación. También se plantea que la repetición de conductas ocupacionales coadyuva a la organización de las estructuras físicas y mentales del sistema humano; así, la conducta ocupacional es concebida como un proceso de autoorganización, mantenimiento y desarrollo del ser humano a través de la acción, del hacer. Este modelo asume que la acción o la conducta ocupacional es una fuerza central en la salud, bienestar, desarrollo y cambio del ser humano. Así, la emisión de conductas ocupacionales de forma continuada subyace a la autoorganización del ser humano; es decir: los seres humanos que se implican en la realización de actividades productivas, juegos y actividades de ocio y de la vida diaria, generan, mantienen y cambian sus propias capacidades, creencias y disposiciones. El entorno es concebido desde una perspectiva muy amplia en la que se integran diferentes niveles organizados jerárquicamente; a saber: los objetos, eventos, entorno físico, grupos sociales y la cultura
Modelos de práctica afines	Modelo de la Ocupación Humana (MOHO)

^a Resumimos en esta tabla algunos de los principios básicos de la Teoría General de Sistemas puesto que en ella se apoya en gran medida el Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner. Dado el amplísimo desarrollo, implantación y repercusión de este modelo en nuestra disciplina hemos considerado de utilidad revisar aquí sus premisas básicas para orientar al lector.

Apoyándose en estos principios, el MOHO considera al ser humano como un sistema abierto y dinámico y su conducta ocupacional consecuencia de la interacción conjunta del sistema humano, la tarea y el entorno, que crean la red de condiciones que soportan el desempeño ocupacional. El proceso de emisión de la conducta ocupacional se denomina *ensamblaje suave (soft assembly)*, para hacer referencia a la forma en la que dicha conducta se ajusta a las demandas cambiantes de la tarea y cómo se desarrolla lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, el comportamiento ocupacional es fluido e imprevisible, «espontáneamente organizado en tiempo real y dentro de un contexto de acción». Kielhofner lo describe como «el ballet de la conducta ocupacional ordinaria».

El entorno es concebido desde una perspectiva muy amplia en la que se integran diferentes niveles organizados jerárquicamente, a saber: objetos, entorno físico, grupos sociales y cultura. Su influencia en la conducta ocupacional puede considerarse desde dos perspectivas complementarias: en la medida en que es su soporte, favoreciendo o limitando las oportunidades para que ésta se produzca y en la medida en que genera o demanda un tipo determinado de desempeño ocupacional regulado por patrones sociales y culturales.

En este modelo, la ocupación que desempeña una persona y el entorno en el que lo hace tienen la misma importancia que los motivos y las capacidades subyacentes para explicar cómo la persona puede desempeñar dicha ocupación. También se plantea que la repetición de conductas ocupacionales coadyuva a la organización de las estructuras físicas y mentales del sistema humano; así, la conducta ocupacional es concebida como un proceso de autoorganización, mantenimiento y desarrollo del ser humano a través de la acción, del hacer.

Este modelo asume que la acción o la conducta ocupacional es una fuerza central en la salud, bienestar, desarrollo y cambio del ser humano. Así, la emisión de conductas ocupacionales de forma continuada subyace a la autoorganización del ser humano; es decir: los seres humanos que se implican en la realización de actividades productivas, juegos y actividades de ocio y de la vida diaria generan, mantienen y cambian sus propias capacidades, creencias y disposiciones.

Como apunta Kielhofner en su última revisión, el MOHO se refiere, en última instancia, a la participación y adaptación ocupacional de un individuo en su vida cotidiana. El modelo postula que:

- Las características de la persona y el entorno se unen en un todo dinámico.
- La ocupación refleja la influencia tanto de las características de la persona como del medio ambiente.

- Las características internas de una persona (es decir, las capacidades, las motivaciones y los patrones de desempeño) se mantienen y cambian mediante la participación en las ocupaciones.

Motivación, patrones y desempeño de la ocupación

El modelo de la ocupación humana de Kielhofner conceptualiza al ser humano como un ente conformado por tres elementos organizados de manera heterárquica¹⁶: volición, habituación y capacidad de desempeño.

La *volición* se refiere a la motivación de la persona para la ocupación. La *habituación* a cómo la persona organiza su desempeño, básicamente en roles y rutinas. Por último, la *capacidad de desempeño* es la habilidad del sujeto para el desempeño. Veamos someramente las notas singulares de cada uno de estos tres elementos o subsistemas.

El modelo parte de la premisa de que el desempeño ocupacional es una expresión de la disposición universal del ser humano para la acción. La ocupación es un dominio singular de conductas que emanan principalmente de elecciones de actividad y elecciones ocupacionales, fruto de la voluntad y la elección consciente. Consideradas en conjunto, organizan y motivan la ocupación de cada individuo. La función principal de *la volición* es fijar estas elecciones.

La volición, que ha ido cobrando mayor relevancia en las sucesivas ediciones del modelo, hace referencia tanto a las disposiciones emocionales y cognitivas respecto a las ocupaciones (tales como disfrute, valores asociados con la ocupación y los sentimientos de competencia para realizarlas) como a las disposiciones que se adquieren a través de la práctica y que permiten anticipar experiencias futuras o al autoconocimiento que cada individuo genera de sí mismo como actor en el mundo (esto es, una acumulación de conocimiento fruto de la reflexión e interpretación de las experiencias vividas cuando se ha realizado una ocupación).

Se define como: «un conjunto de disposiciones y autoconocimiento que predispone y permite a las personas anticipar, elegir e interpretar el comportamiento ocupacional»¹⁷. La organización interna de la volición concurre, junto a los hábitos y destrezas (siempre inscrita en un contexto de acción), para permitirnos experimentar, elegir e interpretar nuestro comportamiento ocupacional.

El MOHO estructura la volición en tres áreas o subsistemas:

- Causalidad personal: conjunto de disposiciones y autoconocimiento concerniente a las propias capacidades y eficacia en las ocupaciones.
- Valores: conjunto coherente de convicciones que asignan significado y/o pautas o estándares para el logro de ocupaciones, creando una fuerte disposición al desempeño correspondiente.
- Intereses: disposiciones a encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y el

reconocimiento de nuestro disfrute de dichas ocupaciones.

La *causalidad personal* se puede concebir como el compendio de dos dimensiones: en primer lugar, el *conocimiento de la capacidad* –apreciación de las habilidades actuales y potenciales– y, en segundo lugar, el *sentimiento de eficacia* –percepción de control sobre el propio comportamiento y los sentimientos y pensamientos subyacentes a tal percepción, así como un sentimiento de control en el logro de los resultados deseados para nuestro comportamiento.

Además de por la causalidad personal, las elecciones ocupacionales también se ven influidas por nuestros valores, creencias, compromisos y criterios personales o culturales, que influyen en la toma de decisiones al elegir una determinada ocupación. Por una parte, los *valores* son aquellas convicciones personales que permiten a cada individuo asignar significado y juzgar el valor de diversas ocupaciones. Por otra parte, se asocian con sentimientos subjetivos de responsabilidad y obligación, emociones evocadas por los valores, que generan una fuerte disposición a actuar de forma consistente con ellos.

Los *intereses* se generan a partir de experiencias individuales de placer o satisfacción en el desempeño. Implican, por tanto, *atracción o tendencia a* disfrutar con determinadas ocupaciones, así como la preferencia a disfrutar de ciertas modalidades de desempeño o ciertas actividades antes que otras.

En lo que respecta al subsistema de *la habituación*, éste se refiere tanto a los *patrones de comportamiento ocupacional* semiautónomo (que permiten organizar el uso cotidiano del tiempo y estructuran el estilo o manera singular de organizar la acción de cada individuo), como al *procedimiento para percibir e interpretar* los contextos físicos, temporales y socioculturales, interpretación que activa y nos permite desplegar una conducta ocupacional eficiente.

La habituación es: «una organización interna de información que predispone al sistema humano a mostrar patrones recurrentes de conducta ocupacional, apropiados a las características de las tareas rutinarias y a los contextos físicos, temporales y socioculturales en que tienen lugar esas actividades». Kielhofner (35) utiliza dos conceptos para explicar la habituación: *hábitos* y *roles*.

Los *hábitos* preservan la manera de hacer que hemos aprendido por medio de la experiencia. Dado su carácter semiautomático, permiten la emisión de dos o más conductas ocupacionales simultáneamente, ahorrando recursos de atención. Además, son vehículos de costumbres, usos y modos de vida en sociedad.

Se caracterizan por ser tendencias latentes (disposiciones duraderas), adquiridas por repetición (integrando experiencias pasadas), que operan principalmente a nivel preconsciente. Funcionan como una matriz de percepciones, apreciaciones y acciones, asociadas con hábitos familiares, que influyen en una amplia variedad de patrones de comportamiento¹⁸.

Organizan la conducta ocupacional de tres formas complementarias:

- Influyen en cómo se desempeña regularmente una actividad.
- Regulan el uso cotidiano del tiempo.
- Generan estilos de comportamiento que caracterizan un rango de desempeños ocupacionales.

Por su parte, los *roles* se definen como: «una conciencia amplia de una identidad social particular, así como de las obligaciones ligadas a ella, que conjuntamente proveen un encuadre para apreciar situaciones relevantes y construir el comportamiento apropiado».

Cada rol representa un compendio de comportamientos ocupacionales, que se definen en cada situación como pertenecientes a ese rol. De igual forma que en el caso de los hábitos, una vez que un rol ha sido interiorizado opera de forma preconsciente. Siguiendo el libreto de un rol que el individuo ha interiorizado, se emiten diversos comportamientos asociados con dicho rol. Así, los roles canalizan la acción individual por medio de patrones de comportamiento asociados con diversos sistemas sociales.

Los roles organizan la conducta ocupacional de tres formas diferentes, a saber:

- Influyen en la modalidad y estilo de las interacciones con los demás.
- Influyen en el desempeño de actividades que constituyen nuestra rutina de roles.
- Estructuran ciclos diarios y semanales en los que generalmente desempeñamos ciertos roles.

En resumen, para cada individuo la habituación adquiere su forma característica como consecuencia del entrecruzamiento de dos dimensiones interdependientes. En primer lugar, las *capacidades apreciativas* (que nos permiten reconocer, de forma más o menos automática, las características del ambiente o situación) favorecen la emisión de comportamientos adecuados en cada contexto, gracias a la transferencia de hábitos y roles interiorizados a los acontecimientos y contingencias del momento. En segundo lugar, a través del *comportamiento integrado* en los hábitos y roles habitamos y participamos en distintos contextos físicos, sociales y culturales.

Desde una perspectiva temporal, la habituación implica dos fenómenos complementarios. De forma inmediata, los hábitos y roles gobiernan nuestro comportamiento ocupacional cotidiano. Considerados a medio y largo plazo, se adquieren y cambian con el paso del tiempo, lo que permite la adaptación del individuo a su ambiente. A lo largo de su desarrollo evolutivo cada individuo adquiere roles formales e informales, gracias a su capacidad para interiorizar las expectativas asociadas con diversos roles, y los emplea como guía de su comportamiento ocupacional. Dichos roles cambian y se modifican según avanza el

curso de la vida, adecuándose a las expectativas sociales y a las elecciones vitales de cada sujeto.

Finalmente, *la capacidad de desempeño* es el resultado de la interacción de distintos componentes físicos y mentales que, en conjunto, facultan a un individuo para el desempeño ocupacional. Los componentes que subyacen al desempeño dependen de la integridad de los sistemas corporales que mantienen nuestras capacidades *musculoesqueléticas* (sostenidas en los músculos y huesos que subyacen al funcionamiento de unidades corporales); *neurológicas* (soportadas por el SNC y los nervios periféricos, que transmiten y organizan las aferencias sensitivas y las respuestas motoras); *cardiopulmonares* (sustentadas en los sistemas cardiovascular y pulmonar que permiten el funcionamiento neurológico y motor) y de otros sistemas corporales. Asimismo, diversas capacidades mentales y cognitivas –como el razonamiento, la memoria o la atención –, son igual de necesarias para un desempeño ocupacional llevado a cabo con éxito.

La propuesta del MOHO enfatiza que la realización eficaz de una ocupación emerge en una red dinámica de información, resultado a su vez de la acción conjunta de los componentes de desempeño, el entorno y las consecuencias de las acciones llevadas a cabo y del flujo de información proveniente de ellos. Trataremos de ilustrar esta idea con un ejemplo. Al mover nuestro cuerpo, verbigracia, al caminar, información sensorial y perceptiva proveniente de nuestro cuerpo y del entorno llega a nuestro SNC. Este flujo de información es la base para la emisión de respuestas motoras y éstas, a su vez, aportan de nuevo información sobre el resultado de nuestras acciones. Esta interacción entre el medio, el cuerpo y las consecuencias de nuestras acciones constituye el soporte dinámico que posibilita poder caminar de forma eficaz. De esta forma y simultáneamente, el movimiento corporal se ve influido tanto por fuerzas y objetos del medio ambiente como por la información sensorial acerca del estado del cuerpo moviéndose en el espacio que el propio movimiento provee. En definitiva, la capacidad de desempeño de ocupaciones es el resultado de este proceso dinámico de interacción del ser humano con el ambiente.

La descripción de la capacidad de desempeño que acabamos de realizar ha cambiado de manera sustancial en las últimas ediciones del MOHO. Manteniendo los aspectos objetivos asociados con los componentes que subyacen al desempeño de ocupaciones (capacidades musculoesqueléticas, neurológicas, cognitivas), Kielhofner añade un nuevo elemento, la *experiencia subjetiva de la capacidad*, para explicar la capacidad de desempeño de un individuo.

Complementando la aproximación objetiva a las capacidades subyacentes al desempeño de una ocupación, esta nueva aportación centra su atención en la naturaleza de la vivencia o experiencia del propio cuerpo, de sus capacidades y limitaciones, y cómo tal vivencia influye y conforma el desempeño ocupacional.

Define así el concepto de capacidad de desempeño como: «la capacidad de hacer cosas sustentada por el estatus de los componentes físicos y mentales de carácter

objetivo que subyacen al desempeño y su correspondiente experiencia subjetiva».

Para apoyar este aspecto vivencial de la capacidad de desempeño, Kielhofner se apoya en el concepto de *cuerpo vivido (lived body)*, subrayando la manera única en la que cada sujeto experimenta su cuerpo, parte indisociable de su *yo*, y los efectos de esta vivencia en el desempeño ocupacional.

Funcionamiento y disfunción ocupacional

En sus últimas ediciones, el MOHO identifica tres niveles distintos de la acción humana:

- Participación ocupacional.
- Desempeño ocupacional.
- Habilidad ocupacional.

De un modo genérico, *participación* ocupacional hace referencia al quehacer de un individuo en su sentido más amplio o global. *Desempeño* alude a la realización de diversas actividades o tareas que componen la participación ocupacional y, por último, el concepto de *habilidad* proporciona una aproximación más minuciosa sobre lo que la persona hace, centrandose especialmente su atención en las *unidades de acción con propósito* (destrezas o habilidades), que forman parte del desempeño de cualquier actividad.

Kielhofner se adhiere a las tendencias impulsadas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir el concepto de participación ocupacional. Utiliza este término para describir la implicación de un sujeto en diversas actividades de la vida diaria, laborales y de ocio/juego, actividades que forman parte del contexto sociocultural del individuo y que éste desea o necesita realizar para lograr su bienestar. Asimismo, sostiene que la participación está influida por la capacidad de desempeño, la habituación, la volición y las condiciones ambientales.

Por su parte, el concepto de desempeño ocupacional hace referencia a la realización de una *forma ocupacional*¹⁹ (36). Las formas ocupacionales ejercen una poderosa influencia en las personas. Con una *estructura, aspecto y propósito singular*, lo que nos permite reconocerlas y nombrarlas, motivan y conforman el desempeño y la experiencia individual.

Por último, las habilidades (*skills*) se definen como acciones observables, con propósito (dirigidas a metas), que una persona emplea cuando realiza una actividad. A diferencia de la capacidad de desempeño (que se refiere a las capacidades subyacentes, véase el párrafo anterior), la habilidad hace mención a acciones concretas que la persona pone en marcha para la realización de una forma ocupacional.

La consecuencia de la participación de un individuo en distintas ocupaciones a lo largo de su experiencia vital es su *adaptación ocupacional*. Kielhofner define este concepto como la construcción de una identidad ocupacional positiva y el logro de competencia ocupacional a lo largo del tiempo en el propio entorno. De esta forma queda establecida una estrecha relación entre los conceptos de adaptación, identidad y

competencia ocupacional.

En lo que respecta a la *identidad* ocupacional, el MOHO la define como: «la apreciación o sentimiento compuesto de quién es uno y de sus deseos de convertirse en un ser ocupacional, generado a partir de la propia historia de participación ocupacional»²⁰.

Por último, la *competencia* ocupacional es el grado en el cual uno mantiene un patrón de participación ocupacional que refleja su identidad ocupacional.

Basándonos en estos tres conceptos, podemos identificar la disfuncionalidad ocupacional de un individuo. Ésta puede darse cuando una persona tiene problemas para el desempeño, organización y/o elección de ocupaciones, así como cuando el entorno propio del individuo fracasa en dar soporte y/o estimular la emisión de conductas adaptativas. Asimismo, la disfunción puede estar también relacionada con problemas en la identidad o competencia ocupacional²¹ que, como ya hemos visto, están estrechamente vinculadas a la adaptación ocupacional²².

Esquemáticamente podemos resumir los siguientes principios básicos para explicar la conducta ocupacional, según el MOHO:

- El ser humano se concibe como un sistema dinámico, organizado de manera compleja por tres subsistemas (volición, habituación y capacidad de desempeño), que motivan, organizan y hacen posible el desempeño de ocupaciones.
- La conducta ocupacional emerge de la interacción del sistema humano con el entorno. Además, la conducta ocupacional da forma a la organización posterior del sistema humano.
- El subsistema volitivo surge de la necesidad de acción y se compone de la causación personal (creencias y sentimientos sobre las propias capacidades y control), valores e intereses. Este subsistema, anticipa, elige, experimenta e interpreta la conducta ocupacional.
- La conducta ocupacional muestra una organización estructurada por el subsistema de la habituación; éste está compuesto de hábitos y roles interiorizados.
- La capacidad de desempeño ocupacional depende de las destrezas motoras, de procesamiento de la información, de comunicación e interacción que emergen a partir de la interacción con el entorno.
- El entorno social (incluyendo las «formas ocupacionales» y los grupos sociales) y el entorno físico (incluyendo objetos y espacios) proveen de oportunidades y/o restringen la formas de la conducta ocupacional.

Metodología de tratamiento

El MOHO propone una metodología integral que contemple todos los elementos implicados en el desempeño ocupacional del ser humano. En este sentido, el modelo impulsado por Gary Kielhofner (34) sugiere que todo cambio es impulsado por la implicación y participación en ocupaciones de los individuos. En otras palabras, las personas que se ven envueltas en un proceso terapéutico hacen, piensan y sienten bajo ciertas condiciones ambientales, aquellas en las que se desarrolla la intervención de terapia ocupacional²³. Por lo tanto, se conceptualiza la terapia ocupacional como un proceso en el que las personas participan en ocupaciones que dan forma a sus habilidades, moldean sus modos rutinarios de hacer y construyen los pensamientos y sentimientos sobre sí mismos.

Cuando un individuo participa y se implica en diferentes ocupaciones en el transcurso de una intervención, su volición, su habituación y su capacidad de desempeño se ven involucradas de diversas formas en diferentes momentos. Ilustraremos esta idea con un ejemplo. En un momento determinado del progreso terapéutico, verbigracia, al inicio de la intervención, la experiencia del individuo puede afectar principalmente a la práctica de aquellas habilidades necesarias para el desempeño ocupacional. La consolidación de dichas habilidades puede transformar la experiencia, promoviendo el aprendizaje de nuevos hábitos que den forma a su desempeño ocupacional. En otro momento posterior el trabajo puede centrarse en la formación de un nuevo rol, la experimentación de satisfacción y disfrute o con la consolidación del sentimiento de competencia individual.

De acuerdo con los principios teóricos anteriormente reseñados, la modificación de cualquier subsistema concreto –es decir, el logro de cualquier objetivo específico –, implica el cambio de la totalidad del sistema, puesto que cualquier cambio causa su reorganización completa del mismo. En consecuencia, los progresos terapéuticos se evidencian a través de una nueva organización global y no únicamente en la modificación aislada de un subsistema o componente.

En definitiva, el MOHO plantea que en el transcurso de la intervención, gracias a la acción conjunta de las modificaciones en cualquiera de tres subsistemas (capacidad de desempeño, habituación y volición) y/o en el entorno, se promueve la autoorganización global del sistema, para alcanzar un funcionamiento ocupacional adaptado.

Modelo canadiense del desempeño ocupacional

Introducción

Aunque de manera habitual en la literatura se hace referencia al modelo canadiense como si se tratase de una única estructura, lo cierto es que la producción teórica realizada bajo el paraguas de la Canadian Association of Occupational Therapists (Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional, CAOT por sus siglas en inglés) supone un esfuerzo ingente y constante de revisión, actualización y difusión.

En su origen, el *modelo canadiense* fue fruto del trabajo de colaboración entre la CAOT y el Ministerio de Salud Nacional y de Bienestar Social (MSNBS), con el fin último de valorar los resultados de la aplicación de programas de terapia ocupacional en el sistema sanitario canadiense. Como resultado de este estudio, desde 1983 hasta 1993, se publicaron un conjunto de documentos en los que se integran los conceptos básicos que sustentan el denominado Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP).

Recientemente, en el año 2007, se presentó la última actualización del modelo, en la que se incorpora el concepto de *engagement*²⁴, pasando así a denominarse Modelo Canadiense del Desempeño e Implicación Ocupacional (CMOP-E).

Sus orígenes nos indican que la práctica profesional es el referente último de este modelo; en él se propone una guía detallada para el ejercicio de la profesión se desarrollan herramientas de evaluación y se perfilan líneas de investigación para contrastar su repercusión.

Su singularidad frente a otros modelos de práctica reside principalmente en sostener una perspectiva de la terapia ocupacional articulada alrededor de cuatro ideas básicas: *la práctica centrada en el cliente, el desempeño ocupacional, la habilitación y la consecución de la salud, el bienestar y la justicia a través de la ocupación.*

Conceptos básicos

El concepto central del modelo canadiense es el de *desempeño ocupacional*²⁵, de él toma su nombre y en él se engarzan las tres ideas claves interdependientes de este modelo, a saber: la *persona*, el *medio ambiente* y la *ocupación*²⁶. Así, el desempeño e implicación ocupacional es resultado de la interacción de la persona con su medio ambiente, al que ésta se encuentra enteramente ligado, a través de la ocupación. Desde este punto de vista, la modificación de cualquier elemento que conforma el equilibrio dinámico entre el individuo y su ambiente tiene como consecuencia cambios en el resto de los componentes y, finalmente, en el desempeño.

Tal y como se defiende en el modelo, el desempeño ocupacional está asociado *con el desarrollo evolutivo de la persona, con la integridad de su sustrato biológico y con los condicionantes del medio* en el que cada sujeto se desenvuelve. En la medida en que sean congruentes las exigencias de la ocupación, las habilidades de la persona y las demandas del medio el desempeño ocupacional puede contribuir a desarrollar un sentimiento de armonía que favorece el crecimiento y la expresión personal (37).

Con una fuerte influencia humanista, sostiene que las personas son seres espirituales, con capacidad para determinar, elegir y participar en ocupaciones en su entorno. Defiende, asimismo, la existencia de un potencial de desarrollo individual que posibilita al ser humano elegir, organizar e implicarse en ocupaciones significativas que le procuran satisfacción. Además, defiende que a través de la consecución del equilibrio ocupacional la persona puede expresarse y desarrollarse como ser único (37). Considera que las experiencias sociales y culturales son aspectos subjetivos de suma importancia en el desarrollo vital de un sujeto, influyendo en la percepción que tiene cada individuo de sí mismo y proporcionando vínculos con otras personas y con el medio.

Veamos con mayor detenimiento las particularidades de los conceptos centrales de este modelo; a saber: la persona, la ocupación y el medio ambiente.

La persona: concebida desde una visión holística, como un *todo* en el que se integran mente, cuerpo y espíritu.

Si tomamos como referencia a la persona, los aspectos implicados en el desempeño de ocupaciones pueden ser:

- Afectivos: incluyendo elementos sociales y de interacción personal.
- Cognitivos: todas aquellas funciones intelectuales.
- Físicos: todas aquellas funciones sensoriales, motoras y sensoriomotoras.

La espiritualidad del ser humano es una de sus características. Se conceptualiza como una dimensión humana (no restringida únicamente a creencias o prácticas

religiosas) asociada al ser, que tiende a expresarse en todas nuestras acciones, trascendiéndonos y guiándonos a lo largo de la vida y dotándonos de motivación y control personal (38).

La *ocupación*: entendida como una necesidad humana básica, posibilita la organización del comportamiento, estructura el tiempo, permite la expresión individual, contribuye a la construcción de la identidad personal y favorece el sentimiento de control de la realidad. Asimismo, facilita sentirse partícipe de la sociedad, lograr objetivos personal y culturalmente significativos, organiza la materia y el espacio y constituye una fuente de recursos (entre otros, económicos) (38).

El *medio ambiente*: definido como aquellos contextos y situaciones que suscitan respuestas por parte del individuo. La persona y su desempeño ocupacional jamás pueden considerarse de forma separada de su medio. Éste se cataloga como: cultural, institucional²⁷, físico y social. Las relaciones entre el medio ambiente y la persona son consideradas como bidireccionales; el primero influye en la segunda, pero la persona también modifica el medio ambiente, transformándolo. De igual forma, la ocupación se ve influida por aspectos ambientales, sin embargo la acción individual y colectiva modifica a su vez el medio ambiente. En la medida en que la interacción de la persona con su entorno tiene como resultado un desempeño ocupacional determinado, el análisis del contexto nos permitirá determinar si éste lo entorpece, lo impide o lo facilita (38).

Funcionamiento y disfunción ocupacional

La forma de explicar el funcionamiento y la disfunción ocupacional está estrechamente ligada al desarrollo evolutivo individual. A lo largo del curso vital la interacción entre la persona y el medio ambiente se transforma. Así, desde el nacimiento hasta la vejez las experiencias ocupacionales se acumulan constantemente, dando lugar a nuevas ocupaciones y abandonando o conservando otras anteriores. En el transcurso de este proceso la interacción entre la persona, su medio y la ocupación, permite optimizar el desempeño ocupacional, favoreciendo el funcionamiento individual. La presencia de déficit, condiciones de discapacidad, retrasos del desarrollo, enfermedades o el proceso de envejecimiento influyen en el curso del desarrollo ocupacional, alterando el desempeño ligado a los estadios del ciclo evolutivo normalizado.

Metodología

Tanto en su primera edición como en las revisiones posteriores, el modelo canadiense estipula un proceso metodológico, estableciendo una secuencia de intervención integrada por ocho etapas:

- Entrada o inicio.
- Sentar las bases del proceso de intervención.
- Evaluar.
- Acordar los objetivos y el plan de intervención.
- Implementar el plan.
- Monitorizar y modificar el proceso.
- Evaluar los resultados.
- Conclusión o salida.

Gracias a esta secuencia se definen, validan y ordenan, según las prioridades del individuo, las dificultades para el desempeño de las actividades ligadas al cuidado personal, la productividad y el ocio. Asimismo, se determinan las condiciones ambientales que lo favorecen u obstaculizan, poniendo en marcha un plan de intervención y valorando posteriormente sus resultados.

Además, debemos destacar que el modelo canadiense ha desarrollado una prueba estandarizada, la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional, para evaluar los problemas del individuo respecto a su desempeño ocupacional.

El objetivo último de todo este proceso es *promover la ocupación*, promover la salud a través de la ocupación. El terapeuta ocupacional *colabora* con la persona para que ésta elija, organice y realice aquellas ocupaciones que considera útiles o significativas en su entorno habitual.

Quizá la singularidad más destacable del modelo es su concepción del individuo como un *partenaire (partnership)* activo en el proceso de intervención. Las creencias, valores y objetivos del sujeto se encumbran a un lugar central en la experiencia y relación terapéutica a lo largo de todas y cada una de sus etapas. Así, aboga por una *práctica centrada en el cliente*²⁸ y propone el concepto de *habilitación* frente al de *tratamiento*. Basándose en este concepto, las acciones son realizadas *con* el cliente más que *para* el cliente; habilitar supone transformar al paciente en participante.

En su última revisión, amplía el concepto original de *habilitación*, describiendo con mayor detalle algunas de sus peculiaridades. Esta nueva propuesta enfatiza el dinamismo, la maleabilidad, la flexibilidad y la adopción de riesgos en la relación profesional que se establece entre el cliente y el terapeuta ocupacional (39,40). Todo

ello facilita y hace posible mejorar la comprensión y la relación con las personas, para alentarlas a que tomen responsabilidades y movilicen sus recursos y potencialidades (38).

Esta perspectiva pone de relieve la capacidad y responsabilidad del sujeto que demanda intervención para contribuir y colaborar en el curso terapéutico. Enfatiza, por tanto, el derecho del individuo a recibir toda la información necesaria para elegir los servicios que respondan mejor a sus necesidades; éstas, junto con sus creencias, opiniones y deseos, deben ser respetadas en todo el proceso terapéutico.

En síntesis, promover la ocupación (*enabling occupation*)²⁹ es aportar recursos, medios y oportunidades más que dar pautas, lo que nos invita a una profunda reflexión sobre nuestra práctica profesional.

Apoyándose en las consideraciones que acabamos de señalar, toda intervención se basa en el análisis de las características y necesidades de las personas, de sus ocupaciones y de los aspectos culturales, institucionales, físicos y sociales que suponen un obstáculo o facilitan el desempeño ocupacional. A partir de tal análisis, el terapeuta ocupacional diseña y pone en marcha planes de intervención, articulados alrededor de la ocupación como medio terapéutico, de carácter individual, grupal y/o comunitario.

Conclusiones

- Se denomina marco de referencia teórico al conjunto de teorías que organizan el conocimiento de un determinado ámbito de práctica, describiendo las relaciones entre hechos y conceptos y aportando una base conceptual coherente para la práctica profesional.
- Los marcos de referencia teóricos más comúnmente aceptados en la explicación de la enfermedad mental y que han tenido una mayor influencia en nuestra disciplina son: el médico, el psicoanalítico, el humanista y el cognitivo-conductual.
- Los modelos de práctica enlazan la teoría con la práctica. Son una representación simplificada de un sistema teórico que nos permite la organización del conocimiento para que sea aplicado en los diversos contextos de la praxis de la terapia ocupacional.
- El MOHO y el modelo canadiense son los que gozan de un mayor rigor científico, influencia y calado internacional.
- Sin embargo, otros modelos nos proporcionan interesantes visiones complementarias del desempeño ocupacional y sobre cómo el entorno social y cultural influye en él.

Bibliografía

- Romero D.M., Moruno P. *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Iagedorn R. *Occupational Therapy: perspectives and processes*, 1.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1995.
- King L.J. A sensory-integrative approach to schizophrenia. *Am J Occup Ther.* 1974;529–536.
- Allen C.K. *Occupational therapy for psychiatric disorders*, 1.^a ed. Boston: Little Brown; 1985.
- Duncan E. *Foundations for practice in occupational therapy*, 4.^a ed. London: Elsevier Churchill Livingstone; 2006.
- Brown C. What is the best environment for me? A sensory processing perspective. *Occup Ther Ment Health.* 2001;(3–4):115–125.
- Brown C., Tollefson N., Dunn W., Cromwell R., Filion D. The adult sensory profile: Measuring patterns of sensory processing. *Am J Occup Ther.* 2001;(1):75–82.
- Anthony W., Cohen M., Farkas M. *Psychiatric Rehabilitation*, 1.^a ed. Boston: Center

for Psychiatric Rehabilitation; 1990.

Anthony W.A., Liberman R.P. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. *Schizophr Bull.* 1986:542–559.

Liberman R.P. *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*, 1.^a ed. Barcelona: Martínez Roca; 1993.

Paganizzi L. *Terapia Ocupacional Psicosocial*, 1.^a ed. Buenos Aires: Polemos; 2007.

Leonardis O., Mauri D., Rotelli F. *La empresa social*, 1.^a ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1994.

Rodríguez A. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos crónicos*, 1.^a ed. Madrid: Piramide; 1997.

Nuechterlein K.H., Dawson M.E. A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophr Bull.* 1984:300–312.

Zubin J., Spring B. Vulnerability a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* (1965). 1977:103–126.

Early M.B. *Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant*, 1.^a ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2009.

Azima H., Azima F.J. Studies on perceptual isolation. *Dis Nerv Syst.* 1957:80–85.

Azima F.J., Azima H. Projective group therapy. *Int J Group Psychother.* 1959:176–183.

Azima F.J., Azima H. Outline of a Dynamic Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1959;(5):231–238.

Azima H., Azima F.J. The effects of Rauwolfia derivatives on schizophrenic states: a psychodynamic formulation. *Dis Nerv Syst.* 1959:165–167.

Azima H., Azima F.J. The effects of Rauwolfia derivatives on psychodynamic structure. *Psychiatr Q.* 1959:623–635.

Azima H., Durost H., Azima F.J. Psychoanalytic formulations of Reserpine on schizophrenic organization. *Arch Neurol Psychiatry (Chic).* 1959:662–670.

Azima H., Azima F.J. A theory of dynamic occupational therapy. *Am J Occup Ther.* 1959:215–221.

Azima H, Shagass C, Spindler J, Azima FJ. Psychodynamic alterations concomitant with intensive Meprobamate administration. *Dis Nerv Syst* 1959. Monograph, Supplement XX:5.

Fidler G.S., Fidler J.W. *Occupational Therapy: A Communication Process in Psychiatry*, 1.^a ed. New York: Macmillan; 1963.

Atkinson K., Wells C. *Creative Therapies- A psychodynamic approach within occupational therapy*, 1.^a ed. London: Amazon; 2000.

Moruno P. Abordaje grupal en terapia ocupacional: un caso clínico. In: Durante P., Noya B., Moruno P. *Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*. Barcelona: Masson, 2000.

Rogers C., Gendlin E.T., Kiesler J., Truax A. *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*, 1.^a ed. Madison WI: University of Wisconsin; 1967.

Kielhofner G.A. *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional*, 3.^a ed. Madrid: Panamerican; 2006.

Kielhofner G., Burke J.A. Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual framework and content. *Am J Occup Ther.* 1980:572–581.

Kielhofner G. A Model of Human Occupation, Part 2. Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *Am J Occup Ther.* 1980:657–663.

Kielhofner G. A Model of Human Occupation, Part 3. Benign and vicious cycles. *Am J Occup Ther.* 1980:731–737.

Kielhofner G., Burke J., Igi C. A Model of Human Occupation, Part 4. Assessment and intervention. *Am J Occup Ther.* 1980:777–788.

Kielhofner G. *Model of Human Occupation: Theory and Application*, 4.^a ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.

Kielhofner G.A. *Model of human occupations: theory and application*, 2.^a ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.

Nelson D.L. Occupation: Form and Performance. *Am J Occup Ther.* 1988;(10):633–641.

Moruno P. Modelo canadiense. In: Romero D.M., Moruno P. *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*. Masson: Barcelona; 2003:137.

Simó Algado S, Urbanowski R. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. TOG (A Coruña). [Revista en Internet]. 2006. [consultado el 20 de enero 2011]; 3(3): [27p]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf>

Townsend E.A., Polatajko H.J., Craik J., Davis J. Canadian Model of Client-Centred Enablement. In: Townsend E.A., Polatajko H.J. *Enabling occupation II: Advancing occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa ON: CAOT Publications; 2007:87–151.

Townsend E.A. Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend E.A., Polatajko H.J. *Enabling occupation II: Advancing occupational therapy vision*

for health, well-being and justice through occupation. Ottawa ON: CAOT Publications; 2007:87–151.

Autoevaluación capítulo 4

1. Según Romero y Moruno (2003), ¿cuál sería la definición de marco de referencia teórico?
 - a. El conjunto de teorías o conceptos congruentes entre sí que organizan el conocimiento de un determinado ámbito teórico.
 - b. El conjunto de teorías o conceptos congruentes entre sí que organizan el conocimiento de un determinado ámbito de práctica (o dominio de fenómenos), describiendo las relaciones entre hechos y conceptos y aportando una base conceptual coherente para la práctica terapéutica.
 - c. El conjunto de teorías o conceptos congruentes entre sí que no organizan el conocimiento de un determinado ámbito de práctica (o dominio de fenómenos), pero que ayudan a conocerlo.
 - d. Una base de experiencia coherente para la práctica terapéutica, que ofrece un conjunto de intervenciones para realizar con las personas.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *b*. El conjunto de teorías o conceptos congruentes entre sí que organizan el conocimiento de un determinado ámbito de práctica (o dominio de fenómenos), describiendo las relaciones entre hechos y conceptos y aportando una base conceptual coherente para la práctica terapéutica se denominan marcos de referencia teóricos.

La función principal de un marco de referencia teórico es describir los fenómenos de una determinada parcela de la realidad, aportando una explicación científica de éstos, explicación que organiza y justifica la práctica en ese ámbito. Otra función secundaria es que a partir de ellos se han desarrollado métodos de evaluación y técnicas de intervención que permiten aplicarlos en la praxis de la terapia ocupacional¹.

2. ¿Cuáles son los marcos de referencia teóricos más comúnmente aceptados en la explicación de la enfermedad mental?
 - a. Médico, derivado de la tradición de la medicina.
 - b. Psicoanalítico, establecido a partir de las teorías psicoanalíticas.
 - c. Humanista, procedente de la filosofía y psicología humanista.
 - d. Cognitivo-conductual, basado en las teorías del aprendizaje.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. Asumir un marco de referencia concreto como base teórica para nuestra práctica implica adoptar una perspectiva ética, ideológica y social respecto a los seres humanos, la enfermedad mental y sobre el papel de los profesionales de la

salud que trabajan con las personas que la presentan.

Por tanto, reflexionar sobre los principios teóricos en los que se sustenta nuestra práctica cotidiana no es una cuestión baladí.

Los marcos de referencia teóricos más comúnmente aceptados en la explicación de la enfermedad mental son los siguientes:

- Médico, derivado de la tradición de la medicina.
- Psicoanalítico, establecido a partir de las teorías psicoanalíticas.
- Humanista, procedente de la filosofía y psicología humanista.
- Cognitivo-conductual, basado en las teorías del aprendizaje.

3. En salud mental, dentro del marco de referencia teórico médico, existen varias aplicaciones. ¿Cuáles son?

- a. Neurociencia.
- b. Rehabilitación psicosocial.
- c. Marco de referencia teórico aplicado al trabajo grupal.
- d. La terapia centrada en el cliente.
- e. Sólo las respuestas a y b son correctas.

Correcta: *e*. Los autores proponen la clasificación de las aplicaciones del marco de referencia teórico médico en dos: neurociencia y rehabilitación psicosocial. En la primera el postulado central de estas teorías es que los fenómenos psíquicos, como los pensamientos o las emociones, son consecuencia y pueden explicarse a través del estudio de la actividad bioquímica y eléctrica en el cerebro. En la segunda se combinan principios y conceptos de la rehabilitación física, la terapia centrada en el cliente, la psicología cognitivo-conductual y la psiquiatría, definiéndose como un modelo ecléctico que emplea técnicas y principios asociadas con diversos marcos teóricos.

4. ¿La aplicación del marco de referencia teórico cognitivo-conductual en terapia ocupacional?

- a. Se articula básicamente alrededor de la descomposición de las ocupaciones, actividades y tareas objetivo último de la intervención en conductas simples, analizando la secuencia en que han de emitirse para alcanzar un comportamiento adaptado. Es decir, el análisis detallado de las conductas implicadas en el desempeño adaptado de ocupaciones permite identificar los objetivos a corto y medio plazo de la intervención.
- b. Se fundamenta en el supuesto de que la realización de tales actividades favorece la expresión y elaboración de los contenidos psíquicos de carácter inconsciente.
- c. Subraya la importancia del potencial de desarrollo innato, que Rogers

denomina potencial de autorrealización o autoactualización, que poseen los seres humanos

- d. Las reacciones e interpretaciones del sujeto respecto a su quehacer creativo, sostenidas en la relación transferencial con el terapeuta ocupacional, le ayudan a descubrir los contenidos inconscientes y las formas de vinculación a las personas y objetos.
- e. Todas son correctas.

Correcta: *a*. Las teorías del aprendizaje que se integran en el marco de referencia cognitivo-conductual han sido aplicadas ampliamente en terapia ocupacional, en particular en programas de modificación de conducta y de desensibilización, de entrenamiento de destrezas, de aprendizaje programado y de reestructuración cognitiva. El enfoque conductual se articula básicamente alrededor de la descomposición de las ocupaciones, actividades y tareas, objetivo último de la intervención en conductas simples, analizando la secuencia en que han de emitirse para alcanzar un comportamiento adaptado. Es decir, el análisis detallado de las conductas implicadas en el desempeño adaptado de ocupaciones permite identificar los objetivos a corto y medio plazo de la intervención. El encuadre preciso de dichos objetivos, establecidos mediante el proceso de evaluación y organizados temporalmente, permite el entrenamiento aislado y progresivo de las conductas integradas en el desempeño ocupacional.

5. ¿Cuál sería la función de los modelos de práctica?

- a. Su función principal es la de servir de puente entre la teoría y la práctica.
- b. Los modelos proporcionan representaciones mentales para comprender cómo las personas eligen, experimentan y realizan sus ocupaciones.
- c. Nos permiten interpretar los problemas a los que se enfrentan los individuos al desempeñar sus ocupaciones, proporcionándonos un armazón teórico para nuestra labor profesional.
- d. Facilitar la realización de actividades que favorezcan la expresión de contenidos inconscientes.
- e. a, b y c son correctas.

Correcta: *e*. Un modelo de práctica es una representación simplificada de un sistema teórico que nos permite organizar el conocimiento para aplicarlo en situaciones prácticas.

Su función principal es la de servir de puente entre la teoría y la práctica. Tal y como señala Kielhofner, los modelos proporcionan representaciones mentales para comprender cómo las personas eligen, experimentan y realizan sus ocupaciones. Nos permiten interpretar los problemas a los que se enfrentan los individuos al desempeñar sus ocupaciones, proporcionándonos un armazón teórico para nuestra labor profesional.

Los modelos publicados desde el origen de nuestra disciplina hasta el momento actual son muy numerosos, especialmente desde la década de 1980 hasta el día de hoy. Indiscutiblemente, la posibilidad de realizar una revisión detallada de todos estos modelos excede con mucho el contenido de este capítulo. Por tanto, es necesario hacer una selección de los más importantes para describir sus características. Los criterios que hemos elegido para seleccionarlos son: su ámbito de aplicación, en nuestro caso, la salud mental; el consenso sobre su excelencia en la literatura de terapia ocupacional; la consistencia interna y claridad de sus principios teóricos y de la metodología para su aplicación; el desarrollo de métodos y herramientas de evaluación basados en los modelos y, por último, su implantación y el desarrollo de líneas de investigación.

6. ¿Es el modelo de práctica canadiense un modelo basado en postulados médicos?
- Sí, su desarrollo se produce para curar las enfermedades en las que se fundamenta su práctica.
 - No, el concepto básico alrededor del que se articula este modelo es el de comportamiento ocupacional –clasificado dentro de las áreas de autocuidado, productiva y de ocio, tiempo libre y juego–, desarrollado a lo largo del ciclo vital del individuo hasta alcanzar un equilibrio ocupacional saludable.
 - No, su singularidad frente a otros modelos de práctica reside principalmente en sostener una perspectiva de la terapia ocupacional articulada alrededor de cuatro ideas básicas: la práctica centrada en el cliente, el desempeño ocupacional, la habilitación y la consecución de la salud, el bienestar y la justicia a través de la ocupación.
 - Sí, ya que su base fundamental se circunscribe a la recuperación de la función y la estructura corporal del ser humano como pieza clave para realizar las actividades.
 - Sólo a y b son correctas.

Correcta: *c*. Aunque de manera habitual en la literatura se hace referencia al modelo canadiense como si se tratase de una única estructura teórica, lo cierto es que la producción teórica realizada bajo el paraguas de la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional supone un esfuerzo ingente y constante de revisión, actualización y difusión. En su origen, el modelo canadiense fue fruto del trabajo de colaboración entre la CAOT y el Ministerio de Salud Nacional y de Bienestar Social (MSNBS), con el fin último de valorar los resultados de la aplicación de programas de terapia ocupacional en el sistema sanitario canadiense. Como resultado de este estudio, desde 1983 hasta 1993, se publicaron un conjunto de documentos en los que se integran los conceptos básicos que sustentan el denominado modelo canadiense del desempeño ocupacional (CMOP, en sus siglas en inglés). Recientemente, en el año 2007, se presentó la última actualización del modelo, en la que se incorpora el concepto de *engagement*, pasando así a denominarse como modelo canadiense del

desempeño e implicación ocupacional (CMOP-E). Sus orígenes nos indican que la práctica profesional es el referente último de este modelo; en él se propone una guía detallada para el ejercicio profesional, se desarrollan herramientas de evaluación y se perfilan líneas de investigación para contrastar su repercusión en la profesión.

Su singularidad frente a otros modelos de práctica reside principalmente en sostener una perspectiva de la terapia ocupacional articulada alrededor de cuatro ideas básicas: la práctica centrada en el cliente, el desempeño ocupacional, la habilitación y la consecución de la salud, el bienestar y la justicia a través de la ocupación.

- ¹ Para señalar dicha diferencia, Hagedorn (2) propone usar en el ámbito académico dos conceptos: marco de referencia primario y aplicado. Estos términos coincidirían con las distintas funciones que acabamos de reseñar. Para ampliar conocimientos remitimos al lector a los contenidos de este capítulo que se encuentran en el portal web de este libro.
- ² Debemos tener en cuenta que las teorías que constituyen los marcos de referencia provienen fundamentalmente de otras áreas de conocimiento, como la biología, la psicología, la medicina, la sociología, entre otras.
- ³ Adherirse a los principios de un marco concreto depende de múltiples factores, entre otros: la formación recibida, las tendencias y creencias de cada terapeuta, la institución en la que trabaja y las necesidades de la población tratada.
- ⁴ No pretendemos que la somera explicación de los marcos de referencia teóricos y sus aplicaciones que desarrollaremos aquí sea una revisión completa de sus principios. Somos conscientes de la parcialidad de nuestro resumen, debido principalmente a la extensión de los conocimientos que se integran en cada marco. Por ello, nos gustaría pedir disculpas anticipadas al lector por lo fragmentario de nuestra explicación, esperando que su parcialidad no la convierta en errónea.
- ⁵ Para ampliar esta información alentamos al lector a que consulte: Duncan E. Foundations for practice in occupational therapy. 4.^a ed. Londres: Churchill Livingstone; 2006. Moruno P, Cuesta C, Romero D. Marcos de referencia teóricos. En: Romero D, Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. Carrobbles JA. Análisis y modificación de conducta. Madrid: UNED; 1985.
- ⁶ Aunque resulta incierto si estas alteraciones son causa o efecto de la enfermedad.
- ⁷ Nos gustaría advertir que dominar las teorías y aplicaciones de la neurociencia requiere una formación especializada. Para su aplicación en terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental necesitamos una formación complementaria a la recibida en los planes de Grado universitarios.
- ⁸ Por tanto, parece ser que la idea de rehabilitación que manejamos en nuestro país se aproxima más a la concepción anglosajona, puesto que coloca el foco de atención en el individuo.

- 9 Por este motivo, es difícil insertar las propuestas teóricas de la rehabilitación psicosocial dentro de un marco de referencia teórico determinado. Primando sus vínculos con la teoría de la vulnerabilidad-estrés, hemos optado por incluirla en el marco de referencia teórico médico, aunque también podría incorporarse a otros marcos de referencia si primáramos otras influencias.
- 10 La intensidad del estrés ambiental desencadenante está en relación inversamente proporcional al grado de vulnerabilidad individual; así, a mayor vulnerabilidad individual menor intensidad del estrés ambiental y viceversa.
- 11 La utilización de los grupos en terapia ocupacional será abordada en el [Capítulo 18](#).
- 12 Podríamos incluso reflexionar sobre si es coherente asumir únicamente tales principios, dada la perspectiva holística que caracteriza a la terapia ocupacional.
- 13 En el portal web y asociado a los contenidos de este capítulo, el lector podrá acceder al documento sobre *Modelos de Práctica en desarrollo, en desuso y los de origen no anglosajón*.
- 14 El resumen que presentamos en este texto se apoya en el análisis comparativo de los contenidos expuestos en la tercera y cuarta edición del MOHO.
- 15 La Teoría General de Sistemas (TGS) postula que debemos reconocer el universo como un todo extenso, interconectado e interdependiente. Todo fenómeno del universo pertenece a dicho todo y comparte importantes aspectos con él. En consecuencia, la TGS tiene como objetivo identificar y explicar las propiedades que podemos encontrar en un amplio abanico de fenómenos, independientemente del tipo de sistema estudiado (Bertalanffy, 1968).
- 16 El concepto de heterarquía hace referencia a la organización de los sistemas según las demandas de las situaciones dadas, en oposición a una organización fija o previamente ordenada. Así, el comportamiento ocupacional a veces puede ser directamente motivado, otras fruto de la habituación y otras guiado por las exigencias de la tarea desempeñada.
- 17 Las citas textuales de la obra de Kielhofner han sido extraídas de las distintas ediciones del MOHO, en este caso de la tercera edición.
- 18 Las rutinas y patrones recurrentes del comportamiento individual se correlacionan con el contexto físico, temporal y sociocultural en el que cada sujeto se desenvuelve cotidianamente; de esta forma se generan y fijan determinados desempeños como consecuencia de la repetición, tanto de los contextos como del comportamiento.
- 19 Según Nelson (36), una forma ocupacional (*occupational form*) está integrada por el contexto, los objetos utilizados, la definición y el significado social de las actividades que se realizan y las maneras de llevarlas a cabo que se conocen dentro de una sociedad o una cultura.
- 20 «A composite sense of who one is and wishes to become as an occupational being generated from one's history of occupational participation».

- ²¹ Los subsistemas volitivo, de la habituación y la capacidad de desempeño pueden, asimismo, contribuir a la disfunción ocupacional, que habitualmente implica alguna combinación de alteraciones o problemas en varias de estas variables.
- ²² Por si sirve de aclaración, en ediciones anteriores del MOHO se describían el funcionamiento y la disfunción ocupacional como los extremos de un continuo en el que se diferenciaban distintos niveles. Respecto al funcionamiento se podía distinguir entre *exploración*, *competencia* y *logro*. La exploración constituía el nivel inicial de funcionamiento; definida como la investigación en un entorno seguro que permite al individuo descubrir su potencial para actuar y las características del entorno. La exploración promueve la competencia; esta última requiere adecuarse a las circunstancias personales y contextuales de una tarea para realizarla de forma adecuada. El logro es entendido como el esfuerzo por mantener y mejorar el desempeño en las ocupaciones con unos «estándares» adecuados. En el caso de la disfunción ocupacional se diferenciaba entre *ineficiencia* (reducción o interferencia en el desempeño satisfactorio de ocupaciones), *incompetencia* (incapacidad para el desempeño adecuado y rutinario de ocupaciones) e *impotencia* (total o casi total disrupción del desempeño de ocupaciones).
- ²³ Asimismo, el proceso terapéutico tiene como consecuencia cambios en la manera en que el sujeto hace, piensa y siente.
- ²⁴ La traducción al español de la palabra inglesa *engagement* es muy compleja, por lo que habitualmente se suele utilizar el término en la lengua original. En estas páginas la hemos traducido como «implicación», «compromiso» o «vinculación».
- ²⁵ Definido como «El resultado de la relación dinámica que se establece a lo largo de la vida entre la persona, el medio ambiente y la ocupación».
- ²⁶ Clasificada en el modelo (por los terapeutas ocupacionales canadienses) como: cuidado personal, productividad y ocio, en contraposición a la definición ofrecida por los terapeutas ocupacionales americanos: actividades de la vida diaria, trabajo y juego.
- ²⁷ Con este registro se introduce una perspectiva macrosocial (legislación, política, economía en el ámbito regional, provincial o internacional), habitualmente ausente en las descripciones del medio ambiente.
- ²⁸ Véase el apartado «La terapia centrada en el cliente».
- ²⁹ *Enabling* se refiere al proceso de posibilitar, capacitar, facilitar, guiar, promover, educar, animar, escuchar, entre otros.
- ¹ Para señalar dicha diferencia, Hagedorn propone usar en el ámbito académico dos conceptos: marco de referencia primario y aplicado. Estos términos coincidirían con las distintas funciones que acabamos de reseñar. Para ampliar conocimientos sobre este contenido remitimos al lector a los contenidos de este capítulo que se encuentran en el portal Web de este libro.

Parte II

Aspectos metodológicos

Evaluación ocupacional en salud mental

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Definición de evaluación ocupacional

Características genéricas de la evaluación ocupacional

Etapas de la evaluación ocupacional

Evaluación ocupacional inicial

Derivación

Screening o Cribado

Evaluación comprensiva

Procedimiento de evaluación

Diagnóstico ocupacional

Funciones de la evaluación ocupacional inicial

Evaluación continuada

Valoración de resultados

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Describir el proceso de evaluación ocupacional en salud mental.
- Identificar y distinguir las funciones de la evaluación ocupacional en salud mental.
- Identificar y explicar las características de las etapas que conforman el procedimiento de evaluación ocupacional en salud mental.
- Identificar y evaluar las variables que se exploran durante la evaluación ocupacional en el ámbito de la salud mental.

- Conocer las herramientas de evaluación más frecuentemente utilizadas durante la evaluación ocupacional en salud mental.
- Recoger, elaborar e interpretar los datos recogidos en el proceso de evaluación ocupacional inicial.

Introducción

La evaluación ocupacional supone la mayor parte de las ocasiones el principio de cualquier intervención en terapia ocupacional. Antes de dar inicio a su descripción, para comprender adecuadamente los contenidos de estas páginas, nos gustaría aclarar algunos aspectos relacionados con el proceso de evaluación.

Desde nuestro punto de vista, coincidiendo con las ideas de Rogers y Holm (1), el terapeuta ocupacional que se encuentra ante una nueva persona con la que va a iniciar su intervención no parte de cero al comenzar la evaluación; muy al contrario, posee una imagen arquetípica del sujeto al que se aproxima, más rica en matices cuanto más abundante sea la experiencia y formación acumulada por el terapeuta. Por regla general, la gama de conocimientos teóricos y habilidades prácticas que cada profesional pone en juego durante la evaluación y la intervención se forma, paulatinamente, como resultado de la interacción entre su experiencia y su formación teórica¹. Esta imagen se encuentra sujeta a un reajuste continuo, se ve enriquecida permanentemente por los fenómenos cotidianos que acontecen en el ejercicio de la profesión, así como por la formación continua del terapeuta. Si damos esta argumentación por buena, es evidente que los marcos de referencia teóricos y modelos de práctica que podemos manejar con ciertas garantías de éxito son limitados, puesto que su aplicación eficaz requiere consolidar nuestra formación en los modelos que aplicamos y acumular experiencia práctica de su uso.

Evaluar es, además de un procedimiento de recogida de información, *dar valor a algo*. Aquello a lo que damos valor durante la evaluación no es otra cosa que al conjunto de variables definidas a partir de los conceptos delimitados por la estructura teórica que dirige la evaluación. Es así como definimos en cada caso particular los problemas ocupacionales de un sujeto y sus posibles causas. Dicho de otra forma, los marcos de referencia teóricos y los modelos de práctica nos permiten, usando los términos empleados por Rogers y Holm (1), *dar sentido y definir* el problema, estructurándolo para guiar nuestra práctica y desarrollar posibles soluciones.

En resumen, el marco de referencia teórico o modelo de práctica adoptado por cada terapeuta da forma a la evaluación, determinando qué es aquello que se evalúa y las herramientas adecuadas para hacerlo. Dependiendo de la estructura teórica que adoptemos, nuestra evaluación se ocupará de unos aspectos, dándoles mayor importancia que a otros; también los métodos empleados para realizarla serán diferentes, así como las estrategias y las técnicas utilizadas durante la intervención (v. [capítulo 14](#)).

Como es fácil adivinar, las alternativas para hacer frente a este afán son numerosas, tantas como referentes teóricos admitamos (v. [capítulo 4](#)). Por este motivo, para describir de manera eficaz las características y las particularidades de la

evaluación ocupacional, debemos adoptar un sistema teórico que nos permita definir las variables exploradas y el razonamiento subyacente al proceso de evaluación. Si no hiciésemos esto acabaríamos extraviándonos en la descripción de las numerosas variables que contemplan cada uno de los marcos de referencia teóricos y modelos de práctica, lo que haría inviable desarrollar los contenidos de este capítulo en un espacio razonable. Elegir la estructura teórica que sirva de referencia para describir el proceso de evaluación no es una tarea sencilla, pero, aun así, creemos que no podemos eludir dicha selección si deseamos que este capítulo sea útil.

Durante los últimos años numerosas líneas de investigación, desde perspectivas y ámbitos muy distintos, han permitido alcanzar cierto grado de consenso respecto a los criterios que definen y delimitan el dominio de nuestra disciplina. Podríamos atrevernos a asegurar que tal acuerdo, si es que realmente existe, se resume en las propuestas de la primera edición del *Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos* (2), entre cuyos objetivos encontrábamos definir el dominio que concierne a la terapia ocupacional: «afirmar y articular más claramente el enfoque singular de la terapia ocupacional sobre *la ocupación y las actividades de la vida diaria*». En su segunda edición, publicada en 2008 (3), se mantiene esta intención, afirmando que el eje central alrededor del que giran las propuestas del documento es consolidar las creencias centrales de la profesión; a saber: la relación positiva entre la ocupación y la salud y su visión de las personas como seres ocupacionales: «Toda persona necesita ser capaz de, o aportarle los medios para capacitarla para, implicarse en ocupaciones que necesite o elija, para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar» (p. 625).

En estos textos el énfasis se coloca en el concepto de *desempeño ocupacional* (*occupational performance*), noción clave alrededor de la cual se articulan las intervenciones en nuestra disciplina. Podemos definir desempeño ocupacional como la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana incluidas en las áreas de ocupación: actividades de la vida diaria (AVD) –también llamadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades personales de la vida diaria (PADL) – ; actividades relacionadas con el sueño y descanso; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); actividades educativas; actividades laborales; actividades de ocio y tiempo libre, de juego, y actividades de participación social. Dicho de otra forma, desempeño ocupacional hace referencia a la realización y finalización de una actividad u ocupación, elegida previamente por el individuo, resultado de una transacción dinámica entre el sujeto, el contexto o entorno y la actividad (3).

En consecuencia, la evaluación ocupacional se centra en identificar aquellas actividades que son significativas para un sujeto, las que desea o necesita hacer o las que corresponden a su estadio evolutivo.

Esta opinión puede verse corroborada si revisamos las propuestas de los

principales textos y autores de terapia ocupacional, que defienden una práctica centrada en las áreas de ocupación que tenga, como objetivo último, la consecución del desempeño ocupacional funcional del sujeto². En esta línea de trabajo, en el documento publicado por la World Federation of Occupational Therapists (4) se describen 28 definiciones de terapia ocupacional, elaboradas en países diferentes; la mayor parte de ellas incluyen los conceptos de desempeño ocupacional, áreas, componentes y contextos de desempeño como nociones centrales que estructuran nuestros conocimientos teóricos y la práctica profesional³.

Desde esta aproximación teórica, la identificación del perfil ocupacional del sujeto evaluado y de los factores individuales y contextuales que influyen en el desempeño ocupacional en las áreas de ocupación constituye el eje central de la evaluación. El desempeño de las actividades de las áreas de ocupación –articuladas en una combinación singular para cada sujeto, lo que las dota de significado – , está estrechamente relacionado con el contexto en el que se lleva a cabo, que determina tanto el rendimiento requerido para cada actividad concreta, como la integración de las capacidades, destrezas y patrones de desempeño que son necesarias para afrontar con éxito las demandas de cada actividad. De esta forma, el desempeño ocupacional de una persona no puede entenderse cabalmente sin considerarlo inscrito en un entramado físico, social, cultural, temporal, espiritual y virtual que lo conforma y del cual no puede dissociarse.

Basándonos en estos argumentos, proponemos una evaluación ocupacional centrada en determinar las características del desempeño ocupacional de un sujeto en las áreas de ocupación, concibiéndolo como el resultado de la interacción entre los factores del cliente (estructuras y funciones corporales y psicológicas) y sus patrones y destrezas de desempeño, con el contexto o contextos en que tiene lugar. Esta interacción determina el significado de cada actividad realizada y el rendimiento requerido y, por tanto, las demandas de las actividades que se ponen en juego para llevarlas a cabo. Las relaciones entre estas variables para cada sujeto evaluado nos permitirán determinar los problemas que presenta en el desempeño ocupacional, así como las condiciones con los que tales problemas están relacionados o los mantienen.

Esta perspectiva concuerda con los planteamientos formulados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (5), en la que se establece que tanto las limitaciones o dificultades en el desempeño de actividades como las restricciones o problemas en la participación pueden considerarse alteraciones del desempeño ocupacional⁴.

Dicho esto, nos gustaría aclarar que nuestro propósito al sugerir esta propuesta como guía para la evaluación ocupacional no es otro que hacer posible su descripción y clarificar cómo se organiza y estructura el proceso de evaluación, tomando como referente las variables que hemos expuesto en párrafos anteriores.

No deseamos en ningún caso que nuestra elección se entienda como excluyente de otras opciones. Por el contrario, la hemos seleccionado porque creemos que

permite incorporar conceptos y evidencias de otras áreas de conocimiento, aquellas que con mayor frecuencia se utilizan en el ámbito de práctica de la salud mental. Es más, tal y como se explicita en el propio documento: «debe ser usado en conjunción con aquellos conocimientos y evidencias relevantes para la terapia ocupacional»⁵.

En definitiva, creemos que puede ser de utilidad siempre que en su aplicación tratemos de integrar aquellos conocimientos de diferentes áreas de saber (verbigracia: de la medicina, la psicología, la sociología, el psicoanálisis, el arte, la antropología, entre otros) que puedan aportar explicaciones relevantes sobre los problemas en el desempeño ocupacional del ser humano.

Desde esta perspectiva proponemos utilizar en este capítulo el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos (3)* para describir la evaluación ocupacional, puesto que nos permitirá emplear un referente y lenguaje común para establecer las variables contempladas en ella y el razonamiento clínico subyacente a la evaluación⁶.

Definición de evaluación ocupacional

Abreviadamente podemos definir evaluación ocupacional como «el procedimiento sistemático de adquisición de información a través del cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado» (6).

Esta definición genérica pretende integrar los diversos cometidos, dimensiones y objetos de análisis de la evaluación ocupacional. La evaluación ocupacional puede centrarse en individuos, familias, grupos, comunidades, organizaciones o poblaciones (7), o en un programa de intervención, y realizarse con diferentes propósitos. Así, podemos distinguir la evaluación ocupacional cuya función principal es el diseño y aplicación de una intervención individual; aquella que tiene una finalidad preventiva o promotora de la salud, que persigue identificar el potencial y las capacidades de un sujeto o las dificultades potenciales o posibles necesidades ocupacionales de un individuo en el futuro; la que permite orientar respecto a determinadas necesidades ocupacionales (p. ej., educativas o laborales); aquella que persigue colaborar con el establecimiento de un diagnóstico médico e, igualmente, aquella que no se centra exclusivamente en el sujeto y explora el entorno (físico, social o cultural), una comunidad o grupo, una organización y actividades o programas.

Cuando la evaluación ocupacional se centra en la planificación e implementación de una intervención individual —es decir, aquella que se orienta al cambio ocupacional de un individuo —, hace referencia a un proceso global de recogida y análisis de información, que se desarrolla de forma paralela a la intervención, y posibilita que elaboraremos hipótesis sobre las dificultades presentes o potenciales en cada una de las áreas de ocupación y las condiciones que las producen y mantienen⁷. Tales hipótesis nos permiten, a su vez, concretar y organizar los objetivos de la intervención y seleccionar las estrategias y los métodos con los que promover la ocupación y prevenir, eliminar, remediar o compensar las dificultades ocupacionales del individuo evaluado.

Asimismo, la evaluación ocupacional nos facilita valorar las intervenciones realizadas, con el objetivo de contrastar su efectividad, eficacia y eficiencia, para modificarlas o ajustarlas cuantas veces sea necesario.

En resumen, la evaluación ocupacional hace referencia a un proceso global de recogida y análisis de información que tiene lugar en distintos momentos de nuestro ejercicio profesional y hace posible la toma de las decisiones necesarias en nuestro quehacer como terapeutas ocupacionales.

Características genéricas de la evaluación ocupacional

El procedimiento de evaluación ocupacional, tal y como acabamos de delimitarlo, se concibe como un proceso dinámico que persigue identificar, delimitar, describir y explicar las alteraciones ocupacionales actuales o potenciales de un individuo, adoptando una perspectiva en la que se contemplan las relaciones entre las múltiples causas que pueden ocasionar dichas alteraciones, mediante la adquisición de información relevante de forma sistemática y circular (6,8).

La evaluación que proponemos se adjetiva con el término ocupacional, que la distingue y define frente a otras formas de evaluación. Es decir, complementando otras formas de evaluar, explora la naturaleza, condición y evolución del perfil ocupacional de un sujeto, referente último de la evaluación.

Por un lado, respecto a la *naturaleza* del perfil o faceta ocupacional del sujeto, explora *aquello que hace*, las capacidades, destrezas y patrones de desempeño necesarios para realizarlo, el conjunto de notas características que adquiere ese quehacer y el sentido último que el individuo otorga a sus acciones.

Como defendíamos en otra publicación (6), la evaluación del estatus ocupacional de un individuo integra dos esferas complementarias, que podríamos denominar *extrínseca e intrínseca* de la ocupación. La primera hace referencia a las características de una ocupación, con independencia del agente que la lleve a cabo. Por ejemplo, una persona que trabaje como auxiliar administrativo realiza una ocupación que, en principio, implica un conjunto de acciones comunes a muchos auxiliares administrativos (en contraste con otras ocupaciones laborales), acciones que requieren determinadas destrezas y capacidades básicas, como calcular, escribir o expresarse. Asimismo, la ocupación de auxiliar administrativo está asociada con un determinado significado social y cultural propio del contexto particular en el que tiene lugar. Es decir, cada ocupación tiene una determinada *forma* que nos permite distinguirla y nombrarla en el léxico de la cultura a la que pertenece.

No obstante, el desempeño o realización (*perform*) de cualquier ocupación adquiere su singularidad cuando consideramos al sujeto que la realiza y el contexto concreto en el que se desempeña. Siguiendo con el ejemplo anterior, la manera concreta en que se lleve a cabo nos permitirá distinguir a dos auxiliares administrativos en dos puestos diferentes, dado que en su desempeño están implicados diferentes patrones, capacidades y destrezas, así como un significado social y cultural diferente en cada caso, dependiendo del contexto. A éstas nos referimos cuando hablamos de *características intrínsecas*, que, si bien no son específicas de la ocupación, hacen referencia a la singularidad y particularidad en su

desempeño para un sujeto. Además, debemos considerar que trabajar como auxiliar administrativo tiene un significado (*meaning*) determinado para quien desempeña esa labor (ya sea por fines económicos, preferencias personales o cualquier otra razón), que justifica en último término el desempeño de esta actividad.

En definitiva, captar el perfil ocupacional de un sujeto implica identificar, delimitar y describir el entrecruzamiento de las características extrínsecas e intrínsecas de las ocupaciones que éste realiza, entrelazado singular para cada sujeto evaluado, que conforma una unidad irreductible e inexplicable apelando a sus componentes disociados.

Por otro lado, la evaluación de la *condición* del estatus ocupacional supone su comparación con algún patrón, ya sea evolutivo, normativo o subjetivo, que sirva de referencia para enjuiciar su idoneidad o alteración. Para determinar el área o áreas con limitaciones, los déficits que pueden estar relacionados con la presencia de tales limitaciones y las expectativas respecto al desempeño ocupacional futuro, debemos establecer una referencia con la que comparar la situación actual. Este referente suele ser el *estatus ocupacional premórbido* del individuo, también puede ser útil *el estadio de desarrollo evolutivo*, las *expectativas socioculturales* en lo que se refiere al comportamiento ocupacional y las *personales* respecto al desempeño ocupacional futuro. Por tanto, la evaluación debe contemplar cuáles han sido y en qué medida han cambiado las actividades que el sujeto realizaba cotidianamente, su historia educativa y laboral, las actividades que a lo largo de su experiencia vital ha realizado en su tiempo de ocio, juego o aquellas que dan forma a su participación social. Asimismo, podemos considerar si el patrón ocupacional pasado era adecuado al desarrollo evolutivo del sujeto y si era satisfactorio para él y su entorno. Así, la comparación del estatus ocupacional actual con el patrón que sirve de referencia posibilita circunscribir las alteraciones del desempeño ocupacional que presenta o potencialmente puede presentar un individuo.

En tercer lugar, la evaluación ocupacional se caracteriza por seguir una secuencia que la estructura y regula; es decir, por su *sistematización*. Las propuestas respecto al ordenamiento del proceso de evaluación son diversas y evidencian problemas complejos que conciernen a la singularidad de nuestra profesión. Es obvio que los postulados y presupuestos inherentes a nuestra disciplina se ponen en juego durante el proceso de evaluación ocupacional. En otras palabras, las variables que exploramos y el proceso elegido para realizar la evaluación evidencian distintas formas de entender al ser humano y el valor terapéutico de la ocupación.

Trombly (9) plantea que el escaso conocimiento y apreciación de la terapia ocupacional tanto en los círculos profesionales como para el público en general puede estar relacionado con el proceso de evaluación. En general, la población desconoce que los terapeutas ocupacionales intervienen cuando las personas padecen alteraciones en la realización de sus actividades cotidianas. Esta situación es consecuencia de la incongruencia entre la demanda formulada por el paciente, el

procedimiento de derivación a terapia ocupacional, la intervención y sus resultados. Frecuentemente, quien acude a terapia ocupacional no solicita él mismo directamente la intervención, lo más habitual es que sea derivado por otro profesional, que puede explicar o no al sujeto el motivo y los objetivos que se persiguen. En estas circunstancias es posible que no conozca cuál es la razón por la que es remitido a terapia ocupacional, lo que le impide relacionar sus problemas en el desempeño con nuestra intervención. Si en esta situación evaluamos siguiendo un procedimiento que la autora denomina *de abajo arriba* –en el que se exploran en primer lugar las capacidades o destrezas que son prerequisite para el desempeño– dificultamos sobremanera que el individuo relacione o conecte dicha evaluación con sus problemas cotidianos en la realización de las actividades que son significativas para él. De esta forma, la evaluación, los objetivos y los resultados no son congruentes con las metas del paciente ni con las razones percibidas para acudir al terapeuta ocupacional. El resultado último es la falta de satisfacción y la confusión respecto a lo que puede aportar nuestra intervención.

Para salvar estas dificultades, propone un procedimiento de evaluación que siga un *sentido de arriba hacia abajo* («top-down approach»), evaluando en primer lugar aquellas actividades y roles significativos para el sujeto, para «descender» a continuación a los patrones, destrezas y capacidades que sustentan su realización.

Esta organización del proceso de evaluación prima el desempeño ocupacional frente a los componentes implicados en él, colocando las relaciones entre las alteraciones en el desempeño ocupacional y la salud en un lugar preeminente. El énfasis se coloca en la realización de aquellas actividades que el individuo necesita o desea hacer en su vida cotidiana. Por tanto, implica considerar el significado subjetivo y el contexto en que las actividades tienen lugar como elementos esenciales del proceso de evaluación, aunque no rechaza la exploración de los componentes de desempeño que estén relacionados con los problemas para la realización eficaz de tales actividades.

En contraste con esta perspectiva, la evaluación que sigue un *sentido de abajo arriba* («bottom-up approach») refleja más claramente los principios de otras disciplinas, que centran principalmente su interés en la evaluación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas (síntomas, capacidades y conductas), ya que los consideran la causa principal de los problemas del individuo. Su interés se dirige al déficit en los mecanismos somáticos y psicológicos que subyacen a los problemas de desempeño y, por tanto, no tiene por qué considerar prioritarios los aspectos contextuales o subjetivos asociados con el desempeño ocupacional.

Christiansen y Baum (10) han propuesto como alternativa a las dos anteriores un método («environment first») en el que se evalúe, en primer lugar, el entorno, especialmente en aquellos encuadres en los que el contexto determina o es una parte esencial de la intervención. Verbigracia: cuando los terapeutas ocupacionales trabajan con niños con trastornos por déficit de atención e hiperactividad o dificultades del

aprendizaje y su intervención se centra en el diseño de las aulas, para modificar la estimulación sensorial; o en aquellos casos en que se enfatiza la modificación del entorno, para mejorar la seguridad en las residencias de ancianos o cuando se emplean tecnologías o ayudas técnicas para las personas con discapacidades físicas.

Ante estas alternativas, Gutman (11) preconiza una secuencia que se adecue a las características de cada caso abordado, en el encuadre de práctica en que trabaja el terapeuta ocupacional. Desde esta propuesta no debemos utilizar únicamente una orientación, sino combinar las tres modalidades –«top-down», «bottom-up» y «environnement first»– dependiendo de cada caso evaluado. De cualquier forma, la secuencia *arriba-abajo* de la evaluación es celebrada por numerosos autores en la literatura sobre terapia ocupacional, puesto que refleja más fielmente los principios y presupuestos de nuestra disciplina, en oposición a otras perspectivas más mecanicistas (Kramer, 2003 [12]; Duncan, 2006 [13]; Christiansen y Baum [10]).

Por último, enjuiciar la *evolución* de la faceta ocupacional es posible gracias a que la evaluación ocupacional es concebida como un *proceso de tipo circular*, que tiene lugar en distintos momentos y de forma cíclica a lo largo de la intervención. Consecuentemente, podemos distinguir tres momentos en los que entra en juego la evaluación, lo que nos permite nombrarla como *evaluación inicial, continuada y valoración de resultados*. Podemos esquematizar esta concepción circular del proceso de evaluación, en la [figura 5.1](#), inspirándonos en la propuesta de Creek (14).



Fig. 5.1 La evaluación ocupacional como un proceso circular.

Corregido de Moruno (1998).

Etapas de la evaluación ocupacional

El estudio y la descripción de los fenómenos que acontecen durante la práctica se han realizado desde dos aproximaciones diferentes: aquella que se centra en la formulación de etapas y la que profundiza en el análisis de las operaciones cognitivas que en ella tienen lugar (esta última concibe la evaluación ocupacional como un proceso de resolución de problemas). Desde la primera perspectiva, durante la evaluación ocupacional podemos distinguir, *grosso modo*, tres etapas: evaluación inicial, continuada («ongoing assesment») y valoración⁸.

Estos puntos de vista permiten dos tipos de análisis diferenciados y complementarios que, conjuntamente, nos ayudan a aclarar los fenómenos que estructuran y ordenan la práctica en terapia ocupacional. Por ello, a continuación, examinaremos las características del proceso de evaluación ocupacional contemplando estos enfoques; es decir, formulando diferentes etapas y describiendo el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional en cada una de ellas⁹.

Evaluación ocupacional inicial

Al iniciar cada nuevo caso realizamos una serie de acciones encaminadas a determinar los problemas ocupacionales de un sujeto y sus posibles causas, para elaborar un plan de intervención inicial. Dichas acciones nos permiten recopilar datos, por medio de la consulta de diferentes fuentes de información, técnicas y herramientas de evaluación. Estas técnicas, herramientas y fuentes aportan información de índole cuantitativa y/o cualitativa, objetiva y/o subjetiva, gracias a la interacción directa con el sujeto evaluado o de forma indirecta sin entrar en contacto con él, por medio de herramientas que pueden estar o no estandarizadas. Cuestionarios, autoinformes, autorregistros, entrevistas, observación, mediciones, actividades con fines diagnósticos, reuniones de equipo, informes de otros profesionales, reuniones familiares, registros de huella, entre otros, son procedimientos habituales durante la evaluación inicial¹⁰.

Esta fase se conoce como *evaluación inicial* y es un requisito ineludible en cualquier intervención. Constituye una etapa esencial de la práctica, puesto que a partir de ella se generan las explicaciones provisionales que sirven de eje alrededor del cual se articula el resto del procedimiento terapéutico.

Dependiendo de los autores y textos consultados, podemos distinguir tres fases en la evaluación inicial:

- Derivación.
- *Screening* o cribado.
- Evaluación comprensiva.

Describiremos a continuación las características de cada una de estas fases y del razonamiento clínico que tiene lugar en ellas.

Derivación

El punto de partida de una intervención es, la mayoría de las veces, la *derivación* del caso por parte de otro profesional. De esta forma, la derivación sirve de puente entre los distintos agentes del proceso terapéutico, el paciente y el terapeuta ocupacional. En multitud de ocasiones se realiza a través de un formato o protocolo específico, especialmente cuando nuestra labor tiene lugar en instituciones. No obstante, ésta no es la única modalidad que puede utilizarse para incluir a un paciente en un servicio de terapia ocupacional, también es habitual que la derivación sea realizada por un comité de admisión. Éste está formado por diferentes representantes de las profesiones que constituyen el equipo de cada institución.

Las funciones del comité de admisión pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Enjuiciar si un paciente requiere o necesita nuestra intervención en el programa o institución.
- Determinar los programas específicos más adecuados para cada caso remitido.
- Realizar el seguimiento de la evolución del plan terapéutico; resultados, progresos y alta.

El terapeuta ocupacional, como integrante del equipo, participará en el comité de admisión para la evaluación, planificación y seguimiento de los casos.

El empleo de esta modalidad para remitir a un individuo al programa de terapia ocupacional permite asegurar un verdadero abordaje coordinado y multidisciplinario. De esta forma, la metodología seguida y los programas o actividades diseñados desde el departamento de terapia ocupacional estarán interconectados con el conjunto del equipo, tanto en la decisión respecto a la admisión del paciente como en la determinación de los programas específicos y en la posterior evolución y seguimiento del caso.

Por desgracia, como adelantábamos anteriormente, la forma más habitual de derivación es la utilización de un protocolo, mediante el uso de una *hoja de solicitud de terapia ocupacional*¹¹. En esta hoja de solicitud suelen reseñarse los siguientes datos: filiación del sujeto, nombre, edad, sexo, fecha, motivo de consulta, diagnóstico psiquiátrico (en el caso de que lo hubiese) y estado de salud general (cuadro clínico, gravedad y curso de la enfermedad, entre otros), expectativas de la intervención (motivo de la derivación y agente que la realiza), indicaciones de terapia ocupacional y, en la mayor parte de los casos, la ocupación del sujeto.

Respecto al razonamiento clínico que sigue a la obtención de la información reseñada en tal documento, una lectura atenta nos permitirá constatar la ausencia de

cualquier dato imprescindible; si no estuviese especificado, completaríamos la información consultando las fuentes pertinentes en cada caso (el responsable que realizó la solicitud).

Recabados todos los datos necesarios, determinamos la pertinencia de la derivación. Decidimos si el problema que presenta el sujeto requiere la intervención de un terapeuta ocupacional¹², si las expectativas del agente que solicita la intervención concuerdan con los servicios ofertados dentro del recurso y si la coyuntura actual permite la incorporación del individuo al departamento. Posteriormente, durante el *screening*, se determina la predisposición del sujeto para ser tratado, su aceptación y compromiso respecto a lo que se le propone desde terapia ocupacional y su posible cumplimiento de los programas (6). Tomadas estas decisiones, en el caso de rechazar la derivación, debemos redactar un informe en el que se recojan las razones que nos han conducido a tomar esta medida y remitirlo a quien competa. Si admitimos la derivación, la evaluación ocupacional continúa con el *screening*.

Screening o cribado

La principal función del *screening* es determinar la necesidad de realizar una evaluación detallada que haga posible una intervención futura. Su particularidad más destacada es que nos permite valorar la situación del individuo de una forma *rápida* y global, proporcionándonos pistas sobre aquellas áreas de ocupación en las que la persona presenta problemas. Gracias a él podemos empezar a circunscribir el área o áreas en las que el sujeto presenta las principales dificultades para, posteriormente, durante la evaluación comprensiva, explorarlas con mayor exhaustividad y detenimiento. Dependiendo de la prueba o fuente de información seleccionada para llevarlo a cabo identificaremos:

- Aquellas actividades de las áreas de ocupación en las que el sujeto presenta alteraciones, limitaciones o restricciones. Delimitaremos de esta forma las dificultades que está experimentando el individuo en las actividades que desea o necesita hacer.
- Aquellas actividades de las áreas de ocupación conservadas, en las que el sujeto no presenta problemas para realizarlas.
- Una panorámica global de la faceta ocupacional del sujeto antes de presentar la enfermedad: actividades realizadas habitualmente, grado de competencia requerido, o destrezas.
- Los deseos, las necesidades y las expectativas (tanto del individuo como de su entorno más próximo), que configuran las características de su desempeño ocupacional en el futuro.

Respecto al proceso de toma de decisiones, siguiendo la propuesta de Reed y Sanderson (15), podemos distinguir cinco acciones fundamentales:

- Selección del instrumento o instrumentos de *screening* consistentes con el modelo conceptual empleado.
- Aplicación y recogida de datos.
- Registro de cualquier otra información relevante no ligada directamente con la herramienta usada.
- Interpretación de los datos obtenidos.
- Resumen de las conclusiones.

Durante el *screening* pueden comenzar a bosquejarse las hipótesis que guían y estructuran la posterior evaluación comprensiva. Por tanto, el análisis e interpretación de la información recogida supone un paso crucial en el proceso de toma de

decisiones que estructura el razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional.

Las hipótesis elaboradas durante el *screening* condicionan las estrategias y herramientas útiles para completar la evaluación, en la medida en que identifican los problemas detectados y las variables relacionadas con ellos. De esta forma podemos decidir la continuación del proceso con la evaluación formativa o comprensiva.

Neistad (16) nos sugiere diversos procedimientos para realizar el *screening* –con duraciones comprendidas entre 20-30, 30-40 y 40-60 minutos – , dependiendo del tiempo disponible para llevarlo a cabo en el encuadre en el que se desarrolla nuestra práctica. Como ya hemos definido anteriormente, el objetivo es evaluar la situación del paciente de una forma rápida y global, lo cual debe proporcionarnos pistas sobre las áreas de ocupación deficitarias o que se encuentran alteradas. En determinados casos, dependiendo de la extensión del *screening* también podremos obtener datos sobre los contextos de desempeño y los patrones, destrezas y capacidades que están relacionados con el desempeño en las áreas de ocupación. En estas ocasiones aumenta su utilidad, puesto que indican o descartan posibles causas de las alteraciones que presenta el individuo.

Basándonos en las opciones que propone Neistad (16), cuando desarrollamos nuestra labor en el ámbito de la salud mental, el *screening* puede realizarse de diferentes formas. Una opción es elaborar un cuestionario en el que se recoja información básica sobre las áreas de ocupación, así como de la enfermedad que presenta el sujeto (si es el caso). Una segunda opción es emplear una actividad sencilla, con fines diagnósticos, que nos permita observar de forma directa el desempeño, incorporando determinadas demandas o requerimientos para su realización que deseemos explorar de manera específica. También podemos diseñar una entrevista breve con el paciente, que puede ser un método útil para obtener la información necesaria. Otra opción es aplicar alguna herramienta de evaluación de las que se encuentran disponibles en el mercado, siempre que sea posible su aplicación en el tiempo del que disponemos. Si tenemos muchas limitaciones de tiempo, es viable dividir el *screening* en pequeñas pruebas de corta duración, de forma que obtengamos la información necesaria en varias sesiones.

La elaboración del cuestionario, el diseño de la entrevista o de la actividad diagnóstica y la selección de las herramientas de evaluación deben ajustarse necesariamente a las características de la población en el encuadre de práctica en el que desarrollamos nuestro trabajo, es decir, si trabajamos con niños o adolescentes las preguntas estarán determinadas por la edad del individuo, puesto que no tendría sentido explorar el área del trabajo en estos casos. También podemos incorporar preguntas que traten de identificar los principales síntomas o circunstancias familiares o personales que condicionan el desempeño. Para la elaboración de estas preguntas nuestro conocimiento de los cuadros clínicos más comunes de la población que atendemos y de las alteraciones en el desempeño que suelen presentar puede ser de gran utilidad.

Nos gustaría advertir que estas opciones tienen únicamente como propósito orientar al lector, puesto que el diseño o selección concreta de la modalidad del *screening* que usemos en nuestra práctica cotidiana debe basarse en un análisis de las características de los pacientes evaluados y del encuadre en el que desarrollemos nuestra labor.

Aunque creemos que es preferible seleccionar alguna de las opciones que acabamos de proponer, de acuerdo con Neistadt (16), también es posible realizarlo por medio de una entrevista breve con los allegados u otras personas relevantes u obtener la información necesaria a través de informes de otros profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros). Asimismo, si en el encuadre en el que desarrollamos nuestra práctica no tenemos limitaciones de tiempo, es posible emplear pruebas de evaluación del funcionamiento ocupacional global (cuadro 5.1). Una vez finalizado el *screening*, la evaluación inicial continúa con la etapa que hemos denominado evaluación comprensiva.

Cuadro 5.1 Propuestas de pruebas estandarizadas para completar el *screening*

Herramientas de evaluación del funcionamiento ocupacional global^a

- Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional: COPM (Law et al, 1998)
- Entrevista Histórica de la Ejecución Ocupacional: OPHI II (Kielhofner et al, 1998)
- Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale: OCAIRS (Deshpande et al, 2002)
- Evaluación del Funcionamiento Ocupacional: AOF (Watts JH et al, 1986)
- Perceived Efficacy and Goal Setting System: PEGS (Missiuna C et al, 2004)
- Cuestionario Ocupacional (Smith, Kielhofner y Watts, 1986)
- Listado de Roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985).
- Índice de actividades (IA) y Escala de Actividades Significativas (EAS) (Gregory, 1983)
- Autoevaluación Ocupacional (OSA) (Kielhorner, 2006)
- Construcción Temporal Barth (Barth, 1987)
- Configuración de Actividades (Cynkin y Robinson, 1991)
- Evaluación de las Destrezas Cotidianas Kohlman (KELS; McGourty, 1978, 1979)
- Cuestionario de Satisfacción Ocupacional (Yerxa et al, 1988)
- Adolescent Role Assessment (ASA) (Black MM, 1973)
- Role Change Assessment (Jackoway et al, 1987)

- The Bay area Functional Performance Evaluation: BaFPE (Bloomer, Williams, 1979)
- Árnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation: A-ONE (Árnadóttir, 1990)
- Child Health Questionnaire: CHQ (Landgraf et al, 1999)
- Functional Autonomy Measurement System: SMAF (Desrosiers et al, 1995)
- Pediatric Evaluation of Disability Inventory: PEDI (Feldman et al, 1990)
- Medida de la Independencia Funcional: MIF (UDSMR, 1993)
- Assessment of Motor and Process Skills: AMPS (Fisher, 1995)
- Inventario de Tareas Habituales: RTI-2 (Allen et al, 1992)
- Evaluación de las destrezas cotidianas para la independencia (Jonson y Vinnicombe, 1980)
- Evaluación de las Destrezas de la Vida Diaria: PASS (Rogers y Holm, 1989, 1994)
- Test of Grocery Shopping Skills (Hamera y Brown, 2000)
- Escala de actividades de la vida diaria Klein Bell (Klein y Bell, 1970, 1982)
- Evaluación de las destrezas de la Vida Diaria Milwaukee: MEDLS (Leonardelli, 1987)
- Maguire's Trilevel ADL Assessment (Maguire, 1985)
- Evaluación de las destrezas y recursos en la vida cotidiana: ALSAR (Williams et al, 1991)
- Evaluación de la cocina Rabideau Revisada: RKE-R (Neistadt, 1992)
- Cuestionario de la Satisfacción en la Ejecución: SPSQ (Yerxa, Burnett-Beaulieu, Stocking y Azen, 1988)
- Evaluación del Potencial de Rehabilitación Pre-Vocacional (Ethridge, 1968)
- The Test of Grocery Shopping Skills (Brown et al, 2009)
- Model of Human Occupation Screening Tool: MOHOST (Parkinson, Forsyth y Kielhofner, 2006)
- Adaptive Behavior Assessment System-Second Edition: ABAS-II (Harrison y Oakland, 2006)
- Role Change Assessment (Rogers y Holm, 1995)
- Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE)
- Activity Card Sort: ACS (Baum y Edwards, 2004)

^a Estas son sólo algunas de las pruebas que se podrían utilizar para adquirir datos en la fase de *screening*; las seleccionadas están estandarizadas pero también se podrían emplear no estandarizadas siempre que se gestionen de forma adecuada.

Evaluación comprensiva

Durante la evaluación comprensiva tratamos de *captar y describir* de forma detallada las interrelaciones entre las diferentes dimensiones que conforman los problemas en el desempeño ocupacional del individuo evaluado. Es decir, tratamos de identificar las alteraciones en el desempeño ocupacional en las áreas de ocupación –aquello que el sujeto necesita o desea hacer y tiene dificultades para realizar – , así como los factores que actúan como apoyos o barreras al desempeño. El razonamiento diagnóstico del terapeuta ocupacional permite completar este proceso (v. [capítulo 14](#)).

Si, tal y como hemos propuesto, tomamos como referente el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominios y procesos* (3), los parámetros que se tienen en cuenta durante la evaluación comprensiva son: áreas de ocupación, patrones y destrezas de desempeño, factores del cliente, demandas de la actividad y contextos de desempeño.

Para conocer con detalle las variables que acabamos de citar, el lector debe consultar el documento de la página web, en el que se describen pormenorizadamente las definiciones y la clasificación que propone el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional* a la hora de realizar la evaluación.

El establecimiento de relaciones explicativas entre, por una parte, las áreas de ocupación ([tabla 5.1](#)) y, por otra, los patrones y destrezas de desempeño, los factores del cliente, las demandas de la actividad (v. [cuadro 5.2](#)) y los contextos en que tales actividades tienen lugar (v. [tabla 5.1](#)) nos permitirá circunscribir e interpretar las alteraciones en el desempeño ocupacional de un individuo, así como las condiciones con las que están relacionadas¹³. Éste es el objetivo último de la evaluación comprensiva.

Tabla 5.1 Variables a explorar durante la evaluación comprensiva

Áreas de la ocupación ^a	
Actividades de la vida diaria (AVD)	Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Las AVD también se denominan actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades personales de la vida (APVD). Estas actividades son fundamentales para vivir en sociedad, permiten la supervivencia y el bienestar. Conforman esta área las siguientes actividades: bañarse, ducharse, cuidado del intestino y la vejiga, vestirse, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, actividad sexual, aseo e higiene en el inodoro
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Actividades de soporte o apoyo a la vida diaria en el hogar y en la comunidad, que a menudo requieren interacciones más complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado implicadas en las AVD. Conforman el área las siguientes actividades: para el cuidado de los otros (incluyendo seleccionar y supervisar a cuidadores), cuidado de mascotas, de crianza de los niños, de gestión de la comunicación, para la movilidad en la comunidad, gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, para el establecimiento y gestión del hogar, la preparación de la comida y la limpieza,

	religiosas, para el mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia y compras
Descanso y sueño	Conjunto de actividades relacionadas con lograr un sueño y/o descanso reparador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación. Conforman esta área las siguientes actividades: descansar, dormir, prepararse para el sueño y participación en el sueño
Educación	Actividades necesarias para el aprendizaje. Conforman esta área las siguientes actividades: de participación en la educación formal, de exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales (más allá de la educación formal) y de participación en la educación personal informal
Trabajo	Actividades necesarias para implicarse en un empleo remunerado o actividades de voluntariado. Conforman esta área las siguientes actividades: de búsqueda y adquisición de empleo, rendimiento en el trabajo/empleo, de preparación y ajuste para la jubilación/retiro, de exploración para el voluntariado y de participación como voluntario
Juego	Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión. Conforman esta área las siguientes actividades: de exploración del juego y de participación en el juego.
Ocio y tiempo libre	Actividades no obligatorias e intrínsecamente motivadas, en las que se participa durante un tiempo discrecional, tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como laborales, de autocuidado o descanso. Conforman esta área las siguientes actividades: de exploración del ocio y de participación en el ocio
Participación social	Patrones de comportamiento organizados característicos o que se supone que posee un individuo o se asocian a una posición determinada dentro de un sistema social. Conforman esta área las siguientes actividades: de participación en la comunidad, participar en actividades que resultan en una interacción con éxito en la comunidad (es decir, barrio, vecindad, organizaciones, trabajo, colegio), de participación en la familia y de participación con compañeros, amigos

Patrones, destrezas, contextos y factores del cliente	
Contextos y entornos	Cultural: Costumbres, creencias, patrones de actividad, estándares de comportamiento y expectativas aceptadas por la sociedad de la cual se es miembro
	Personal: El contexto personal incluye la edad, el género, el nivel socioeconómico y el nivel educativo.
	Temporal: Incluye las etapas de la vida, el momento del día o del año, la duración y el ritmo de la actividad o la historia personal
	Virtual: Escenario en el que la comunicación se produce a través de ordenadores y en ausencia de contacto físico
	Físico: Ambiente natural y construido (no humano), incluyendo los objetos dentro de él, como, por ejemplo, terreno, edificios, muebles, herramientas o dispositivos, etc.
	Social: Se construye a través de la presencia, relaciones y expectativas de las personas, organizaciones y poblaciones
Características del cliente	Valores: Principios, normas, cualidades que el individuo que los posee desea y da valor
	Creencias: Contenido cognitivo (ideas o principios) que se considera verdadero
	Espiritualidad: La búsqueda personal para comprender las respuestas a las preguntas fundamentales sobre la vida, sobre el significado y lo sagrado
	Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo (incluyendo las funciones psicológicas). Clasificadas en: funciones mentales; sensoriales y del dolor; neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento; de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio; de voz y el habla; de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino; genitourinarias y reproductivas; de la piel y estructuras relacionadas

	Estructuras corporales: Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como órganos, extremidades y sus componentes (que sostienen las funciones corporales). Clasificadas en: estructura del sistema nervioso, oídos y las estructuras relacionadas; las implicadas en la voz y el habla; de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio; las relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino; las relacionadas con el aparato genitourinario y sistema reproductor; las relacionadas con el movimiento; piel y las estructuras relacionadas con ella
Destrezas	Destrezas motoras y praxis: <i>Motoras:</i> Acciones o comportamientos que utiliza un individuo para moverse e interaccionar físicamente con las tareas, objetos, contextos y entornos, incluye planificar, secuenciar y ejecutar movimientos nuevos y novedosos. <i>Praxis:</i> Organización de secuencias temporales de acciones dentro de un contexto espacial, que forman ocupaciones significativas
	Destrezas sensoriales-perceptivas: Acciones o comportamientos que utiliza un individuo para localizar, identificar y responder a sensaciones y para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar eventos sensoriales basados en la discriminación de experiencias a través de una variedad de sensaciones que incluyen las visuales, auditivas, propioceptivas, táctiles, olfativas, gustativas y vestibulares
	Destrezas de regulación emocional: Acciones o comportamientos que utiliza un individuo para identificar, manejar y expresar sus sentimientos mientras participa en actividades o interacciona con otros
	Destrezas cognitivas: Acciones o comportamientos que utiliza un individuo para planificar y gestionar el desempeño de una actividad
	Destrezas de comunicación y sociales: Acciones o comportamientos que utiliza un individuo para comunicarse e interaccionar con otros en un ambiente interactivo

Patrones, destrezas, contextos y factores del cliente	
Patrones de desempeño	Rutinas: Patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijos, repetitivos y que proveen de estructura a la vida diaria
	Rituales: Acciones simbólicas que tienen un significado, contribuyendo a la identidad y al fortaleciendo de valores y creencias
	Roles: Conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden ser conceptualizados y definidos posteriormente por el individuo
	Hábitos: Comportamiento automático que es integrado en patrones más complejos y que le permite a las personas funcionar día a día. Los hábitos pueden ser de utilidad, dominantes o perjudiciales, o bien servir de apoyo o limitar con el desempeño en las áreas de ocupación.

^a En esta tabla las «áreas de ocupación» están organizadas de acuerdo a las definiciones que la Asociación Americana de Terapia Ocupacional incorpora en el documento *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso* (2.^a ed., 2008). Para descripciones y definiciones completas, consulte este documento o su traducción al castellano (2010).

Cuadro 5.2 Demandas de la actividad

Tomada del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2.^a ed., 2008).

Los aspectos de una actividad en los que se incluyen los objetos y sus propiedades, el espacio, las demandas sociales, la secuencia y ritmo, las acciones y habilidades requeridas y las funciones y estructuras corporales necesarias para llevar a cabo la actividad.

- Objetos y sus propiedades
- Demandas del espacio (se relacionan con el entorno físico)
- Demandas sociales (se relacionan con el entorno social y contexto cultural)
- Secuencia y ritmo
- Acciones requeridas y destrezas de desempeño
- Funciones corporales requeridas
- Estructuras corporales requeridas

En resumen, durante la evaluación comprensiva determinamos la combinación singular de factores que causan o mantienen las restricciones o limitaciones en el desempeño ocupacional del sujeto evaluado. Dicho de otra forma, determinamos los cambios en los sistemas y funciones corporales –que han aparecido como consecuencia de la enfermedad – ; en las destrezas –ya sea porque no han sido adquiridas o porque se han deteriorado o perdido – ; en los de patrones de desempeño –su desorganización, falta de consolidación o presencia de patrones disruptivos – , y en el contexto o contextos –debidos a modificaciones del entorno físico, social, cultural o a cambio en el ciclo vital, jubilación, trabajo o estudios que afectan a la realización eficaz de las actividades que individuo necesita o desea hacer. El terapeuta ocupacional relaciona las características del individuo, de su entorno y de las demandas de la actividad con la imposibilidad, restricción o reducción de su capacidad de desempeño.

En definitiva, el terapeuta ocupacional, a lo largo de la evaluación comprensiva, establece hipótesis que relacionan las alteraciones en el desempeño ocupacional en cada área con los déficits en las capacidades, las destrezas y los patrones de desempeño y con las características y los cambios en los contextos en los que esas actividades se realizan.

Procedimiento de evaluación

Desde un punto de vista diacrónico, la evaluación comprensiva sigue un procedimiento a través del cual se adquiere la información de forma sistemática. Los procedimientos para recabar datos sobre el individuo y su situación ocupacional pueden ser muy diversos, hasta el punto de que frecuentemente cada terapeuta ocupacional desarrolla rutinas propias dependiendo del encuadre en el que desarrolla su trabajo.

No obstante, Neistadt (17) propone una secuencia general para proceder en la recopilación de información que puede servirnos de guía. Esta secuencia se organiza en los siguientes pasos:

- Revisar informes previos (médicos, psicológicos, sociales, entre otros.).
- Entrevistarse con el sujeto y sus allegados.
- Observar las áreas de desempeño ocupacional prioritarias del usuario.
- Evaluar las destrezas de las actividades que presentan problemas de desempeño ocupacional.
- Sintetizar y resumir los datos recabados durante la totalidad del proceso de evaluación.

Siguiendo este procedimiento genérico, es recomendable consultar fuentes de información que podemos denominar *indirectas* –en la medida en que no es necesaria la presencia del sujeto para la obtención de la información– antes de entrar en contacto con él.

Entre las fuentes de información indirectas más frecuentemente utilizadas podemos citar: la historia clínica y los informes de otros profesionales (médicos, psicólogos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, educadores, entre otros), registros de enfermería, reuniones de equipo, autoinformes y autorregistros, registros de huella (vídeos, diarios, fotografías, entre otros) y pruebas estandarizadas (o protocolos clínicos). Gracias a estas fuentes podemos recabar abundante información de forma rápida e invirtiendo poco tiempo: datos sobre el estado general de salud, el inicio de la enfermedad, su evolución, el número de ingresos, pronóstico, otras intervenciones recibidas con anterioridad; sobre aspectos físicos, sociales y culturales del ambiente del sujeto, dónde vive, con quién, si se mantendrán las condiciones de vivienda, la red social y apoyo social, características de la comunidad de referencia, núcleo y relaciones familiares, la calidad de sus relaciones, formación académica, nivel cultural, estado laboral, aspectos económicos y datos sobre sus capacidades motoras, sensoriales, cognitivas o aspectos psicológicos, obtenidos de herramientas de evaluación estandarizadas aplicadas por otros profesionales. La

riqueza y variedad de la información recabada dependerá de la disponibilidad y precisión de las fuentes de información indirectas que podamos consultar.

La principal ventaja de seguir esta secuencia reside en la mayor rapidez y eficiencia del proceso global de evaluación; la obtención de datos a través de fuentes indirectas es más rápida y menos costosa y nos permite anticipar y focalizar la información buscada antes del contacto con el individuo. No obstante, debemos conocer y tratar de combatir el riesgo de sesgo que puede causar la revisión previa de estas fuentes, dado que podría generar prejuicios durante la evaluación (6).

Una vez consultadas las fuentes indirectas recabamos información a través de las que podemos denominar *fuentes directas de información*, en la medida en que ésta se obtiene en contacto directo con el sujeto evaluado. Las fuentes directas de información más relevantes son: la entrevista ocupacional, las distintas modalidades de observación y las herramientas de evaluación estandarizadas aplicadas por el terapeuta ocupacional durante la evaluación¹⁴.

La información obtenida por medio de estas fuentes posibilitará:

- Captar, a través de su narración personal, la percepción subjetiva de los problemas ocupacionales del sujeto. Además, podremos identificar las prioridades y deseos del individuo con relación a su futuro.
- Elaborar hipótesis sobre el desempeño ocupacional de aquellas actividades en las que el sujeto presenta dificultades, tratando de conectar dichas dificultades con los patrones, destrezas y capacidades del sujeto, en el contexto o contextos en que las lleva a cabo (barreras y facilitadores para el desempeño).

En lo que respecta a las herramientas de evaluación estandarizadas, su uso nos permitirá obtener puntuaciones de diferentes variables, especialmente de las destrezas y factores del cliente que puedan encontrarse alterados¹⁵. Su empleo puede servirnos para profundizar en el análisis de las destrezas y capacidades que afectan al desempeño ocupacional, evaluando con exactitud aquellos aspectos que puedan interferir en la realización con éxito de las actividades. Asimismo, los registros de las puntuaciones obtenidas mediante el uso de diversas herramientas estandarizadas al inicio de la evaluación pueden servirnos de línea base para contrastar la eficacia posterior de la aplicación del programa de intervención.

Consultando en este orden las distintas fuentes de información aumentamos la efectividad de una evaluación inicial sistemática y basada en datos empíricos¹⁶.

Este planteamiento general del procedimiento de evaluación es, a grandes rasgos, concordante con la propuesta del *Framework*, en el que se distinguen las etapas de evaluación, intervención y estimación de resultados. Asimismo, se esbozan dos grandes ejes alrededor de los cuales gira la evaluación inicial: la elaboración del *perfil ocupacional* del sujeto y el análisis de su desempeño¹⁷.

Para identificar pormenorizadamente el procedimiento de evaluación que se

propone en el *Marco*, el lector debe consultar el documento de la página web, en el que se describe con detalle el proceso.

Diagnóstico ocupacional

Como veremos detalladamente en el [capítulo 14](#), dedicado al razonamiento clínico y profesional del terapeuta ocupacional en salud mental, podemos concebir el *diagnóstico ocupacional* como una herramienta que nos ayuda a *ordenar y clarificar los resultados de la totalidad del proceso de evaluación inicial*, lo que nos permite mejorar la planificación e implementación de nuestra intervención. Esto es así gracias a que aporta un *esquema diagnóstico propio de la terapia ocupacional*¹⁸ que contribuye a *una mejor aprehensión de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional*.

En el diagnóstico ocupacional se incluyen los componentes básicos que nos permiten planificar la intervención. Este esquema conceptual, formulado por Rogers y Holm (1), está formado por cuatro componentes integrados:

- El componente descriptivo: relación y descripción del conjunto de actividades en las que un sujeto presenta problemas para su desempeño funcional.
- El componente explicativo: conjunto de hipótesis formuladas por el terapeuta para explicar la causa o naturaleza de cada condición, situación o problema.
- Los indicios (*cues*): evidencias que conducen a una conclusión sobre la existencia del problema y las hipótesis que las explican; es decir, aquellos indicadores asociados con las hipótesis que se plantean como causas de los problemas.
- La información diagnóstica adicional: aporta datos adicionales que pueden influir o estar relacionados con el problema ocupacional.

En el componente descriptivo se detallan las alteraciones que presenta el sujeto en su desempeño ocupacional. Por su parte, el componente explicativo es una hipótesis sobre las causas de tales alteraciones. Además, la descripción de los indicios (*cues*) –sensoriomotores, cognitivos, psicológicos, afectivos y contextuales– relacionados con tal hipótesis nos permite operativizar las variables para valorar el resultado de la intervención (v. un ejemplo de diagnóstico ocupacional en la [tabla 14.2](#)).

En la medida en que el diagnóstico relaciona un problema con su posible causa, nos permite establecer las metas que deben alcanzarse, así como discutir las y pactar un contrato terapéutico, formular e implementar estrategias de intervención y valorar su eficacia a la vista de los resultados obtenidos. En definitiva, el diagnóstico ocupacional, resultado del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional, permite describir y ordenar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo, formulando un conjunto de hipótesis tentativas respecto a los factores potencialmente relacionados con sus dificultades, de tal manera que, a partir de él, podemos

planificar una intervención orientada a solucionarlos.

Funciones de la evaluación ocupacional inicial

Estamos plenamente de acuerdo con Creek (14) cuando sostiene que la evaluación inicial es el primer paso que acometemos cuando abordamos un nuevo caso en nuestro quehacer profesional. Basándonos en la interpretación y organización de la información recogida en ella, podemos identificar los problemas que el sujeto presenta, establecer los objetivos para la intervención y diseñar un plan eficaz para alcanzarlos. En otras palabras, podemos establecer, como regla general, que la evaluación inicial es la base y sostén de cualquier intervención.

Ahora bien, nos gustaría aclarar que es habitual que en la práctica encontremos excepciones a cualquier regla. Nunca deberíamos confundir fines con medios; la evaluación es *siempre* un medio, no un fin en sí misma, por tanto debe ajustarse a las particularidades de cada caso abordado, teniendo *siempre* como referencia el sujeto que está siendo evaluado. Es relativamente corriente que abordemos casos en los que la persona ya ha sido evaluada con anterioridad y no desea pasar de nuevo por este proceso. Es bien conocido que, para quien la recibe, el arranque de una intervención puede convertirse en un proceso largo, repetitivo, tedioso e invasivo, cuando el individuo es evaluado por un profesional tras otro de los que componen el equipo. Con menor frecuencia podemos encontrarnos con personas que acuden a nuestro servicio con una idea muy clara de cuáles son sus necesidades y los objetivos que desean alcanzar y, por tanto, no desean someterse a una evaluación extensa y pormenorizada, puesto que la consideran agresiva o irrelevante. También podemos encontrar casos en los que la urgencia de la intervención reste importancia –si es que no la anula– al papel de la evaluación o que ésta sea insoportable para el sujeto en el momento inicial (como es el caso de algunos trastornos paranoides). En estas circunstancias es aconsejable postergar su realización para más adelante.

Esta reflexión puede permitirnos modificar la regla antes expuesta: la evaluación inicial debe considerarse en cada caso de acuerdo con el propósito de la derivación, la naturaleza del servicio ofrecido y las características idiosincrásicas del paciente.

A pesar de lo dicho, podemos afirmar que la evaluación inicial es una etapa central de la práctica, en la medida en que a partir de ella es posible:

- Interpretar los problemas y necesidades del sujeto evaluado, elaborando las hipótesis iniciales sobre el caso.
- Establecer un punto de arranque, una línea base del funcionamiento ocupacional del sujeto, con la que contrastar la posterior evolución del caso.
- Elaborar un plan inicial de intervención, en el que se integran los objetivos iniciales planteados.
- Seleccionar las estrategias, métodos y perfilar los espacios terapéuticos y programas

en los que será incluido inicialmente el sujeto.

También debemos considerar que la evaluación inicial constituye el primer contacto del sujeto con el terapeuta ocupacional, el departamento de terapia ocupacional y, en muchos casos, con la disciplina o la red de atención a las personas que presentan una enfermedad mental. Desde nuestro punto de vista, el establecimiento de un buen contacto con el individuo en este encuentro inicial es muy importante de cara a la posterior evolución y eficacia de la intervención. La *relación terapéutica*, que comienza a construirse en este momento, es un elemento de gran relevancia a lo largo de la intervención.

La finalización del proceso de evaluación inicial depende de múltiples circunstancias, asociadas con el encuadre de la práctica, con el propio terapeuta ocupacional y con el tipo de paciente evaluado. Siguiendo la propuesta de Creek (14), podemos establecer cuatro criterios genéricos para determinar el momento en el que se da por concluida la evaluación inicial:

- Las características de la institución en que se inserta el programa de terapia ocupacional.
- El encuadre o *setting* de la intervención.
- Las características singulares del paciente evaluado (cómo soporta la exploración).
- La urgencia de la intervención.

El producto tangible de la evaluación inicial es un *informe de evaluación* en el que se resumen las conclusiones obtenidas a lo largo de la totalidad del proceso. Básicamente, en este informe se reseñan los resultados de la evaluación inicial; es decir: las alteraciones del desempeño ocupacional del sujeto evaluado y las hipótesis que han sido formuladas en relación con sus dificultades. En la elaboración de este informe, la organización de la información que aporta el diagnóstico ocupacional es de gran provecho (v. [capítulo 7](#)).

Evaluación continuada

La evaluación ocupacional es un proceso continuo de recogida y análisis de información que tiene lugar a lo largo de todo el proceso de práctica. Por tanto, continuaremos recabando información durante la participación del sujeto en los programas y espacios terapéuticos pactados, así como en las revaluaciones periódicas estipuladas para cada caso. Ello nos permite modificar nuestras hipótesis y ajustar nuestra intervención. A la obtención de información en estos momentos se la ha denominado evaluación continuada (*ongoing assesment*). Revisemos sucintamente sus características básicas.

A lo largo de la gestión de cada caso analizamos de forma periódica el plan de intervención diseñado inicialmente, basándonos en los resultados obtenidos según vayan teniendo lugar. Por un lado, de forma paralela y simultánea a la aparición de cualquier dato relevante durante su implementación, tiene lugar una apreciación de su valor en la escena global del caso. Por otro, también se establecen revisiones del caso, estipuladas de forma periódica dependiendo del encuadre de práctica. Estos dos momentos en los que entra en juego nuevamente la evaluación nos permiten ajustar y reestructurar, tantas veces como sea necesario, el plan de intervención que hemos planificado. A estas dos modalidades de la evaluación ocupacional se les denomina evaluación continuada. Las revisiones del caso son las que otorgan especialmente a la evaluación ocupacional su carácter circular, dado que al revisar la evolución comparamos el desempeño ocupacional actual del sujeto con el que poseía al inicio del proceso de intervención¹⁹.

Valoración de resultados

Finalmente, la apreciación o estimación final del proceso terapéutico de forma global ha sido denominada *valoración de resultados individuales* de la intervención. Tanto las revisiones periódicas del cada caso como la valoración final de los resultados consisten, básicamente, en contrastar la línea base fijada en la evaluación inicial con el estado del sujeto en el momento en el que se realiza cada una de estas revisiones. De esta forma, podremos enjuiciar la mejora, el estancamiento o, si es el caso, el empeoramiento del desempeño ocupacional del individuo y, por ende, la eficacia de nuestra intervención. En el [capítulo 6](#) revisaremos con mayor profundidad las características generales del proceso de valoración de resultados y programas de intervención.

Conclusiones

- Evaluación ocupacional *es el procedimiento sistemático de adquisición de información a través del cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado.*
- Además de un procedimiento de recogida de información, evaluar supone *dar valor a algo*. Aquello a lo que damos valor durante la evaluación no es otra cosa que al conjunto de variables y las relaciones establecidas entre ellas, definidas a partir de los conceptos delimitados por la estructura teórica que dirige la evaluación. Por tanto, la evaluación ocupacional está conformada por el marco de referencia teórico o modelo de práctica en el que nos apoyemos en nuestra práctica profesional.
- El razonamiento clínico y profesional del terapeuta ocupacional es el sostén de la evaluación ocupacional. El esquema que aporta el diagnóstico ocupacional nos permite ordenar la información obtenida para planificar una intervención con mayores probabilidades de éxito.
- El sentido de nuestra práctica cotidiana pasa, entre otras opciones, por realizar una evaluación ocupacional lo más adecuada posible. Este paso que en ocasiones algunos consideran tedioso e, incluso, secundario, es el puntal de nuestra práctica. Es inviable desarrollar nuestra profesión sin definir claramente los problemas en el desempeño ocupacional de las personas con las que interactuamos y, para ello, es imprescindible la evaluación ocupacional.

Bibliografía

Logers J.C., Holm M.B. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 1991;(11):1045–1053.

American Journal of Occupational Therapy. . Occupational Therapy practice framework: Domain and process. *Am J Occup Ther.* 2002;(6):609–639.

American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *Am J Occup Ther.* 2008:625–683.

World Federation of Occupational Therapists. Definitions of occupational therapy from Member Countries [monografía en Internet]. 9.^a ed. Alberta: World Federation of Occupational Therapists; 2010. [revisado el 18 octubre 2010]. Disponible en http://www.wfot.org/office_files/DEFINITIONS%20%20DRAFT9%202009-2010.pdf.

Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento,*

de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: OMS: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

Moruno P., Evaluación, Ocupacional, En: Romero D., Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas, 1.^a ed. Barcelona:Masson; 2003.

Townsend E., Polatajko H. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE; 2007.

Moruno P., Romero D.M. Actividades de la vida diaria, 1.^a ed. Barcelona:Masson; 2006.

Trombly C. Anticipating the future: assessment of occupational function. *Am J Occup Ther.* 1993;(3):25–27.

Christiansen C., Baum C. Occupational Therapy. performance, participation and Well-Being, 3.^a ed. Thorofare:Slack; 2005.

Gutman S.A., Mortera M.H., Hinojosa J., Kramer P. Revision of the occupational therapy practice framework. *AmJ Occup Ther.* 2007;(1):119–126.

Kramer P., Hinojosa J., Royeen B.C. *Perspectives in human occupation: Participation in life*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

Duncan E. Foundations for practice in occupational therapy, 4.^a ed. London:Elsevier Churchill Livingstone; 2006.

Creek J. Occupational Therapy and Mental Health, 4.^a ed. Edinburgh:Churchill Livingstone; 2008.

Reed K., Sanderson S. Concepts of occupational therapy, 4.^a ed. Baltimore:Lippincott Williams and Wilkins; 1999.

Neistadt M. Occupational therapy evaluation for adults: a pocket guide, 1.^a ed. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins; 2000.

Autoevaluación capítulo 5

1. ¿Qué es evaluar?

- a. Un procedimiento de recogida de información que da valor a algo.
- b. Es el proceso de recogida de datos en el que se supone que se establecen las de hipótesis generalizadas.
- c. Es el proceso de recogida de datos en el que se establecen hipótesis generalizadas.
- d. Todas son falsas.
- e. Sólo a y c son correctas.

Correcta: *a*. Evaluar es, además de un procedimiento de recogida de información, dar valor a algo. Aquello a lo que damos valor durante la evaluación no es otra cosa que al conjunto de variables y las relaciones establecidas entre ellas, definidas a partir de los conceptos delimitados por la estructura teórica que dirige la evaluación.

2. ¿Cómo se define desempeño ocupacional?

- a. Como la acción del ser humano para mantener hábitos.
- b. El conjunto de actividades que realizamos para realizar nuestro trabajo.
- c. La capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. incluidas en las áreas de ocupación.
- d. La sensación de competencia ocupacional que tiene una persona para realizar una o varias actividades.
- e. La capacidad del ser humano para poder seleccionar las actividades que quiere realizar.

Correcta: *c*. Podemos definir desempeño ocupacional como la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana incluidas en las áreas de ocupación; a saber: actividades de la vida diaria (AVD) –también llamadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades personales de la vida diaria (APVD)–; actividades relacionadas con el sueño y descanso; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); actividades educativas; actividades laborales; actividades de ocio y tiempo libre, de juego, y actividades de participación social. Dicho de otra forma, desempeño ocupacional es realizar y completar una actividad u ocupación, elegida previamente por el individuo, como resultado de una transacción dinámica entre el sujeto, el contexto o entorno y la actividad.

3. ¿Cómo se define evaluación ocupacional?

- a. Una fase de procedimiento sistemático de adquisición de información.

- b. Procedimiento sistemático de recogida de información a través del cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado.
- c. Un proceso lineal de recogida de información.
- d. Todas las anteriores son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Podemos definir evaluación ocupacional como el procedimiento sistemático de adquisición de información a través del cual interpretamos la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto evaluado. Esta definición genérica pretende integrar los diversos aspectos, cometidos e, incluso, los diferentes objetos de análisis de la evaluación ocupacional. La evaluación ocupacional puede centrarse en un individuo, en una población u organización o en un programa de intervención y realizarse con diferentes propósitos. Así, podemos distinguir la evaluación ocupacional cuya función principal es el diseño y aplicación de una intervención individual; aquella que tiene una finalidad preventiva o promotora de la salud, que persigue identificar el potencial y las capacidades de un sujeto o las dificultades potenciales o posibles necesidades ocupacionales de un individuo en el futuro; la que permite orientar al sujeto respecto a determinadas necesidades ocupacionales (p. ej., educativas o laborales); aquella que persigue colaborar con el establecimiento de un diagnóstico médico, e, igualmente, aquella que no se centra exclusivamente en el sujeto y explora el entorno (físico, social o cultural), una comunidad o grupo, una organización y actividades o programas.

4. ¿Cuáles son las etapas de la evaluación ocupacional?
- a. Evaluación ocupacional inicial, continuada y valoración de resultados y programas.
 - b. Evaluación ocupacional continua y final.
 - c. Valoración inicial y final.
 - d. Las respuestas a, b y c son correctas y, además, se incluye la fase de intervención.
 - e. Sólo a, b y c son correctas.

Correcta: *a*. El estudio y descripción de los fenómenos que acontecen durante la práctica ha sido realizado desde dos aproximaciones diferentes: aquella que se centra en la formulación de etapas y la que profundiza en el análisis de las operaciones cognitivas que en ella tienen lugar (esta última concibe la evaluación ocupacional como un proceso de resolución de problemas). Desde la primera perspectiva, en la evaluación ocupacional podemos distinguir, grosso modo, tres etapas: evaluación inicial, continuada (*ongoing assessment*) y valoración. Estos puntos de vista permiten dos tipos de análisis diferenciados y complementarios que, conjuntamente, nos

ayudan a aclarar los fenómenos que estructuran y ordenan la práctica en terapia ocupacional.

5. ¿Es el diagnóstico ocupacional el resultado de la evaluación ocupacional?
- No, sólo es el resultado de la evaluación ocupacional inicial.
 - Sí, y sólo se podrá obtener al finalizar las tres partes de las que consta la evaluación ocupacional.
 - No, el diagnóstico ocupacional no existe.
 - El diagnóstico ocupacional es una fase que no guarda relación con la evaluación ocupacional.
 - Ninguna es correcta.

Correcta: *a*. Podemos concebir el diagnóstico ocupacional como una herramienta que nos ayuda a ordenar y clarificar los resultados de la totalidad del proceso de evaluación ocupacional inicial, lo que nos permite a su vez mejorar la planificación e implementación de nuestra intervención. Esto es así gracias a que aporta un esquema diagnóstico propio de la terapia ocupacional que contribuye a una mejor aprehensión de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional. El diagnóstico ocupacional es el resultado de la evaluación ocupacional inicial.

- ¹ Experiencia acumulada en los *escenarios de práctica* –aquellos encuadres en los que el terapeuta ha desarrollado su labor profesional a lo largo del tiempo–. Respecto a la formación teórica, ésta se proyecta en el modelo de práctica en el que el terapeuta se apoye.
- ² Sin afán de ser exhaustivos podemos reseñar, entre las referencias a la literatura emparentadas con esta misma perspectiva, los textos de Creek (1997 y 2002); Kielhofner (2002 y 2004); Punwar y Peloquin (2000); Reed y Sanderson (1999); Romero y Moruno (2003); Moruno y Romero (2006); Hagedorn (1995, 1997 y 2001); Christiansen y Baum (2005); Turner (1996); Crepeau, Cohn y Schell (2003); Clark (1991), y Mosey (1986).
- ³ Entre las principales asociaciones de terapia ocupacional, la American Occupational Therapy Association, el British College of Occupational Therapy y la Canadian Association of Occupational Therapy, han publicado documentos y directrices que apoyan esta perspectiva.
- ⁴ «El calificador de desempeño/realización describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual. Como el contexto/entorno actual incluye un contexto social, el desempeño/realización puede también ser entendido como “el acto de involucrarse en una situación vital” o “la experiencia vivida” de las personas en el contexto real en el que viven». (p. 13).
- ⁵ «It is not a taxonomy, theory, or model of occupational therapy and therefore must be used in conjunction with the knowledge and evidence relevant to occupation and occupational therapy». (p. 625).

- 6 Véase el documento sobre el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional* en la página web.
- 7 A partir de este momento haremos referencia a la evaluación ocupacional refiriéndonos a aquella cuyo cometido principal es la elaboración e implementación de un plan de intervención individual; es decir, aquella que se orienta al cambio del comportamiento ocupacional de un individuo.
- 8 Aunque en castellano no existe una diferencia semántica entre los términos evaluación y valoración, proponemos distinguir *evaluación* («assessment») y *valoración* («evaluation»), dado que hacen referencia a dos procesos con características y propósitos diferenciados, que sí recogen los términos ingleses. En la literatura consultada, la valoración (*evaluation*) implica una revisión a la evolución del sujeto, así como del quehacer profesional del terapeuta ocupacional. Para ampliar la información al respecto recomendamos leer a Moruno Miralles P. Evaluación Ocupacional. En: Romero D, Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. 1.ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- 9 Recordamos al lector que en el portal web podrá encontrar más información teórica sobre las características de la evaluación ocupacional.
- 10 Para conocer con detalle las características y el tipo de información particular que podemos recabar de cada una de estas fuentes, véase el Anexo II en Romero D, Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. 1.ª ed. Barcelona: Masson; 2003, dedicado a las fuentes y herramientas de evaluación. Cantero P, Moruno P. Actividades de la vida diaria en salud mental. En: Moruno P, Romero D. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006.
- 11 En el [capítulo 15](#) de Romero D, Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. 1.ª ed. Barcelona: Masson; 2003, dedicado a la evaluación ocupacional, podemos encontrar un formato o protocolo de hoja de solicitud de intervención de terapia ocupacional.
- 12 Respecto a si el problema que deducimos a partir de los datos obtenidos en la derivación pertenece o no al ámbito de la profesión, su resultado dependerá del concepto o noción que poseamos sobre la naturaleza y propósito de la terapia ocupacional. No obstante, las estipulaciones de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association) (1999) sobre la pertinencia de cualquier derivación o demanda pueden servirnos de referencia para tomar esta decisión.
- 13 Como adelantábamos en la introducción, parte de la utilidad del *Marco para la práctica de la terapia ocupacional* reside en que permite incorporar conceptos y variables de otras áreas de conocimiento y marcos teóricos que aportarían información que, en principio, no se encuadra en ninguno de los ítems que acabamos de enumerar. Esto implica que las variables exploradas y la información recogida de ellas no tiene por qué ajustarse exactamente a las variables que acabamos de describir.
- 14 En el portal web el lector podrá encontrar más información sobre herramientas

de evaluación estandarizadas aplicadas por el terapeuta durante la evaluación ocupacional. Debe revisarse, principalmente, el documento en que se describe el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y procesos* (AOTA, 2008).

- 15 No obstante, en el mercado existen herramientas de evaluación estandarizadas que permiten una evaluación global del desempeño ocupacional y de los contextos. Véase el documento en la web.
- 16 Dado que se obtiene el mayor número de datos relevantes con el menor coste de recursos posible.
- 17 En el documento de la página web vinculado a este capítulo analizaremos con mayor detalle las pautas que se establecen respecto al proceso de evaluación de terapia ocupacional.
- 18 Citando palabras textuales de Rogers (1991): «Tal esquema conceptual introduciría, en primer plano, los problemas de desempeño ocupacional y dejaría en un segundo plano los problemas médicos».
- 19 Por este motivo, algunos autores han denominado a esta etapa *revaluación*.

Planificación e intervención

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Fases de la planificación de la intervención

Establecimiento de las prioridades

Determinación de los objetivos de intervención

Diseño de programas individuales de intervención

Dirección de la intervención

Valoración de resultados y programas

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Diseñar un programa de intervención individual de terapia ocupacional para personas con enfermedad mental.
- Conocer los aspectos básicos del diseño e implementación de planes de intervención individuales para la prevención de la enfermedad y la discapacidad, la promoción de la salud y rehabilitadores en salud mental.
- Distinguir y seleccionar abordajes y tipos de intervención de terapia ocupacional en salud mental.
- Seleccionar y aplicar distintas técnicas, medios, modalidad y métodos de intervención de terapia ocupacional.
- Valorar los resultados de un plan de intervención individual.
- Conocer las funciones que cumple la valoración de resultados y programas en la práctica profesional del terapeuta ocupacional.

Introducción

En nuestro propósito de estudiar los aspectos metodológicos y aplicados que organizan la práctica de la terapia ocupacional, seguidamente examinaremos de forma sucinta las diferentes fases y el razonamiento clínico que subyacen a la etapa de *planificación de la intervención*. Asimismo, describiremos de forma breve las características básicas del proceso de *intervención* y de *valoración de resultados y programas de intervención*.

Podemos definir *planificación de la intervención* (1) como el procedimiento por el cual organizamos la información recogida sobre los problemas en el funcionamiento o desempeño ocupacional de un individuo (obtenida durante la evaluación inicial), para establecer un conjunto de objetivos relacionados entre sí y ordenados de forma jerárquica.

Gracias a él podemos seleccionar los abordajes, tipos de intervención y técnicas que usaremos para alcanzar los resultados deseados. De esta forma, cada plan de intervención dirige las actuaciones del terapeuta ocupacional a lo largo de proceso terapéutico.

Como destacábamos en el capítulo anterior, el esquema que aporta el diagnóstico ocupacional nos permite ordenar la información recabada durante la evaluación inicial, gracias a que sus componentes incluyen los elementos esenciales que guían la planificación de la intervención. Por ello, esta etapa se basa en la organización de la información que aporta el diagnóstico, relativa a las alteraciones en el desempeño ocupacional (o al riesgo potencial de padecerlas) y a sus causas hipotéticas.

Una vez más, debemos advertir que el armazón teórico que sostiene la práctica del terapeuta ocupacional –esto es, el marco de referencia teórico que apliquemos o el modelo de práctica que adoptemos–, al igual que en el caso de la evaluación inicial, condiciona el tipo de objetivos perseguidos, así como los enfoques, técnicas, modalidades y medios que utilizaremos (2–4). Así, si nuestra práctica se basa en, valga el ejemplo, un marco de referencia biomecánico, el desempeño ocupacional se evalúa desde una perspectiva que lo concibe asociado con la integridad y funcionamiento de los mecanismos musculoesqueléticos que subyacen a la realización de actividades (verbigracia, la fuerza muscular o el rango articular). Aplicando el principio por el cual el ejercicio físico repetido, bajo determinadas condiciones, aumenta la fuerza muscular, el objetivo de la intervención perseguirá su incremento y los métodos y técnicas empleados se ajustarán a tal fin. Si la práctica del terapeuta ocupacional se sustenta en otro marco de referencia teórico o modelo de práctica, se evalúan otras variables se persiguen objetivos diferentes y se aplican métodos y técnicas acordes a ellos.

A lo largo de la planificación, una vez establecidas las prioridades y determinados los objetivos, el terapeuta ocupacional está en disposición de diseñar un plan individual de intervención por medio del cual trata de lograr los objetivos trazados. Su diseño se articula alrededor de la selección de diversos abordajes que estructuran las técnicas, medios, modalidades y métodos que nos permiten realizar la intervención para cada caso abordado. Su implementación consiste en poner en acción el plan diseñado. Es así como trataremos de modificar los factores del cliente, las destrezas y los patrones de desempeño, las demandas de las actividades y las características del contexto con el fin último de modificar la implicación del sujeto en el desempeño ocupacional y, por ende, su salud y calidad de vida.

Cada programa, actividad o espacio terapéutico planeado puede centrarse en un objetivo único –por ejemplo, en la adquisición de un patrón específico de desempeño – o en varios objetivos a la vez. Partimos del principio que sostiene que los diversos factores que afectan al desempeño ocupacional están interrelacionados, influyéndose mutuamente de forma recíproca a lo largo del tiempo. Por tanto, asumimos que la modificación de cualquier variable individual o contextual concreta afectará a otras esferas o áreas asociadas con el desempeño ocupacional.

También debemos hacer referencia a otro procedimiento que suele realizarse durante la etapa de planificación: el establecimiento de un pacto, acuerdo o *contrato terapéutico* con el sujeto que recibirá el servicio del terapeuta ocupacional¹. Por medio de este contrato terapéutico se intenta consensuar con el individuo los objetivos de la intervención, especificando cómo sus metas últimas se descomponen en pequeños pasos para alcanzar los objetivos establecidos.

Esta estrategia nos permitirá establecer un panorama claro y global de la estructura de la intervención, lo cual aumentará su posibilidad de éxito, en la medida en que la persona considere los objetivos como propios, siempre que las metas de aquél coincidan con las expectativas del sujeto respecto al desempeño de sus actividades cotidianas.

En la medida en que sea posible, debemos favorecer la responsabilidad y la participación en el proceso terapéutico del individuo tratado por el terapeuta ocupacional. Numerosos autores defienden esta aproximación: así, Mosey (2) señala que los objetivos de la intervención deben ser significativos para el sujeto, para promover su compromiso activo; Hagedorn (5) afirma que las metas no deben imponerse nunca y requieren una negociación entre el usuario y el terapeuta ocupacional, y Reed y Sanderson (6) aseguran que la planificación se emplea para permitir al cliente una aproximación comprensiva a la intervención. Esta perspectiva ha dado lugar a los denominados *modelos de práctica centrados en el cliente* (7), en los cuales se defiende la participación de éste en todas y cada una de las etapas de intervención.

Fases de la planificación de la intervención

Durante la planificación de la intervención podemos distinguir tres fases fundamentales: el establecimiento de prioridades, el encuadre de objetivos y el diseño del programa o plan individual. Esquemáticamente, para planificar una intervención han de seguirse los pasos siguientes:

- Establecer prioridades.
- Determinar objetivos.
 - Encuadrar temporalmente los objetivos.
 - Establecer resultados funcionales esperados.
 - Cuantificar los resultados.
- Diseño del plan de intervención
 - Seleccionar estrategias.
 - Seleccionar técnicas, modalidades y medios específicos.

Como adelantábamos anteriormente, el diagnóstico ocupacional, tal y como lo formulan Rogers y Holm (8), nos permite sintetizar toda la información relevante para planificar la intervención en la medida en que integra:

- Una descripción de las alteraciones del desempeño ocupacional; es decir: las limitaciones, restricciones, problemas o dificultades ligados a cada actividad concreta, en cualquiera de las áreas de ocupación.
- La causa hipotética de dichas alteraciones; consecuencia de la interacción entre las destrezas y patrones de desempeño, los factores del cliente, las demandas de la actividad y el contexto o contextos en que se llevan a cabo.
- Indicadores: referentes empíricos de las alteraciones en los factores del cliente, las destrezas y patrones de desempeño, así como de las condiciones ambientales restrictivas.
- Cualquier información adicional relacionada con el problema ocupacional del sujeto.

Por tanto, el esquema diagnóstico obtenido durante la evaluación inicial es el punto de arranque para la planificación de la intervención.

Representada gráficamente, esta etapa sigue el diagrama de flujo de la [figura 6.1](#). A continuación expondremos de manera más detallada las particularidades de cada una de estas fases.

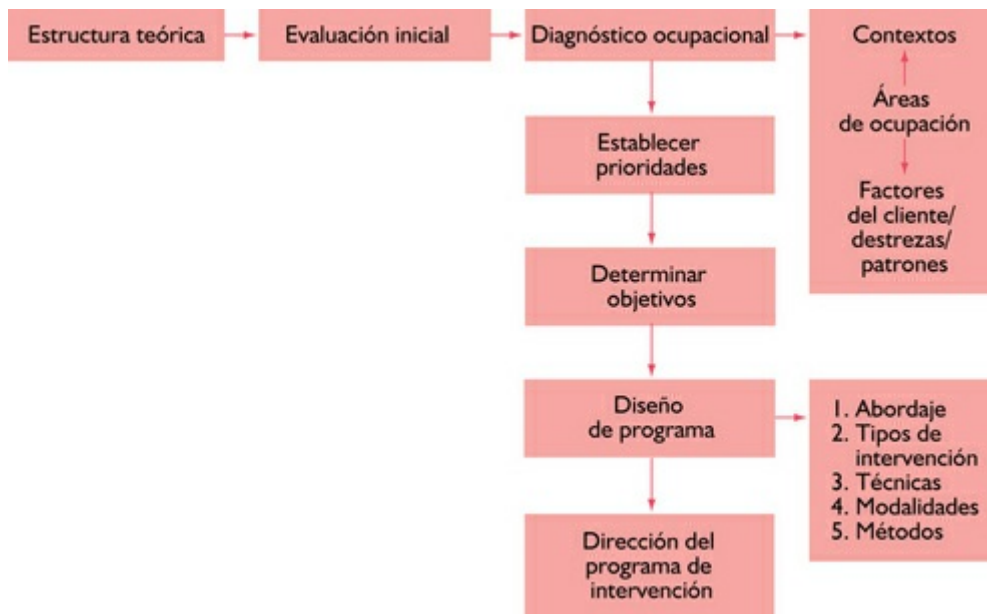


Fig. 6.1 Fases de la planificación de la intervención.

Corregido de Romero y Moruno, 2003.

Establecimiento de las prioridades

Al determinar las prioridades haremos lo propio con el orden temporal en que serán abordados los distintos problemas ocupacionales de un sujeto durante la intervención. Como consideración general, si seguimos la propuesta de Mosey (2), las actuaciones en terapia ocupacional deben ordenarse de manera genérica de la forma siguiente:

1. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de condiciones de discapacidad.
2. Mantenimiento de la salud y manejo de conductas indeseables.
3. Desarrollo y restauración del desempeño ocupacional.

Genéricamente, las intervenciones ligadas a la prevención de enfermedades y condiciones de discapacidad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud, deben contemplarse antes que aquellas cuyo objetivo es el desarrollo o la restauración del desempeño ocupacional.

Más allá de esta consideración, en el cometido de establecer las prioridades de una intervención individual, debemos considerar principalmente tres aspectos: la totalidad de los problemas en el desempeño que presenta el individuo y su naturaleza; el valor relativo que el sujeto atribuye a cada actividad y el servicio o institución en que se realizará la intervención.

De esta forma, analizaremos las actividades alteradas y conservadas en las áreas de ocupación del sujeto evaluado, relacionándolas con sus capacidades, destrezas y patrones de desempeño y con aquellos factores contextuales relacionados con las dificultades en el desempeño ocupacional, así como la interdependencia entre estos aspectos. Además, consideraremos el valor subjetivo de las actividades; es decir, los deseos y expectativas del individuo respecto a su desempeño ocupacional futuro, determinados por variables personales, ambientales, sociales o culturales que influyen o determinan las expectativas respecto a las tareas que el sujeto debe realizar, su pericia o nivel de ejecución y los contextos en los que habitualmente las lleva a cabo. Por último, debemos considerar los aspectos coyunturales del servicio o encuadre que soportará la implementación de la intervención.

Por medio de este análisis podremos establecer las prioridades, examinando la importancia relativa de cada condición y las relaciones de dependencia entre ellas. Desde nuestro punto de vista (9), tres criterios fundamentales pueden servirnos de guía en este proceso:

1. *La relevancia clínica de cada actividad.* Para determinarla hay que contemplar, a su vez, tres aspectos básicos:
 - a. La relevancia de cada actividad desde un punto de vista adaptativo; es decir,

- cada actividad será ordenada siguiendo el siguiente criterio:
- Aquellas actividades ligadas a la supervivencia del sujeto (como la elaboración de respuestas de emergencia).
 - Aquellas otras que pueden llegar a comprometer su salud (como la higiene o la adquisición y mantenimiento de comportamientos de seguridad en el baño o la cocina).
 - Aquellas actividades vinculadas con la movilidad básica (como la movilidad funcional).
 - Las actividades asociadas con la autonomía básica (como la alimentación independiente o el vestido).
 - Las actividades de autonomía avanzada (como cocinar o adquirir alimentos, lavar, planchar y mantener la ropa).
 - Aquellas actividades asociadas con la integración social básica (como el uso del transporte público o seguir una dieta equilibrada).
 - Aquellas actividades asociadas con la integración social avanzada (como la participación en comidas sociales o proporcionar cuidados a otros).
- b. La lógica de la intervención. Las actividades constitutivas de cada subárea de desempeño se ordenarán de acuerdo con un gradiente creciente de complejidad, de las más simples a las más complejas.
- c. La interdependencia entre las actividades de cara a la intervención. Es decir, considerando en primer lugar las actividades que son condición *sine qua non* para poder entrenar otras que dependen de ellas.
2. *El valor subjetivo otorgado por el usuario a cada actividad.* De esta forma, si este criterio no entra en conflicto con el juicio del terapeuta ocupacional, posibilita ordenar la intervención de acuerdo con las preferencias del sujeto.
3. *Aspectos coyunturales del encuadre o institución.* Permite, siempre que no interfiera con los dos criterios anteriores, contemplar la oportunidad de comenzar la intervención entrenando un conjunto de actividades concretas antes que otro.

La experiencia profesional del terapeuta para juzgar y apreciar las alteraciones en el desempeño ocupacional de un sujeto es determinante en el establecimiento de las prioridades de la intervención. El terapeuta adquiere con la práctica los conocimientos y la experiencia que le permiten distinguir la relevancia adaptativa de las actividades alteradas y los problemas fundamentales de aquellos secundarios o dependientes de los primeros; de esta forma puede disponer un orden temporal, dado que resolviendo los principales se solucionan los accesorios, sin necesidad de intervenir directamente sobre estos últimos.

Asimismo, el malestar subjetivo ligado con un determinado problema ocupacional o el valor subjetivo atribuido al desempeño de una determinada actividad o conjunto de actividades, siempre que no entren en juego otros factores, puede influir de manera determinante en el establecimiento de prioridades durante la

planificación de la intervención. Como ya hemos señalado, la relevancia y el consenso de los objetivos son factores determinantes para motivar e implicar al individuo en el proceso terapéutico.

Por último, las prioridades del equipo, los recursos económicos, humanos, materiales e infraestructuras, el tiempo medio de estancia y la dedicación del terapeuta ocupacional a cada caso son otros de los determinantes que deben considerarse al establecer las prioridades de la intervención.

En definitiva, establecer las prioridades de la intervención es un procedimiento que difiere en su complejidad dependiendo del caso. En ocasiones, las decisiones son evidentes y se toman de forma rápida y automática y en otras requieren una reflexión premeditada y compleja.

Determinación de los objetivos de intervención

Una vez que se han establecido las prioridades, la siguiente fase de la planificación consiste en determinar objetivos.

En este cometido pueden diferenciarse tres fases: el encuadre temporal de los objetivos, su descripción en función de los resultados funcionales esperados y la cuantificación de tales resultados.

Nuevamente, debemos recordar que la planificación depende en gran medida de la estructura teórica que adopte el terapeuta ocupacional en su práctica. Dependiendo de cuál sea, los objetivos de intervención pueden ser descritos siguiendo un criterio cuantitativo o cualitativo, incluso es posible no plantearse objetivos, tal y como se describen aquí, para dejar que sea el propio sujeto a lo largo del proceso terapéutico quien los vaya marcando.

Por tanto, debemos distinguir entre *objetivos cuantificables* (en los que los cambios pueden ser expresados de forma numérica) y *objetivos medibles* (en los cuales los cambios se comparan con un criterio o norma, no necesariamente cuantificable). En cualquier caso, la descripción de los objetivos debe ser tal que nos permita apreciar de forma objetiva su logro dado que sin este requisito resultaría más subjetiva la evaluación de la evolución de la intervención.

Por este motivo, como recomendación general, al determinar los objetivos debemos describirlos como resultados funcionales esperados, encuadrarlos temporalmente y seleccionar las herramientas o métodos para cuantificarlos, aunque en algunos casos no sea necesario cuantificar los resultados puesto que éstos se expresan o describen en términos cualitativos.

Encuadre temporal de los objetivos de intervención

Los objetivos o metas constituyen los resultados últimos que, por medio de la intervención, el individuo y el terapeuta esperan alcanzar. El encuadre temporal de los objetivos se realiza de forma jerárquica, ordenándolos de menor a mayor complejidad o amplitud, de tal forma que quede reflejado en su redacción el proceso de cambio esperado desde una perspectiva temporal. Así, habitualmente suele distinguirse entre objetivos a corto y largo y, en ocasiones, también a medio plazo.

Los *objetivos a corto plazo* constituyen el conjunto de pasos a dar para alcanzar una o más metas de mayor alcance (10). Es decir, constituyen las submetas o «bloques de construcción» (2) que conducen a una o más metas a largo plazo.

Frecuentemente, los objetivos a corto plazo hacen referencia a *factores del cliente (capacidades) y destrezas necesarias*, consideradas como requisitos previos para alcanzar un desempeño ocupacional óptimo. En contraste, los objetivos a largo

plazo representan el fin último de la intervención, esto es, la adquisición de patrones de desempeño y, en última instancia, el desempeño funcional en las áreas de ocupación (3,5,10). De esta forma, las capacidades y destrezas alteradas como consecuencia de déficits sensoriomotores, cognitivos, psicosociales y de las alteraciones o trastornos afectivos o psicológicos, quedan vinculadas a los problemas o dificultades en el desempeño ocupacional. En resumen, se establece una relación de interdependencia entre objetivos a corto y (medio) largo plazo.

De acuerdo con Creek (11), los *objetivos a largo plazo* constituyen el conjunto global de cambios en el desempeño ocupacional del sujeto y coinciden con las expectativas sobre el resultado final del proceso terapéutico. Habitualmente los objetivos a largo plazo se han equiparado con el desempeño ocupacional en las distintas áreas ocupacionales. Por tanto, estos objetivos se definen tanto por la actividad o actividades y tarea o tareas concretas que deben realizarse, como por el nivel de desempeño o rendimiento esperado en relación con las demandas del entorno y/o las expectativas del sujeto.

En algunas ocasiones, puede ser útil descomponer los objetivos a largo plazo en pasos intermedios, describiendo y estipulando de manera más clara el progreso desde los objetivos a corto plazo hasta los objetivos a largo plazo. Así, podemos definir *objetivos a medio plazo* como el conjunto de patrones o destrezas, de mayor o menor complejidad, en que se pueden descomponer los objetivos últimos de la intervención.

Esta ordenación temporal depende en gran medida del *setting* o marco institucional en el que se lleve a cabo la intervención, que condiciona el tipo de trastornos abordados, el tiempo medio de estancia y la urgencia de la intervención. Por tanto, lo que en un determinado encuadre, servicio o programa puede considerarse un objetivo a largo plazo, en otro puede ser concebido como objetivo a corto plazo. En consecuencia, la organización en el tiempo de los objetivos debe ajustarse a las particularidades de cada *setting*, servicio o unidad.

Establecimiento de resultados funcionales

La descripción de los objetivos—tanto a corto, como a medio y largo plazo—debe realizarse de forma que posibilite que podamos juzgar su consecución. Una estrategia útil en esta tarea es redactar los resultados funcionales que se espera lograr con cada objetivo. Así, podemos valorar más fácilmente la evolución de la intervención.

La definición de resultados funcionales hace referencia a aquellos comportamientos del sujeto que han de ser alcanzados si la intervención tiene éxito (véase un ejemplo en la [tabla 6.1](#)).

Tabla 6.1 Ejemplo de redacción de objetivos y resultados funcionales asociados

Objetivos	Resultado

Objetivo a largo plazo	Desarrollar actividades de ocio satisfactorias	El individuo realizará y mantendrá actividades de ocio satisfactorias en su comunidad de pertenencia
Objetivo a corto plazo	Explorar los recursos comunitarios para realizar actividades de ocio	El sujeto será capaz de identificar y ubicar aquellos recursos de su comunidad que le permitan desarrollar actividades de ocio satisfactorias
Abordaje y tipo de intervención		
Abordaje	Prevención	Prevenir el aislamiento social favoreciendo la realización de actividades de ocio y asociadas al tiempo libre
Tipo de intervención	Asesoramiento	Colaborar con la persona para ayudarle a buscar, localizar y utilizar recursos que le permitan participar en actividades de ocio
Técnicas, modalidad y método		
Técnica	Asesoramiento para la organización y planificación del tiempo libre y de ocio	Que el individuo conozca los recursos disponibles para realizar actividades de ocio en su comunidad
Modalidad	Actividades educativas	Adquisición de conocimientos
Método	Explicación y discusión	Informar y aconsejar al individuo de forma clara y accesible

Describiendo los resultados funcionales que hacen referencia a comportamientos observables resulta más sencillo valorar sin ambigüedad el logro de los objetivos planteados en la intervención. Por tanto, debemos prescindir de descripciones que incluyan términos como «mejorar», «perfeccionar», «aumentar» o «modificar» dado que en estos casos no se hace referencia al comportamiento concreto esperado.

Cuantificación de los resultados esperados

Por último, en aquellos casos en los que deseemos cuantificar los objetivos, es necesario definir los comportamientos observables asociados con ellos, utilizar un baremo de referencia, seleccionar y aplicar un método o herramienta de evaluación cuantitativa y establecer unas condiciones uniformes en las que se obtengan las puntuaciones al realizar la evaluación.

La determinación de los objetivos de intervención nos permitirá ordenar y clarificar la secuencia temporal programada, describir los resultados esperados en cada fase y cuantificar, si fuese el caso, las puntuaciones que deben alcanzarse para lograr los objetivos. Con este procedimiento favorecemos la comprensión del individuo respecto a cuáles son los resultados esperados, cómo se organiza temporalmente la intervención y los programas o espacios terapéuticos diseñados para lograrlos. De esta manera, tanto el terapeuta como el individuo pueden revisar y valorar los progresos alcanzados y los logros pendientes en cualquier momento del proceso terapéutico.

Diseño de programas individuales de intervención

Determinados los objetivos a corto, medio y largo plazo, hemos vinculado los factores del cliente y las destrezas de desempeño alterados –concebidas como requisito previo para la realización de las actividades– con los patrones de desempeño y las actividades y ocupaciones que constituyen el funcionamiento ocupacional esperado tras la intervención. En este momento, estamos en condiciones de seleccionar los abordajes (*intervention approach*) alrededor de los cuales se articularán los programas que seleccionaremos para alcanzar cada uno de los objetivos planificados.

El razonamiento clínico que subyace al diseño de un programa individual de intervención nos permite asociar los déficits o alteraciones en los factores del cliente y en las destrezas con los objetivos a corto y medio plazo y éstos, a su vez, con los patrones de desempeño y los problemas en las áreas de ocupación que constituyen los objetivos a largo plazo. Organizados de esta forma podremos elegir los abordajes y tipos de intervención que usaremos para alcanzar tales objetivos. Trataremos de aclarar esta relación con un ejemplo: un déficit, consecuencia de una alteración específica en una capacidad o destreza concreta, puede ser salvado o superado² por medio de la consecución de un objetivo específico a corto plazo, que a su vez está asociado con un objetivo a (medio) largo plazo; es decir, con la realización o desempeño de un determinado patrón o actividad en un área de ocupación. Para conseguir el objetivo planeado a corto plazo se seleccionará el tipo de intervención más adecuado para lograr el objetivo planificado.

Establecer distintos abordajes para cada caso nos facilita la selección de aquellos tipos de intervención más adecuados a los objetivos perseguidos. A su vez, delimitar los tipos de intervención nos permite seleccionar de forma precisa las técnicas empleadas, vinculadas habitualmente con distintos marcos de referencia teóricos y modelos de práctica³ (figura 6.2.).

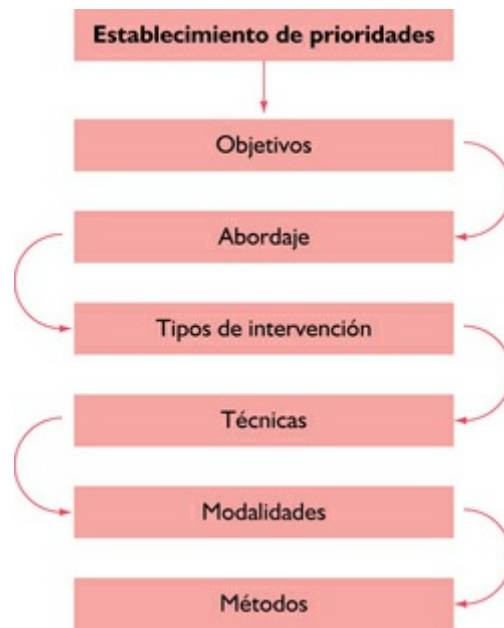


Fig. 6.2 Diseño de un programa de intervención.

Estas técnicas deben seleccionarse contemplando cuatro aspectos básicos: el fin o propósito de la técnica en relación con el objetivo perseguido, el sujeto a quien va dirigida (si es aceptable para él), el conocimiento, dominio y disponibilidad de la técnica por parte del terapeuta y su eficiencia (en relación con el tiempo y recursos empleados).

Asimismo, también debemos elegir los medios y modalidades terapéuticos que dotan de contenido a las técnicas seleccionadas y a las modificaciones o adaptaciones realizadas sobre ellas. Por último, debemos considerar los métodos que utiliza el terapeuta ocupacional para comunicar y explicar al sujeto cómo se quieren lograr los objetivos y cuál es la labor esperada por su parte.

De esta forma perseguimos el mayor ajuste posible entre las técnicas, métodos, modalidades y medios terapéuticos elegidos, su potencial para alcanzar los objetivos y las preferencias, deseos y características idiosincrásicas del individuo.

Abordajes

De acuerdo con lo establecido en el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional*⁴ (AOTA, 2008), los abordajes de intervención se clasifican y definen de la siguiente forma:

- *Promoción de la salud.* Este enfoque no presupone la presencia de discapacidad o cualquier otro factor que interfiera en el desempeño. Está diseñado para proveer experiencias enriquecedoras asociadas a la realización de actividades y a las características del contexto, que mejoren el funcionamiento de las personas en su entorno habitual (12).
- *Restablecimiento o recuperación.* Diseñado para cambiar las variables del sujeto

con el fin de establecer destrezas o capacidades que aún no ha desarrollado o restaurar una destreza o capacidad que ha sido alterada (12).

- *Mantenimiento*. Trazado para proporcionar apoyos que permitan a los sujetos preservar tanto la capacidad de desempeño que han recuperado como satisfacer sus necesidades ocupacionales. Se supone que sin la intervención continuada de mantenimiento, el desempeño disminuiría y las necesidades ocupacionales no se satisfarían afectando a la salud y la calidad de vida (12).
- *Modificación, adaptación, compensación*. Dirigida a «encontrar la forma de revisar el contexto actual o las demandas de la actividad para apoyar el desempeño en el entorno natural del individuo» (12). En este abordaje se incluyen técnicas compensatorias, como mejorar algunos aspectos de la actividad que proporcionen pistas o la reducción de otros para reducir la distracción (12).
- *Prevención*. Se diseña para sujetos con o sin discapacidad que están en riesgo de presentar problemas de desempeño ocupacional. Este enfoque está diseñado para prevenir la aparición o evolución de barreras para el desempeño en el contexto. Las intervenciones pueden estar dirigidas al cliente, el contexto o a las demandas de la actividad (12).

Estas líneas de intervención generales se concretan gracias a diferentes tipos de intervención que adoptan siempre la perspectiva singular y característica de la terapia ocupacional; esto es, utilizando la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico. (v. capítulo 2).

Tipos de intervención

Respecto a los *tipos de intervención* que podemos seleccionar, el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional* (12) los define y clasifica como:

- *Uso terapéutico del yo*. Definido como la utilización planificada por parte del terapeuta ocupacional de su personalidad, capacidad de comprensión, percepciones y juicios como parte del proceso terapéutico.
- *Uso terapéutico de ocupaciones y actividades*. Seleccionadas para cada individuo concreto para alcanzar objetivos específicos. La utilización de ocupaciones y actividades terapéuticas debe ser considerada en relación con los objetivos terapéuticos planificados, teniendo siempre en cuenta las preferencias y los deseos de la persona.

El empleo de actividades y ocupaciones puede tener diferentes propósitos (12). De esta forma podemos encontrar:

- *Intervenciones basadas en la ocupación*. El propósito último es que el individuo se implique en ocupaciones elegidas por él mismo, que encajan o responden a los

resultados esperados respecto al desempeño en las áreas de ocupación.

- *Actividades con propósito.* Su fin es que el sujeto se implique en actividades específicamente seleccionadas que le permitan desarrollar habilidades que mejoren su desempeño e implicación ocupacional.
- *Métodos de preparación.* En ellos el terapeuta selecciona métodos o técnicas que tienen como fin preparar al individuo para el desempeño ocupacional. Los métodos preparatorios pueden ser aplicados para inducir la realización de actividades con propósito o el desempeño ocupacional, pero también de forma simultánea con intervenciones centradas en la ocupación.
- *Asesoramiento.* Tipo de intervención en la que se aplican los conocimientos y la experiencia del terapeuta ocupacional en colaboración con el cliente, para identificar un problema, crear posibles soluciones y tratar de alcanzarlas. Cuando se asesora el terapeuta ocupacional no es responsable directo de los resultados alcanzados.
- *Educativa.* Transmisión de conocimientos e información sobre la ocupación, la salud y la participación, que se traduzca en resultados reales respecto a la ocupación/actividad del individuo.
- *Advocacy* (patrocinar, abogar). Acciones encaminadas a propugnar la justicia ocupacional y que faculten a los individuos y/o a las comunidades para buscar y obtener recursos que les permitan la participación plena y activa en ocupaciones y actividades cotidianas.

Como podemos observar, los tipos de intervención son diversos, persiguen propósitos diferentes e, incluso, centran su acción tanto a nivel individual como comunitario, organizativo e institucional. Esta variedad nos permite introducir una reflexión sobre el trabajo del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental. Desde nuestro punto de vista, no deberíamos limitar nuestra labor a la realización de intervenciones individuales o grupales –en muchas ocasiones, en recintos hospitalarios o instituciones sociales–, más bien deberíamos considerar que los problemas que afectan a las personas que presentan una enfermedad mental, en muchas ocasiones están determinados, o al menos condicionados, por aspectos sociales, culturales, legales, económicos, políticos, entre otros, que amplían el espectro de nuestro campo de acción. Considerar los distintos tipos de intervención que acabamos de reseñar extiende los cometidos y el quehacer profesional del terapeuta ocupacional.

A nuestro modo de entender, los tipos de intervención que acabamos de describir no difieren en demasía de las modalidades de utilización de la ocupación que detallábamos en el [capítulo 2](#), en el que concebíamos la ocupación como entidad, agente o medio, asociándola con diferentes funciones y propósitos terapéuticos.

No obstante, cuando nuestra actuación se centra en la puesta en juego de una

intervención de carácter individual o grupal—como es el caso más frecuente en la práctica de la terapia ocupacional en España —, las intervenciones basadas en la ocupación y la utilización de actividades con propósito adquieren una importancia capital. Este tipo de intervenciones son las que *reflejan más fielmente la perspectiva singular y distintiva del quehacer profesional del terapeuta ocupacional*; por ello deberían ser prioritarias en el diseño de nuestros planes de intervención.

La afirmación que acabamos de realizar no es óbice para admitir que, en ocasiones, aunque no en todos los casos, los tipos de intervención que acabamos de describir se apoyan en la selección y aplicación de *técnicas*, importadas de otras disciplinas y áreas de conocimiento, empleadas por el terapeuta ocupacional en la implementación de sus intervenciones.

Nos atrevemos a aventurar que quizás esta situación se deba a nuestro propio devenir histórico, fuertemente influido por la primacía que durante décadas han tenido en nuestra disciplina concepciones psicológicas y biomédicas de la salud y la enfermedad mental. Esta influencia ha llevado a que apuntalemos nuestra práctica con técnicas que no se centran prioritariamente en el uso de actividades u ocupaciones significativas como método de intervención⁵.

Sea como fuere, lo cierto es que el empleo de estas técnicas es una práctica habitual entre los terapeutas ocupacionales en su trabajo diario. Por este motivo, a continuación revisaremos de forma breve las características básicas de las técnicas y cómo se llevan a cabo mediante el uso de diversos medios, modalidades y métodos de intervención.

Técnicas

Siguiendo la propuesta de Reed y Sanderson (6), podemos definir de forma genérica *técnica* como aquel procedimiento aplicado para alcanzar objetivos de intervención. Las técnicas que pueden emplearse en terapia ocupacional son muy numerosas y están vinculadas con los marcos de referencia teóricos y modelos de práctica que adopte cada terapeuta ocupacional en su práctica. Por tanto, como hemos enfatizado en numerosas ocasiones, quizás a estas alturas en demasiadas, el armazón teórico que orienta y estructura la práctica de terapeuta ocupacional también determina (o cuando menos condiciona) las técnicas, los medios, las modalidades y los métodos terapéuticos que utilizará en la intervención.

Como avanzábamos anteriormente, la selección de las técnicas, medios, modalidades y métodos terapéuticos debe realizarse considerando cuatro criterios fundamentales:

- *El fin o propósito* de todos ellos en relación con el objetivo perseguido; es decir, teniendo en cuenta en qué medida puede lograrse éste utilizando la técnica elegida.
- *El sujeto a quien va dirigida*; esto es, si son admisibles para el individuo a quien

serán aplicados.

- *La disponibilidad por parte del terapeuta*; es decir, si el terapeuta conoce y domina la técnica seleccionada y si es posible aplicarla en el encuadre de práctica en que se llevará a cabo la intervención.
- *Su eficiencia* sopesando el tiempo y los recursos humanos, materiales y económicos de que se dispone.

Es de esta forma como logramos ajustar la técnica seleccionada (y sus correlativos modos), teniendo en cuenta su potencial terapéutico para alcanzar los objetivos, las preferencias, los deseos o los intereses del sujeto, así como las características del encuadre o *setting* de la intervención y del terapeuta ocupacional que lo llevará a cabo.

Podemos distinguir de forma genérica dos clases de técnicas: las que pretenden que se alcance una *pauta de desempeño ocupacional normalizado* y las que persiguen lograr una *pauta de desempeño ocupacional adaptado*, ya sea adaptando la forma en que se realiza la actividad o el entorno en el que se realiza (6).

Las primeras persiguen que el sujeto alcance o recupere el desempeño de forma *normalizada*; es decir, siguiendo un criterio normativo. Las segundas se basan en la modificación del procedimiento normalizado de realización de la actividad. Por tanto, introducen alguna compensación, sustitución o modificación, temporal o permanente, para conseguir la realización de la actividad. Aquellas técnicas que introducen modificaciones transitorias, basadas en el cambio del procedimiento individual de realización de la actividad, hasta que el sujeto se adapte a su nueva situación, seguirían una *pauta de adaptación individual*. Por último, las que introducen cambios permanentes del medio seguirían una *pauta de adaptación del entorno*.

En general, aunque siempre han de contemplarse las singularidades de cada caso, el orden de preferencia para seleccionar las técnicas de intervención ha de seguir el siguiente criterio:

- En primer lugar, aquellas que persiguen el desarrollo, adquisición, recuperación o mejora de una pauta de desempeño normalizada.
- En segundo lugar, aquellas en las que se adapta transitoriamente el método de realización de la actividad al individuo que la realiza.
- En último lugar, las técnicas que implican una adaptación permanente del entorno.

Siguiendo este criterio general y basándonos asimismo en la propuesta planteada por Reed y Sanderson⁶ (6), remitimos al lector al documento citado a pie de página para conocer con más detalle algunas de las técnicas usadas más frecuentemente en el ámbito de la salud mental. Como se podrá observar, estas técnicas pueden centrar su foco de atención en el desempeño en sí o en aquellos factores del cliente, destrezas y contextos que influyen en él.

Modalidades, métodos y medios terapéuticos

Las *modalidades y medios* terapéuticos hacen referencia a las actividades concretas o agentes que sirven de vehículo para llevar a cabo las técnicas seleccionadas. Gracias a su selección es posible dar contenido a las técnicas escogidas y a las modificaciones o adaptaciones realizadas sobre ellas.

Es obvio que los medios y modalidades elegidos pueden favorecer o dificultar el éxito de una determinada técnica y, consecuentemente, el logro de los objetivos, dado que éstos están en estrecha relación con el fin último perseguido y con las preferencias o gustos del sujeto al que se aplican.

Por tanto, para seleccionar los medios y modalidades debe contemplarse, por un lado, *el fin o propósito* de la técnica (el objetivo perseguido al realizarla) y, por otro, y especialmente, *el sujeto* a quien va dirigida.

A modo de síntesis, podemos citar, entre los medios más habitualmente usados en terapia ocupacional, diferentes tipos de actividades:

- Creativas.
- Expresivas.
- Manuales.
- Artesanales.
- Laborales.
- Corporales.
- Deportivas.
- Lúdicas (juegos competitivos y no competitivos).
- Recreativas.
- Educativas.
- TIC (actividades con ordenadores).
- De sostén.

Asimismo, las actividades empleadas pueden agruparse en distintas modalidades, en relación con las áreas de ocupación que abordan. Así, podemos distinguir:

- Actividades funcionales.
- Actividades básicas de la vida diaria.
- Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Actividades vocacionales, prelaborales y/o laborales.
- Actividades educativas.

- Actividades lúdicas y recreativas.
- Actividades de participación social.

Estas modalidades de intervención pueden ser desarrolladas de forma individual o en el seno de un grupo. Además, pueden ser realizadas en un contexto ecológico o artificial y empleando medios inanimados o animados, como animales y plantas.

La amplia gama de medios y modalidades que habitualmente integran los planes de intervención en terapia ocupacional nos permite disponer de una gran variedad de alternativas para seleccionar las actividades que constituirán cada plan de intervención individual. No obstante, esta circunstancia también supone que, de entre todas las posibilidades, el terapeuta ocupacional debe seleccionar los medios óptimos para alcanzar los objetivos perseguidos.

Es obvio que la elección de cualquier actividad o agente para aplicarlo como medio terapéutico de una determinada técnica debe vincularse al objetivo que se persigue con ella, es decir, en principio es más factible abordar la creatividad con un dibujo libre que realizando una actividad laboral. Creek (10) defiende que determinadas medios pueden emplearse para desarrollar de forma conjunta varios objetivos de intervención. Cita como ejemplo la cerámica, a través de la que podemos desarrollar capacidades como la creatividad y la imaginación y que, por sus características particulares, puede facilitar que afloren determinados contenidos de carácter inconsciente.

No obstante, también debemos tener en cuenta que, a diferencia de otras disciplinas, en terapia ocupacional la selección de las modalidades y medios terapéuticos requiere la participación activa del sujeto, lo que hace imprescindible contemplar los factores personales (p. ej., la experiencia previa o la preferencia del individuo), sociales o culturales que puedan influir en su realización.

El conocimiento, destreza, experiencia y participación en la realización de distintas actividades, así como la capacidad para su análisis y adaptación, se consideran habilidades singulares, características y distintivas del terapeuta ocupacional. Así, por medio del análisis de la actividad⁷ y gracias a un conocimiento profundo de ésta, identificamos el conjunto de elementos implicados en la realización de cada actividad concreta, la secuencia seguida para completarla y las operaciones necesarias para ello. De esta forma, podemos seleccionar, modificar o diseñar una actividad apropiada para abordar aquellas dimensiones del desempeño ocupacional que hayamos contemplado como objetivos.

Desde nuestro punto de vista, son esenciales el conocimiento y la experimentación del propio terapeuta ocupacional en las actividades que utiliza en su práctica. En algunas actividades los materiales y equipos usados tienen mayor importancia que en otras; por ejemplo, en actividades plásticas de tipo expresivo son fundamentales, mientras que en una actividad corporal tienen quizá menos relevancia. En otras, cabe la posibilidad de corregir, como es el caso de las actividades de

carácter plástico, mientras que en las artes escénicas, como la música o el teatro, no se da tal posibilidad. La interacción social puede ser el elemento central de algunas actividades, como en los juegos, en oposición a otras que requieren un trabajo en solitario, como la escritura.

Métodos terapéuticos

Los *métodos terapéuticos* son aquellas estrategias que conforman la manera en la que el terapeuta ocupacional comunica y gestiona las técnicas y actividades realizadas para alcanzar los objetivos perseguidos. En otras palabras, cómo transmite el terapeuta al individuo el propósito de las técnicas o actividades, en relación con las metas que deben alcanzarse, y cómo gestiona su realización.

Hacen referencia a la forma en la que el terapeuta ocupacional comunica los objetivos que se persiguen con una determinada técnica, así como a la manera en que instruye al sujeto para llevarla a cabo. Frecuentemente, cuando nuestro trabajo se desarrolla en el ámbito de la salud mental debemos enfrentarnos a cuadros patológicos con dificultades de comprensión, comunicación o aprendizaje asociadas. Los trastornos mentales graves, el retraso mental, los trastornos del aprendizaje, las demencias y el daño cerebral, entre otros, son ejemplos típicos de estas patologías.

En consecuencia, el conocimiento de diferentes tácticas y maniobras para instruir a un sujeto en la realización de una técnica posibilita ajustar la comunicación y la forma de entrenamiento, aumentando la comprensión y, en definitiva, la probabilidad de éxito de la intervención.

Siguiendo la propuesta de Reed y Sanderson (6), podemos distinguir los siguientes métodos:

- Demostración y ejemplificación.
- Exploración y descubrimiento.
- Explicación y discusión.
- Simulación o *role-playing*.
- Resolución de problemas y toma de decisiones.
- Utilización de medios audiovisuales o asistencia por ordenador.
- Práctica y repetición.
- Modificación de conducta.

En resumen, el diseño de un plan de intervención individual se articula alrededor de un conjunto de objetivos, que se tratan de alcanzar seleccionando y combinando diferentes abordajes, tipos de intervención, técnicas, modalidades, medios y métodos terapéuticos, lo que posibilita implementar la intervención específica para cada caso abordado (v. ejemplo en la [tabla 6.1](#)).

Dirección de la intervención

La puesta en funcionamiento eficaz de un plan o programa de intervención implica el seguimiento de una secuencia ordenada de actuaciones:

1. Programación y coordinación con otros servicios de las sesiones terapéuticas.
2. Provisión del equipamiento y materiales necesarios⁸.
3. Preparación de la sesión.
4. Conducción de la sesión.
5. Cierre de la sesión.

La programación de las sesiones terapéuticas permite al terapeuta ocupacional establecer cómo se distribuirá la participación del individuo en los diferentes espacios terapéuticos o programas que se desarrollan en el departamento de terapia ocupacional, así como la frecuencia con la que lo hará. En cada plan de intervención la programación depende de múltiples factores, entre otros: la naturaleza del problema, el *setting* (p. ej., si el caso es ambulatorio o se trata de una hospitalización), las preferencias o disposiciones del sujeto, el número de casos que están a cargo de cada terapeuta ocupacional, la variedad de los servicios implicados, entre otros. Además, no podemos olvidar que las horas de cobertura temporal de cada servicio son limitadas y que la persona que participa también necesita de momentos de descanso y asueto.

De esta forma, el programa toma forma gracias a la negociación entre el terapeuta ocupacional, el individuo y el resto de profesionales implicados. La provisión, organización y preparación del entorno, del equipamiento y de los materiales necesarios para llevar a cabo una sesión contribuyen a su desarrollo normalizado y evita la pérdida de tiempo y las interrupciones que dificultan el éxito de aquélla.

Respecto a la conducción de cada sesión, como señalamos en otra publicación (1), el terapeuta ocupacional puede modificar el grado de dirección durante su desarrollo. Si consideramos éste como un continuo entre los polos, desde una dirección total de la sesión, en la que el terapeuta ocupacional pautó todo en su transcurso, hasta el *laisser-faire* a los participantes sin intervenir en ella, podremos ubicarnos en este continuo de la manera que resulte más adecuada a nuestros propósitos y a los objetivos perseguidos.

Por último, admitimos que es comprensible que la preparación, cierre y registro de información de las sesiones terapéuticas es una labor que no resulta demasiado atractiva para el terapeuta ocupacional. Sin embargo, estos aspectos prácticos favorecen la eficacia y eficiencia de cada sesión y la valoración de resultados que, en

último término, representan el éxito terapéutico.

Valoración de resultados y programas

Siguiendo la propuesta de Fernández Ballesteros (13), podemos definir *valoración de programas* como: «La investigación sistemática del mérito, valor o éxito de intervenciones o programas llevados a cabo con el fin de producir cambios en el comportamiento⁹ en un contexto social».

En consecuencia, valorar un programa consiste en juzgar los efectos de una intervención en un determinado contexto, basándonos en una serie de operaciones observadas, en un conjunto de unidades de análisis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya algunos principios generales que debemos considerar al valorar la calidad de los programas sanitarios:

- Los métodos de valoración empleados deben identificar los mecanismos de mejora del cuidado de la salud respecto al bienestar físico, mental y social de los usuarios.
- La calidad de un programa debe considerar la efectividad, la eficacia y la eficiencia, así como los posibles riesgos asociados.
- Cualquier programa debe considerar todos los aspectos, tanto los emocionales y sociales como los científicos y técnicos.
- Para valorar la calidad de un programa debemos considerar de forma integrada la totalidad del sistema de atención sanitaria, en todos sus niveles, adecuando los recursos necesarios para poder llegar a ello.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, y aplicándolas al tema que nos concierne, nos aventuramos a afirmar que valorar un programa tiene como finalidad última mejorar el cuidado de la salud mental, entendiendo éste de forma global, en términos de *salud, capacidad funcional, bienestar y satisfacción* del individuo. Dicha valoración implica la exploración de parámetros objetivos (logro de resultados, efectividad o eficacia) y subjetivos, asociados estos últimos con la satisfacción de los usuarios. Todo programa está inscrito y relacionado con otros que, en conjunto, conforman la atención prestada a las personas con enfermedad mental (sea ésta dentro de un servicio, de una institución o de una población).

De todo ello podemos inferir que valorar un plan de intervención individual, un programa institucional o un servicio o recurso de terapia ocupacional supone analizar los resultados esperados, la satisfacción del individuo participante y las relaciones de este programa con el resto de programas en el contexto en el que se inscribe. De cualquier otra forma las conclusiones que podemos obtener tendrán menor alcance.

De manera genérica podemos clasificar la valoración de programas en dos grandes grupos, según su alcance y las unidades de análisis seleccionadas:

- Valoración del cambio individual: desde esta perspectiva el individuo es considerado como una unidad de análisis. A esta modalidad también se la ha denominado *valoración de resultados individuales de la intervención*.
- Valoración de programas: en este caso las unidades de análisis no son individuos, sino programas de intervención (educativos, sanitarios o sociales). La valoración de programas puede tener mayor o menor alcance. Así, es posible valorar un espacio terapéutico concreto (durante un período de tiempo determinado, en el que hayan participado un número preciso de sujetos, p. ej., el grupo de entrenamiento de actividades instrumentales de la vida diaria [AIVD] de un CRPS); también es posible valorar el programa general de terapia ocupacional de una institución (p. ej., el programa de terapia ocupacional de un hospital de día) e, incluso, el plan de atención de las personas con enfermedad mental de una determinada área de salud o Comunidad Autónoma (en el que están implicados numerosos recursos y profesionales, entre ellos, los de terapia ocupacional).

Asimismo, distinguimos dos perspectivas complementarias para valorar un programa:

- Valoración *formativa*, interesada por la *forma* de implantación del programa de intervención, tanto de su estructura como de su proceso.
- Valoración *sumativa*, que se refiere a los resultados derivados de la aplicación de dicho programa.

En lo que respecta a los programas de terapia ocupacional, de acuerdo con las recomendaciones de Hammell (5), inicialmente nuestra reflexión puede centrarse en cómo se definen los resultados de la intervención, puesto que esta definición servirá de guía para organizar la valoración. Siguiendo la propuesta de esta autora, los elementos de juicio deben articularse alrededor de los conceptos de *salud, desempeño ocupacional y satisfacción individual*.

Considerando todo lo dicho hasta este momento, creemos que valorar la calidad de los programas de terapia ocupacional en salud mental implican analizar:

- La *estructura* en que se provee tal programa: tanto los recursos materiales como humanos, la organización, la calidad del cuidado, comparando el programa con los recursos disponibles y los estándares recomendados por los organismos internacionales de terapia ocupacional.
- El *proceso* de provisión del servicio: procedimientos de derivación, *screening*, herramientas de evaluación, calidad del diagnóstico ocupacional, técnicas, medios y modalidad de intervención, periodicidad de la revisión de casos y documentación del proceso.
- *Los resultados*: que comprenda tanto la medida objetiva de resultados

(estableciendo un sistema de cuantificación) como la valoración subjetiva de la calidad de la intervención.

Respecto a las *funciones* que cumple la valoración de programas de terapia ocupacional debemos señalar: en primer lugar, la valoración de los resultados individuales nos permite tomar decisiones respecto a la modificación del programa de intervención, la derivación a otro servicio, la continuidad del cuidado o el alta.

En segundo lugar, la valoración de la estructura y del proceso de provisión de programas de terapia ocupacional en salud mental nos permite realizar correcciones y modificaciones, basadas en los hallazgos de tal valoración, que favorezcan su eficacia y eficiencia.

Por último, la valoración de programas cumple una función fundamental en la configuración de nuestra disciplina. Gracias a los resultados y conclusiones obtenidos mediante la valoración de programas podemos plantearnos preguntas de investigación fructíferas que den lugar a líneas de investigación. Éstas nos permiten *contrastar los supuestos teóricos* que sustentan la terapia ocupacional—en los que se fundamentan, en última instancia, las distintas actuaciones desarrolladas durante nuestro ejercicio profesional—, enriqueciendo y ampliando la base conceptual de la disciplina. Este proceso de configuración de la disciplina se representa en la [figura 6.3](#). De esta forma, la valoración de programas puede hacer las veces de réplica de las hipótesis implícitas en cualquier intervención y, a partir de sus resultados, generar líneas de investigación que enriquezcan la base conceptual de la terapia ocupacional.



Fig. 6.3 Configuración de la terapia ocupacional.

Corregido de Romero y Moruno, 2003.

Conclusiones

- Podemos definir planificación de la intervención como el procedimiento que nos permite organizar la información recogida durante la evaluación inicial para establecer un conjunto de objetivos relacionados entre sí y ordenados de forma jerárquica.
- En síntesis, planificar una intervención consiste en establecer prioridades, encuadrar objetivos y diseñar un programa de intervención individualizado.
- La selección y combinación de abordajes, tipos de intervención y técnicas que usaremos para alcanzar los resultados deseados dirigirá las actuaciones del terapeuta ocupacional a lo largo de proceso terapéutico.
- La puesta en funcionamiento de un programa es el resultado de una negociación entre el terapeuta ocupacional, el individuo y el resto de profesionales implicados en su tratamiento.
- Gracias a la valoración de programas y resultados de la intervención podemos estimar el mérito, valor o éxito de nuestro quehacer profesional.
- Valorar los programas que implementamos en nuestra práctica cotidiana hace las veces de réplica de los principios y creencias en los que se apoya la práctica de la terapia ocupacional.

Bibliografía

Moruno P. E. *valuación Ocupacional*. In: Romero D., Moruno P. *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*. Barcelona: Masson, 2003.

Mosey A.C. *Psychosocial Components of Occupational Therapy*, 1.^a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1986.

Dutton R. *Clinical reasoning in physical disabilities*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*, 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Ugedorn R. *Occupational Therapy: perspectives and processes*, 1.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1995.

Reed K., Sanderson S. *Concepts of occupational therapy*, 4.^a ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.

Sumsion T. Overview of client-centred practice. In: Sumsion T., ed. *Client-centred practice in occupational therapy: a guide to implementation*. 4.^a ed. Edinburgh:

Churchill Livingstone; 1999:1–12.

Rogers J.C., Holm M.B. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 1991;(11):1045–1053.

Moruno P. *Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico [tesis doctoral]*. Madrid: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid; 2002.

Creek J. *Occupational therapy and mental health*, 2.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.

Creek J. *Occupational therapy and mental health*, 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2.^a ed.). *Am J Occup Ther.* 2008:625–683.

Fernández-Ballesteros R. *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y sanitarios*, 1.^a ed. Madrid: Síntesis; 1995.

Autoevaluación capítulo 6

1. ¿Cómo se define el procedimiento de planificación de la intervención?
 - a. El procedimiento por el cual organizamos la información recogida sobre los problemas en el funcionamiento o desempeño ocupacional de un individuo.
 - b. A la opción a podemos añadir que toda la información necesaria para este proceso de planificación de la intervención se obtiene durante la evaluación inicial.
 - c. A la opción b añadir que este procedimiento nos permitirá seleccionar los abordajes, los tipos de intervención y las técnicas que usaremos para alcanzar los resultados deseados.
 - d. Todas son falsas.
 - e. Solo a, b y c son correctas.

Correcta: *e*. Podemos definir *planificación de la intervención* como el procedimiento por el cual organizamos la información recogida sobre los problemas en el funcionamiento o desempeño ocupacional de un individuo (obtenida durante la evaluación inicial), para establecer un conjunto de objetivos relacionados entre sí y ordenados en el tiempo de forma jerárquica. Este procedimiento nos permitirá seleccionar los abordajes, los tipos de intervención y las técnicas que usaremos para alcanzar los resultados deseados. De esta forma, cada plan de intervención dirige las actuaciones del terapeuta ocupacional a lo largo de proceso terapéutico.

2. ¿Es posible elaborar el plan de intervención con la persona con la trabajamos?
 - a. Nunca, el plan de intervención es únicamente parte del trabajo del terapeuta ocupacional y el individuo no tiene que conocer dichas estrategias.
 - b. En algunas ocasiones sí es necesario, sobre todo cuando las actividades son de corte grupal.
 - c. Siempre, además es recomendable que se establezcan objetivos conjuntos entre terapeuta y usuario. Sólo en los momentos en los que sea inviable esta situación será cuando el terapeuta tendrá que tomar la iniciativa de gestionar la intervención de la forma más adecuada.
 - d. En algunos momentos puede ser perjudicial que la persona sepa de nuestros objetivos.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *c*. Cada programa, actividad o espacio terapéutico planeado puede centrarse en un objetivo único –por ejemplo, en la adquisición de un patrón específico de desempeño– o en varios objetivos a la vez. Partimos del principio que sostiene que los diversos factores que afectan al desempeño ocupacional están

interrelacionados, influyéndose mutuamente de forma recíproca a lo largo del tiempo. Por tanto, asumimos que la modificación de cualquier variable individual o contextual concreta afectará a otras esferas o áreas asociadas con el desempeño ocupacional. También debemos hacer referencia a otro procedimiento que se suele realizar durante la etapa de planificación, el establecimiento de un pacto, acuerdo o contrato terapéutico con el sujeto que recibirá el servicio del terapeuta ocupacional. Por medio de este contrato terapéutico se persigue consensuar con el individuo los objetivos de la intervención, especificando cómo sus metas últimas se descomponen en pequeños pasos para alcanzar los objetivos marcados. Esta estrategia nos permitirá establecer un panorama claro y global de la estructura de la intervención, aumentando la posibilidad de éxito del proceso terapéutico, en la medida en que la persona considere los objetivos como propios, siempre que sus metas coincidan con las expectativas del sujeto respecto al desempeño de sus actividades cotidianas. En la medida en que sea posible, debemos favorecer la responsabilidad y la participación en el proceso terapéutico del individuo tratado por el terapeuta ocupacional. Numerosos autores defienden esta aproximación: así, Mosey (1986) señala que los objetivos de la intervención deben ser significativos para el sujeto, para promover su compromiso activo; Hagedorn (1997) afirma que las metas no deben imponerse nunca y requieren una negociación entre el usuario y el terapeuta ocupacional, y Reed y Sanderson (1999) aseguran que la planificación se utiliza para permitir al cliente una aproximación comprensiva a la intervención.

3. ¿Cuáles son las etapas de la planificación de la intervención?

- a. Evaluación ocupacional inicial.
- b. Establecimiento de prioridades.
- c. Encuadre de objetivos.
- d. Diseño del programa o plan de intervención.
- e. Las respuestas b, c y d son correctas.

Correcta: *e*. En el procedimiento seguido durante la planificación de la intervención podemos distinguir tres fases fundamentales: el establecimiento de prioridades, el encuadre de objetivos y el diseño del programa o plan individual que constituirán su base. Esquemáticamente, para planificar una intervención han de seguirse los pasos siguientes:

- Establecer prioridades.
- Determinar objetivos.
 - Encuadrar temporalmente los objetivos de intervención.
 - Establecer resultados funcionales.
 - Cuantificar los resultados.
- Diseño del plan de intervención.
 - Seleccionar estrategias.

- Seleccionar la técnica o técnicas, las modalidades y los medios específicos.

4. ¿Cuáles son las fases para diseñar un programa de intervención?

- a. Selección de abordajes.
- b. Selección del tipo de intervención.
- c. Selección de técnicas.
- d. Las respuestas a, b y c son correctas.
- e. Sólo b y c son correctas.

Correcta: *d*. Determinados los objetivos a corto, medio y largo plazo, hemos vinculado los factores del cliente y las destrezas de desempeño alteradas—concebidas como requisito previo para la realización de las actividades—con los patrones de desempeño y las actividades y ocupaciones que constituyen el desempeño ocupacional esperado tras la intervención. En este momento estamos en condiciones de seleccionar los abordajes (*intervention approach*) alrededor de los cuales se articularán los tipos de intervención y las técnicas por medio de los cuales perseguimos alcanzar cada uno de los objetivos planificados.

5. ¿Es el uso de técnicas una pieza importante a la hora de gestionar un programa de intervención?

- a. No.
- b. Sí.
- c. No es requisito imprescindible. En terapia ocupacional el uso de la ocupación es la piedra angular de la intervención. El empleo de una técnica puede ser beneficioso en un momento puntual, pero no es un requisito insoslayable.
- d. Utilizar una técnica es indispensable para el correcto desarrollo de la terapia ocupacional y sólo de esta forma se puede concebir la implementación de una intervención o tratamiento.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *c*. Cuando nuestra actuación se centra en la puesta en juego de una intervención de carácter individual o grupal—como es el caso más frecuente en la práctica de la terapia ocupacional en España—, las intervenciones basadas en la ocupación y la utilización de actividades con propósito adquieren una importancia capital. Este tipo de intervenciones son las que reflejan más fielmente la perspectiva singular y distintiva del quehacer profesional del terapeuta ocupacional, por ello deberían ser prioritarias en el diseño de nuestros planes de intervención. La afirmación que acabamos de realizar no es óbice para admitir que en ocasiones, aunque no en todos los casos, los tipos de intervención que acabamos de describir se apoyan en la selección y aplicación de técnicas, importadas de otras disciplinas y áreas de conocimiento, utilizadas por el terapeuta ocupacional en la implementación de sus intervenciones. Nos atrevemos a aventurar que quizás esta situación se deba a

nuestro propio devenir histórico, fuertemente influido por la primacía que durante décadas ha tenido en nuestra disciplina concepciones psicológicas y biomédicas de la salud y de la enfermedad mental. Dicha influencia ha causado que apuntalemos nuestra práctica con técnicas que no se centran de manera prioritaria en la utilización de actividades u ocupaciones significativas como método de intervención. Sea como fuere, lo cierto es que el uso de tales técnicas es una práctica habitual entre los terapeutas ocupacionales en su trabajo diario.

- ¹ También creemos necesario señalar que este pacto o acuerdo no es posible realizarlo en todos los encuadres de práctica en los que trabaja el terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental.
- ² Deseamos enfatizar que cuando nos referimos a «salvar» o «superar» un déficit nos referimos a prevenir su aparición, mantener su funcionamiento, desarrollar, mejorar o restaurar su funcionamiento normalizado, así como compensar su funcionamiento cuando fracasen las alternativas anteriores.
- ³ El marco de referencia teórico aplicado o el modelo de práctica en que se apoye el terapeuta ocupacional proporciona técnicas de intervención congruentes con los postulados que han guiado la evaluación del caso y su planificación.
- ⁴ Recordamos de nuevo al lector que el *Marco para la práctica de la terapia ocupacional* es la guía de práctica que hemos elegido en este manual para describir el proceso de evaluación, planificación e intervención. No obstante, esta elección no descarta otras guías que puedan ser útiles para planificar la intervención del terapeuta ocupacional.
- ⁵ Aunque también nos gustaría destacar que la amplia variedad de condiciones de salud que abordan los terapeutas ocupacionales en el ámbito de la salud mental, en determinadas circunstancias, hace necesario que nos apoyemos en ellas.
- ⁶ Para aumentar la información sobre estas técnicas, proponemos la lectura del documento: Moruno P. Planificación del tratamiento y valoración de programas. En: Romero D, Moruno P. Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 225-40. La relación de técnicas expuestas en este documento no pretende ser exhaustiva, pero son algunas de las más usadas por los terapeutas ocupacionales en el ámbito de la salud mental.
- ⁷ Para aumentar los conocimientos sobre este tema, remitimos al documento que en la página web y en el capítulo del Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional, aparece sobre «Análisis y adaptación de actividades».
- ⁸ Para aumentar los conocimientos sobre este tema, remitimos al lector al [capítulo 16](#). Administración y gestión de departamentos de terapia ocupacional.
- ⁹ En el ámbito de la terapia ocupacional estos cambios de comportamiento hacen referencia al comportamiento ocupacional o desempeño ocupacional.

Registro y documentación de terapia ocupacional en salud mental

C. Labrador Toribio, M.A. Talavera Valverde, M.J. Bartolomé Domínguez

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Registro y documentación en terapia ocupacional

Beneficios

Principios e intención en la documentación

Aplicación del razonamiento clínico en la documentación

Estructura en la documentación y registro

Determinación del formato

Tipos de formatos

Historia clínica orientada a problemas

Tipos de informes y su razonamiento clínico

Consideraciones en salud mental

Calidad en los registros de terapia ocupacional en salud mental

Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la documentación en terapia ocupacional

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer la documentación que apoya los procesos terapéuticos de terapia ocupacional.
- Relacionar el razonamiento clínico con la aplicación de intervenciones terapéuticas, mediante los registros y la documentación de terapia ocupacional.

- Comprender los requisitos de elaboración de informes de terapia ocupacional.
- Identificar los estándares de calidad para la realización de registros de terapia ocupacional.
- Conocer de qué forma pueden ayudarnos las tecnologías de la información y la comunicación en los registros de terapia ocupacional.

Introducción

Los recursos de información y documentación en el contexto profesional sociosanitario, y en terapia ocupacional en particular, son variados y cubren diferentes objetivos, desde los relacionados con el usuario y con los resultados de la atención asistencial, hasta la información sobre calidad (auditorías), sobre recursos humanos (formación, entrenamiento), sobre información financiera (gastos ingresos, presupuestos), sobre seguridad e higiene (evaluación de riesgos), y sobre instalaciones (mantenimiento de equipos o reserva de espacios) (1).

En un registro no todo es válido, hay que saber realizar una adecuada selección de los datos, para documentar las anotaciones. Hay que tener presentes las principales características a la hora de registrar, entre ellas, ordenar la información, seleccionar el léxico apropiado¹, comunicar con claridad, evitar la dispersión, ofrecer información precisa y ser concisos con lo transmitido, entre otras.

La documentación y el registro son una labor imprescindible y necesaria, para que el trabajo del terapeuta ocupacional sea visible, incluso es la mejor forma de mostrar nuestro trabajo, no sólo ante otros profesionales sino también ante los usuarios con los que trabajamos, tanto para transmitir los resultados como siendo parte del resultado

En definitiva, la documentación y el registro son una parte integral de la terapia ocupacional y en muchos países un requisito legal y, por tanto, tienen que demostrar y reflejar los estándares de la profesión.

En este capítulo nos centraremos en la documentación y registro de la información que tiene que ver con la necesidad de facilitar comunicación sobre la evaluación, planificación y proceso de la intervención de terapia ocupacional centrada en el usuario.

Registro y documentación en terapia ocupacional

Beneficios

La comunicación entre profesionales, en especial de las profesiones sociosanitarias, es de vital importancia, no sólo la comunicación oral sino también la escrita, porque perdura en el tiempo. De igual forma, ofrece la posibilidad de un acceso rápido a la información, gracias a la tecnología actual, cuyo objetivo es poder tomar decisiones lo más acertadas posibles. Por tanto, la manera en la que se registra y se documenta la información adquiere una gran relevancia.

Los terapeutas ocupacionales tenemos la oportunidad de mantener una relación interpersonal, mediante el uso de informes oficiales, cartas formales, notas, correos electrónicos o llamadas telefónicas. La selección de palabras, el estilo en la escritura o el discurso utilizado van a ser muy diferentes cuando la comunicación es formal (de carácter profesional) o, por el contrario, se trata de una comunicación informal (de carácter no profesional) (2).

Por tanto, es necesario que los terapeutas ocupacionales hagan constar con exactitud toda la información relacionada con las actividades profesionales, tanto la que tiene que ver con la intervención indirecta como la relacionada con el desarrollo profesional. Este hecho está recogido en los diferentes estándares de la práctica de numerosos países como parte de una regulación de la profesión.

Esta necesidad de escribir y documentar nuestras intervenciones, así como los beneficios obtenidos asociados con el registro, se basa en diferentes aspectos imprescindibles de nuestra profesión, como pueden ser, entre otros, los siguientes (3-5):

- Comunicación del proceso de terapia ocupacional: el equipo con el que trabajamos sabe de nuestras gestiones, siendo éste también un canal de comunicación para obtener información de los procedimientos de otros compañeros. El mayor de los beneficios que obtenemos, por tanto, es la visibilidad de nuestros datos, tanto los de carácter diagnóstico como los de intervención (de esta forma se sabrá cuáles son las estrategias y modalidades que estamos utilizando y por qué se usan). Además, a esta información se le suma la evolución del usuario, permitiendo de esta forma las modificaciones pertinentes no sólo en el diagnóstico ocupacional, sino también en las planificaciones posteriores. Nuestra recogida de datos es una pieza más del rompecabezas que ayuda a comprender las intervenciones que se realizan con la persona (6).
- Justificar la admisión en terapia ocupacional: tras una evaluación ocupacional inicial y un posterior registro podemos mostrar los hallazgos y confirmar la necesidad de llevar a cabo una intervención en terapia ocupacional.
- Ofrecer información válida para otros profesionales, que clarifica la necesidad o no

de derivación.

- Justificar la continuación de la intervención en terapia ocupacional.
- Ofrecer información para los usuarios y sus familiares: éstos tienen derecho a la información sobre el tipo de intervención y el progreso de la persona en estas. Todo ello circunscribiéndose al marco legal que lo ampara sobre aspectos de transmisión de la información (ver apartado «Consideraciones éticas y legales» de este capítulo).
- Elaborar informes para instituciones con el objetivo de valorar la situación del individuo y buscar los recursos asistenciales óptimos para cubrir las necesidades particulares.
- Mejorar la calidad del servicio de terapia ocupacional mediante evaluaciones y auditorías; es necesario mostrar evidencias de las intervenciones y de si éstas son adecuadas, exitosas y responden a las necesidades y objetivos de la institución que ofrece el servicio. La revisión periódica de los registros realizados por el profesional es una base para evaluar la calidad de la asistencia prestada. Con frecuencia, los datos recogidos ayudan a revelar formas de mejorar la asistencia. La investigación de nuevos enfoques es una búsqueda que no tiene fin. Realizar cada cierto tiempo estos controles de calidad hace que se progrese en la evolución de la disciplina que se estudia (6). Por tanto, un registro excelente no garantiza una buena intervención, pero un registro pobre supone un obstáculo hacia la excelencia clínica (7).
- Proteger intereses legales del cliente, servicio, o institución: demostrando responsabilidad legal y ética regulada por los estándares de práctica de la profesión. Además, lo registrado pasa a ser una documentación de carácter legal donde se debe documentar nuestro trabajo de la mejor forma, ya que estos datos puede ser requeridos para situaciones judiciales. De esta forma, nuestras actuaciones siempre estarán descritas y controladas ante posibles requerimientos (6).
- Necesidad de desarrollar proyectos de investigación: es imprescindible registrar datos para después recopilar y estudiar, con el objetivo de que los resultados obtenidos se integren en la formación continuada de los profesionales. A partir de nuestros registros se pueden obtener datos estadísticos, entre otros, los relacionados con el uso de diferentes tipos de intervenciones, el curso de recuperación de los usuarios o listados de problemas localizados en diferentes grupos de usuarios con características similares. De esta forma, el terapeuta ocupacional podrá realizar estudios que permitan describir la gestión de su trabajo en relación con los diferentes problemas relacionados con la ocupación del usuario o en las respuestas a las variables estudiadas (6).
- Educación: una forma eficaz para conocer la naturaleza de un problema de salud (en este caso relacionado con la ocupación de la persona) es la lectura de los datos

recogidos por el profesional. En dicha lectura es posible identificar patrones de información comunes² a otros usuarios, generalizar una evidencia de intervenciones, y obtener un estándar de recogida de datos fiables para sucesivas ocasiones (6).

Las anotaciones y registros también pueden servir como ayudas mnemotécnicas a la hora de saber por qué o cómo intervenimos, además de facilitar la localización de información sobre algo en concreto: si está organizada y clara nos ayuda a obtener dicha información más rápidamente.

Para ello, sería de gran ayuda emplear un sistema o formato que, en la medida de lo posible, estuviera estandarizado y reconocido por la comunidad médica y paramédica, para todos los agentes implicados, y que, además, sea apropiado transversalmente para todos los servicios: psiquiatría, geriatría, pediatría o traumatología, entre otros.

Principios e intención en la documentación

El *registro clínico* se describe como un registro relativo a la salud del individuo y comprendería toda aquella información relacionada con una condición física o mental (en este caso además ocupacional) del individuo. Dicho registro es realizado por, o en nombre de, un profesional de la salud asociado con el cuidado de aquél.

La documentación (1) debe evidenciar el nivel profesional, ético y legal³ de la responsabilidad en el cuidado a otros: debe contener evidencia de toda aquella decisión tomada en relación con el individuo, y determinar que estas decisiones, acciones u omisiones no comprometan la seguridad de la persona. Cuando establezcamos la necesidad de registrar y documentar debemos tener en cuenta unos principios básicos que rigen el objetivo de la documentación. Estos principios o recomendaciones para la documentación son aplicables tanto a los registros escritos a mano como a los realizados en soporte informático (3, 5, 8).

Principios generales

- La terminología utilizada debe ser clara y aceptada (tabla 7.1) según la audiencia «diana». La jerga o terminología empleada en terapia ocupacional es necesaria para sintetizar la información en nuestras notas internas o de progreso (terminología uniforme), pero no para las dirigidas a otros profesionales. Para éstos, puede evitarse la inclusión en el informe de abreviaturas o de frases expuestas en lengua vernácula o en forma de jerga.
- Los registros deben escribirse cuando sea posible con la implicación del usuario, cliente o cuidador, en el caso de que se requiera o sea necesario, sin considerarse como un aspecto general obligatorio. Cualquier negociación o discusión con la persona con referencia a su intervención debe registrarse.
- No deben emplearse abreviaturas, iniciales o acrónimos (salvo los reconocidos por la institución/Administración competente).
- Los informes deben escribirse lo antes posible después de que el suceso haya sucedido.
- En el caso que sea un registro en papel, deben redactarse con tinta azul o negra.
- Los registros deben estar fechados y firmados por la persona que los escribe.
- En el caso de que no se utilicen medios informáticos, no deben emplearse fluidos correctores o rotuladores luminosos.
- Se deben tomar precauciones necesarias y legales asociadas con la confidencialidad de los datos y de la correspondiente custodia o destrucción.

Tabla 7.1 Uso de la terminología en la recogida de datos

Terminológica utilizada en terapia ocupacional. “La persona es incapaz de ponerse los zapatos secundariamente a un déficit en los componentes sensiro-motores en sedestación”
Terminología aceptada por otros colectivos. “La persona muestra falta de equilibrio durante las actividades realizadas cuando está sentado e impide actividades como ponerse los zapatos”
Terminológica utilizada en terapia ocupacional. “El usuario presenta déficit perceptivos de lateralidad de moderado a severo en el vestido”
Terminología aceptada por otros colectivos. “El sujeto es incapaz de localizar la manga derecha cuando se pone la camisa”

Principios sobre estructura

- Es necesario estructurar la información en un formato claro que permita el acceso y la localización de los datos.
- Pueden organizarse en secciones narrativas, protocolizada o de acuerdo con los procesos asistenciales implantados por la institución, o seguir una estructura orientada a problemas de salud (9), y conocida como historia clínica orientada a problemas (HCOP) y anotaciones o registros SOAP, formatos utilizado por diversos profesionales sanitarios y sociosanitarios y que describiremos más adelante. Las anotaciones en SOAP, cuando se emplean para registrar el progreso de la intervención, no son apropiadas para su uso como comunicación externa si se utilizara la jerga o terminología uniforme, siglas o términos médicos.
- Los informes deben ser escritos en orden cronológico y siguiendo el proceso de intervención.
- El nombre de la persona debe estar en todas las hojas empleadas en los informes.

Principios sobre intención y estilo

- Se define como *estilo* la manera en la que nuestros pensamientos se demuestran por escrito.
- Hay que atender a la gramática, composición de las frases y uso de las palabras, entre otros. Los informes deben ser apropiados en términos de escritura (estilo) e intención, intentando expresar las ideas de forma correcta.
- Realizar la descripción de las anotaciones/registros en tercera persona y referirnos a nosotros como «este terapeuta ocupacional».
- Se define como *intención* en la escritura cuando en terapia ocupacional se deben demostrar los estándares de práctica (conciso, con lógica, coherente). La coherencia también incluye escribir en términos de habilidades o déficits y debe hacerse según las necesidades en términos positivos o negativos. Los posibles receptores a los que llegan los informes de terapia ocupacional esperan que las

personas sean evaluadas de una de las siguientes maneras: informes en términos positivos (pone de relieve las habilidades remanentes) o en términos negativos (pone de relieve los déficits). Según las necesidades, ajustaremos el contenido para la comprensión del receptor.

- Eliminar frases superficiales u ofensivas. Los registros tampoco deben contener comentarios sobre enjuiciamiento.
- La descripción del proceso debe hacerse de la forma más explícita posible. No debe contener frases ambiguas (p. ej., «el usuario está “bien” o el usuario ha tenido la intervención “usual”»).
- Narrar hechos concisos y exactos. Las observaciones y conocimiento intuitivo debe contrastarse con información precisa sobre lo que se ha visto u oído (p. ej., «el usuario tiene una apariencia rara», «el usuario actúa con estrategias»).
- Como línea general, nuestra intención en la documentación debe ser expresar nuestro razonamiento clínico.

Aplicación del razonamiento clínico en la documentación

La práctica cotidiana en ocasiones carece de una estructura teórica⁴ que nos guíe en el camino de la intervención. Esta situación es preocupante, ya que nos deja a merced de nuestra experiencia y con pocos razonamientos defendibles más allá de los que por la evidencia práctica (que no teórica) seamos capaces de realizar. El desarrollo de procesos de evaluación ocupacional estructurados será pieza clave en la posterior planificación y desarrollo (10) de la intervención. Esta forma de gestionar la información obtenida es lo que se define como razonamiento clínico.

El razonamiento clínico en terapia ocupacional⁵, tiene su punto de partida en la evaluación ocupacional (11), cuyo objetivo central será generar una estructura para ordenar la información recogida. La idea es que el orden de los datos facilite el procesamiento lógico de la información y, a su vez, que proporcione estrategias de toma de decisiones en las intervenciones y en el seguimiento. Esta estructura hace que seamos más operativos, y es la clave a la hora de desarrollar nuestra intervención con los usuarios y con sus familiares⁶. Es decir, dar una estructura a la información obtenida se convierte en un requisito indispensable a la hora de facilitar el razonamiento clínico⁷.

El razonamiento clínico, en una de sus vertientes (razonamiento clínico diagnóstico) (12), facilita establecer cuáles pueden ser las líneas de trabajo con el usuario, identificando sus posibles limitaciones en la competencia ocupacional y en la gestión de su desempeño. Es decir, posibilita clarificar con mayor exactitud qué sucede y cuáles son las estrategias que deben seguirse. La obtención de esta imagen única se sustenta, entre otros, en los siguientes factores: teóricos⁸, contextos en los que se realiza la intervención⁹, y características personales del usuario y del entorno en el que se desempeña (13).

La adquisición de conocimientos y la toma de decisiones son los dos puntos, inicial y final, respectivamente, de este proceso. Entre ellos, aparecen otras claves de procesamiento y pensamiento básico para desarrollar esta faceta diagnóstica (14) (figura 7.1).

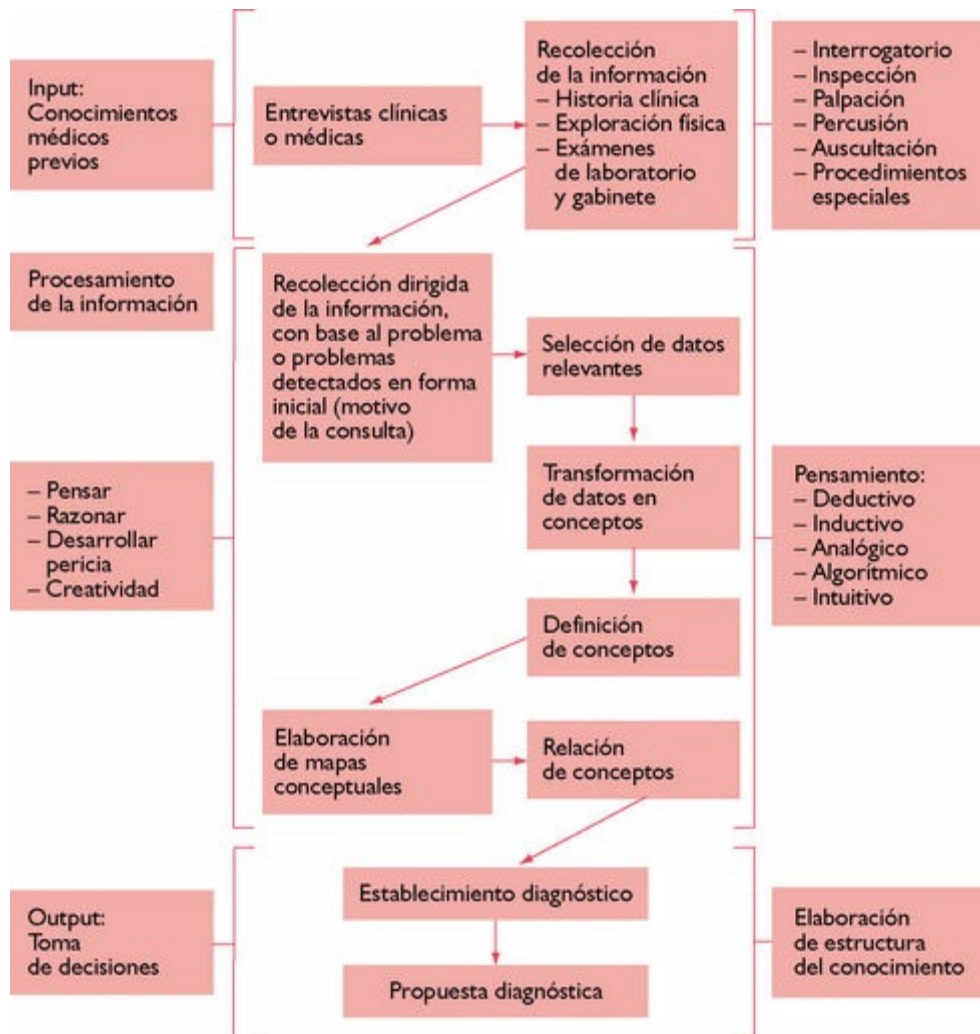


Fig. 7.1 Proceso cognitivo del razonamiento clínico diagnóstico.

Tomada de Padro Veja et al, 2001.

Estructura en la documentación y registro

En ocasiones, en la práctica habitual de la disciplina la ausencia de documentación y de registro de la información es la tónica habitual, y en su mayor medida, se trata de una gestión laboral basada en la intervención dirigida a la consecución de objetivos, sin dotar a esta planificación de una localización de información ajustada a la realidad del usuario. Es decir, se interviene con la persona, pero se desconocen las dificultades reales del alcance en sus actividades o en su ocupación. Somos agentes de la acción sin dotar a ésta de sentido y sin darnos cuenta de que la ausencia de registro en las historias de los usuarios es la peor de nuestras estrategias. Nuestras opiniones profesionales y las planificaciones de las intervenciones se vuelven invisibles, no se documentan y ofrecen una imagen de intervención «mágica-inérgica»¹⁰. Los expertos (15) tienen clara esta situación, y sus estudios recogen datos centrados principalmente en cinco problemas que se repiten con frecuencia:

- Minusvaloración de las tareas propias, tanto por parte de los agentes externos como de los propios compañeros y también de uno mismo. Siempre se antepone la presión de las tareas delegadas que dificulta la realización de las tareas propias de terapia ocupacional. Además, en muchas situaciones no hay criterios unificados para la valoración, por lo que sería aconsejable la unificación de parámetros, por medio del empleo de una misma estructura de valoración en todas las unidades similares y de una guía para su cumplimentación. Hay muchos terapeutas ocupacionales que escriben, pero lo hacen de forma individual, se han enseñado a sí mismos; hay otros en cambio, que no lo hacen porque no les gusta escribir, o les cuesta, no lo consideran algo necesario. Algunos sólo escriben lo más llamativo, aquello que luego puede dar problemas, para «cubrirse las espaldas».
- Dificultades para plasmar por escrito nuestro trabajo por falta de costumbre y desconocimiento del lenguaje apropiado.
- El tipo de dispositivo en el que trabajamos y su gestión estructuran las denominadas «tareas intelectuales». La independencia profesional se consigue si somos capaces de reivindicar nuestro tiempo para nuestras tareas y viceversa. Cada dispositivo, según su ritmo de trabajo, debería tener su tiempo preestablecido para el desarrollo del proceso que, de forma autónoma, se debería realizar.
- Sobrecarga asistencial que deja al profesional sin tiempo para sentarse a escribir y que, lejos de ajustar el tipo de datos recogidos a su disponibilidad, prefiere no redactar los informes y justificarse.
- Formato de hoja no facilitador y difícil de entender sin guías que aclaren cómo y de qué manera debe procesarse el formato.
- Ausencia de refuerzo-motivación.

Ante estas situaciones, los autores intentamos establecer unas recomendaciones que faciliten la estructura, el contenido y el procesamiento de datos tras su recogida.

Determinación del formato

La selección del formato para registrar los datos obtenidos de los usuarios por las diferentes estrategias (directas/indirectas) (v. [capítulo 5](#)) es, quizá, la parte más importante de una buena evaluación ocupacional. Gracias a la selección de una u otra estructura, agilizaremos la toma de decisiones en relación con nuestra intervención profesional. Así, por tanto, una vez seleccionada esta configuración, pasará a ser la estructura teórica que repetiremos una y otra vez en nuestra cotidianeidad profesional.

En esta selección influyen características que incluso están por encima de nuestra capacidad de ajuste y que vienen impuestas, en este caso, porque el lugar de trabajo influye en la selección de una estructura más o menos minuciosa, con datos seleccionados por pruebas estandarizadas o por el contrario obtenidos de entrevistas semiestructuradas. Ante esta situación, los espacios, el tiempo, los recursos, los medios de los que dispongamos, el tipo de usuario, la formación del profesional, la posibilidad de acceso al contexto y entornos del usuario o población que se estudia, van a ser, entre otras, variables a la hora de decidir cómo y de qué manera ajustaremos el formato de nuestra evaluación ocupacional.

Una buena selección será posible si logramos un equilibrio entre los factores descritos con anterioridad, a los que añadiremos una flexibilidad¹¹ por parte del profesional para incorporar o hacer que este proceso sea un sistema abierto, capaz de poderse modificar en cada persona que lo necesite o incluso crecer día a día para consolidarse.

Para facilitar la selección de una u otra estructura, deberemos tener en cuenta (16):

1. Funciones principales de esta estructura teórica, que pueden agruparse en los siguientes apartados:
 - a. Debe favorecer la atención al individuo y a la familia.
 - b. Es necesario que garantice la calidad de la asistencia y la buena comprensión de lo que sucede para poder actuar.
 - c. A su vez, debe originar una base de datos que nos sirva para poder ver de forma longitudinal lo estudiado.
2. Estructura de la información:
 - a. Datos básicos.
 - b. Lista de problemas y competencias ocupacionales.
 - c. Plan inicial.
 - d. Notas de evolución.

Las combinaciones entre estas variables son infinitas y podremos manejarlas en función de la necesidad, sin perder de vista el intento de gestionar la más acorde con

nuestras necesidades, con el entorno laboral y con el tipo de población con la que trabajemos.

A todo esto tendremos que sumar la estructura teórica que nos sustente (v. [capítulo 4](#)), ya que ésta será la base para entender lo que sucede. De esta forma, una misma estructura puede ser gestionada bajo un aporte teórico, pero en cambio no tiene cabida con otras. Por ello se recomienda hacer el esfuerzo de generar formatos inclusivos con el mayor número de aportes teóricos, ya que de esta forma el profesional o los profesionales podrán trabajar con sistemas más sensibles en la recogida de datos de poblaciones heterogéneas¹².

En definitiva, cada profesional puede gestionar su propio formato para ordenar la información obtenida, así como sus propias particularidades a la hora de cumplimentarlo. De todas formas, con el siguiente apartado pretendemos establecer unas normas generales para la selección del tipo de estructura.

Tipos de formatos

Existen diferentes tipos de informes elaborados por el terapeuta ocupacional que pueden ser requeridos o no por otros profesionales o incluso por los familiares (v. apartado «Consideraciones éticas y legales»). Son los siguientes: evaluación y diagnóstico ocupacional; plan de intervención y formulación de objetivos; progreso y consecución de objetivos; alta o valoración final, y seguimiento en el momento del alta.

Los informes de evaluación y diagnóstico ocupacional ¹³ tienen, entre sus funciones, establecer el punto de partida de las intervenciones de terapia ocupacional. Por tanto, contienen datos recopilados durante el proceso de evaluación inicial y una interpretación de los resultados de ésta. Es una necesidad y una obligación realizar esta tarea de documentación antes de la implementación de las intervenciones (2). Este informe deberá mostrar cuáles son las ocupaciones más limitadas o en riesgo de ser limitadas. Es fundamental que esta información sea de carácter objetivo y evitar el desarrollo de comentarios subjetivos. Esta diferencia es relevante a la hora de entender el proceso de desempeño y cómo se ha realizado en vez de conocer la impresión personal de un terapeuta ocupacional sobre un usuario¹⁴. Además, por lo general, se documentará un plan inicial de atención (plan de atención, plan de tratamiento o plan de intervención). Este plan (17, 18) incluye objetivos funcionales medibles y acotados en el tiempo para el usuario (v. apartado «Objetivos y plan de intervención»), desarrollo de abordajes y tipos de intervención, junto con la descripción del uso de técnicas en el caso de que se utilicen (v. capítulo 6).

Para llegar a esta circunstancia, es necesaria una evaluación ocupacional que variará en función del contexto en el que se trabaje; así, por ejemplo, en unidades de corta estancia resulta muy difícil llevar a cabo una evaluación exhaustiva. Se recomienda que se realice una evaluación lo más completa posible para cada usuario (10), teniendo en cuenta las limitaciones, como el tiempo. Como hemos mencionado con anterioridad, esta dificultad puede requerir que algunos profesionales tengan que abreviar el proceso de evaluación y documentación. Aun así, la documentación debe contener suficiente información para comunicar que la terapia ocupacional es la disciplina adecuada para proporcionar la intervención necesaria y que la intervención se traducirá en cambios en la función del cliente (19).

Puntos en común, propuesta de ajuste de la información¹⁵

Cuando la evaluación se esté llevando a cabo en el hábitat natural de la persona (p. ej., en su barrio o en su domicilio), nuestra capacidad para observar el funcionamiento del sujeto será el resultado de una combinación de diplomacia, delicadeza y oportunismo, dando por sentada la destreza del terapeuta para observar y

comunicarse. Debemos ser conscientes de las dificultades asociadas con la evaluación en tales circunstancias. Cuando nos introducimos en la vida de las personas con las que intervenimos, éstas pueden sentirse invadidas en su intimidad, molestas por nuestra presencia o inhibidas, y sus reacciones pueden malograr los resultados de nuestra evaluación¹⁶.

La evaluación del entorno físico, social, cultural y de los recursos económicos tiene especial relevancia, en particular cuando estos aspectos están relacionados con la autonomía del sujeto. Debemos explorar las necesidades laborales, de vivienda, y la red de apoyo social y de recursos sociales y económicos¹⁷. El soporte informal aportado por familiares, amigos y allegados, así como el apoyo formal dado por miembros de otros servicios sociales, asociaciones o voluntarios, son aspectos de una importancia capital en la evaluación. Las expectativas del grupo de referencia del sujeto influyen sobre el funcionamiento individual; por tanto, debemos evaluar las creencias y la motivación de los agentes que sustentan la red de apoyo social con respecto al desempeño del sujeto. También debemos identificar los vacíos en la red apoyo y soporte –por ejemplo, momentos en los que puede faltar temporalmente la ayuda, como en períodos vacacionales, o ausencia de apoyo emocional o pobre motivación o expectativas del entorno para el cambio del individuo–. Por último, la evaluación debe también contemplar aquellas capacidades cognitivas, sensoriomotoras, efectivas y relacionales que se encuentren alteradas y que puedan condicionar el desempeño ocupacional de cada sujeto evaluado (13, 20).

En cualquier caso, en estas páginas proponemos un formato de registro o modelo de historia clínica, el HCOP, que sirve de guía para reseñar los datos derivados de las diferentes fases de gestión del caso en terapia ocupacional.

No obstante, el registro de los datos obtenidos durante la intervención (evaluación, planificación y valoración de resultados) puede seguir otros formatos o protocolos, en muchas ocasiones generados *ad hoc* por cada terapeuta ocupacional, para dar respuesta a las necesidades singulares de su servicio. Así, es también muy frecuente que encontremos protocolos específicos de registro de datos para las distintas fases del proceso de intervención (v. apartado «Tipos de informes y su razonamiento clínico»)¹⁸.

Historia clínica orientada a problemas (3, 21, 22)

En la década de 1960, el microbiólogo Lawrence Larry Weed desarrolló un modelo de historia clínica que permitía hacer un registro dinámico de la información, que favorecía la comunicación, la docencia y la investigación, a la vez que también daba libertad para consignar aquellos eventos relacionados con las intervenciones. A dichos eventos los definió como «problemas» y a esta historia la denominó «historia clínica orientada a problemas» (HCOP).

El autor define problema como «todo aquello que requiera diagnóstico, manejo posterior, o interfiera con la calidad de vida, de acuerdo con la percepción de la persona» (Weed, 1966) y son varias las circunstancias, hechos o padecimientos que pueden ser considerados problema, y como tal deberán ser incluidos en la HCOP, como son los relacionados con la terapia ocupacional.

Cada *problema* puede, a su vez, ser clasificado con diferentes criterios de acuerdo con su momento de aparición (nuevo o conocido), su duración (agudo, crónico) o según su registro (atendidos, no atendidos, principales, asociados). Cuando se consigna en la historia un *problema* debe hacerse según el máximo grado de certeza que se tiene en ese momento; por lo tanto, no será un problema un término vago o no concreto, algo que debe descartarse o una sospecha.

Por otro lado, cuando se registre que un problema es *inactivo*, es decir, que a lo largo de la intervención se ha resuelto, es registrado, fechado y firmado como tal. Al igual que si ocurre un nuevo problema también se debe fechar y registrar como *activo*.

La HCOP¹⁹ en terapia ocupacional contiene los siguientes elementos o partes diferenciadas de tipos registros:

1. Base de datos, referentes a:
 - a. La información general de la persona: nombre, edad, diagnóstico, dirección, fecha de admisión, razón de derivación, médico y otros servicios implicados.
2. Listado de problemas o diagnóstico ocupacional en terapia ocupacional.
3. Anotaciones clínicas.

Registros SOAP (3)

La estructura de las notas de registro sobre la información de progreso o evolución durante el procedimiento de gestión del caso, consta de cuatro partes conocidas como SOAP²⁰ (23) y compone los comentarios que se escriben sobre el progreso del usuario. Éstos se realizarán de manera específica siguiendo los siguientes apartados:

- S. Subjetivo. Será toda aquella información recogida de la persona;

impresiones/expresiones del usuario: cómo se siente, lo que nos dice; impresiones del terapeuta, entre otras.

- **O. Objetivo.** Aquella información relativa a observaciones clínicas objetivas; mediciones/evaluaciones como rango articular, sensación, nivel de independencia: datos positivos y negativos.
- **Análisis/Valoración.** Una vez se han recogido los datos en la evaluación y estudio se procede a un análisis y a la posterior denominación del problema: valoración de los datos obtenidos del apartado subjetivo y objetivo.
- **P. Planificación.** En este apartado se anotarán los pasos que deben tomarse una vez se valoran los datos objetivos y subjetivos. Comprenderá la planificación de las acciones profesionales que se adoptarán para resolver el problema, de tipo diagnóstico (se utilizarán más pruebas para aclarar las hipótesis encontradas), de tipo terapéutico (se determinarán las indicaciones terapéuticas necesarias), de seguimiento (se exponen acciones de control de evolución) o de educación (breve descripción de la información que se le comunica a la persona acerca de su situación o intervención a realizar).

Contendrá, por tanto, la determinación de terapéuticos, o resultados funcionales, a corto y a largo plazo (tabla 7.2), así como el tipo de método empleado para conseguirlo o la frecuencia. Debe tenerse en cuenta que según el evento al que se hace referencia en los registros o anotaciones clínicas no siempre se puede o es necesario escribir los cuatro apartados (tabla 7.3), a veces sólo son necesarios «S» y «P».

Tabla 7.2 Registro SOAP

S. Sr. A parece bastante cansado hoy se queja de que no ha dormido por el constante ruido en planta.
O. Sr. A es incapaz de posicionar un clavo en un lugar marcado y necesita asistencia física para clavar utilizando un martillo de forma adecuada. Requiere de constante ánimo para seguir trabajando.
A. Sr. A necesita más oportunidades para practicar utilizando martillo y clavo, inicialmente con asistencia.
P. Para las siguientes 2 sesiones el Sr. A se implicará en el taller de carpintería con trabajos donde existan marcas y desarrolle más la coordinación.

Tabla 7.3 Registro SOAP Variante

S. El usuario expresa preocupación por su situación financiera.
P. Derivación al trabajador social.

Tipos de informes y su razonamiento clínico

Una vez recogida la información, tendremos que recopilarla y estructurarla: por ello, en este apartado intentaremos detallar de qué forma se estructuran dichos informes.

Evaluación-diagnóstico ocupacional²¹

En este caso, y de acuerdo con las recomendaciones de varios autores (10, 17, 20, 24), podremos llevar a la práctica este desarrollo teórico de la siguiente manera:

1. Datos generales de filiación del usuario.
2. Recogida de datos (anamnesis): tendrá que tener como mínimo los siguientes datos, elaborados de manera narrativa o descriptiva, en función de la selección del profesional:
 - a. Información de la derivación, en el que caso de que exista.
 - b. Información de cómo llega el usuario a nosotros: en este caso se puede iniciar describiendo lo que le pasa al usuario o cuánto tiempo hace que le sucede, entre otros aspectos. En este apartado sería adecuado recoger las fechas destacadas de los procesos vividos, así como el resumen de los procesos más destacados, ya sean documentados por el usuario o mediante informes o familiares directos.
 - c. Objetivo de la derivación, en el caso de que la tuviera.
 - d. Posibles diagnósticos previos (no sólo médico, que debe tenerse en cuenta, pero no como eje de nuestra intervención).
3. Recogida de datos sobre entornos y contextos: entre otros, ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas, edades de los hijos si los hay, fallecimiento de los parientes más cercanos ²².
4. Procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales¹⁰: en este caso es recomendable establecer un perfil ocupacional previo a nuestra evaluación. La información obtenida durante la elaboración del perfil ocupacional nos permitirá discernir importantes aspectos de cara a nuestra intervención; a saber: cuáles son los problemas más relevantes que presenta actualmente el usuario en la realización de sus ocupaciones y actividades cotidianas; cuáles son las áreas de ocupación en las que se desenvuelve con éxito y en cuáles tiene problemas, limitaciones o riesgos; qué contextos apoyan y cuáles inhiben la implicación del sujeto en las actividades que desea realizar; cuáles son las experiencias vitales, deseos, valores e intereses que dan sentido a su quehacer cotidiano; cómo eran sus patrones de actividad previos y qué significado les atribuía. Dicho de otro modo, cuál es la historia ocupacional del sujeto evaluado y cuáles son los resultados esperados de la intervención del terapeuta ocupacional²³. Una vez elaborado el perfil ocupacional,

seleccionaremos aquellas actividades específicas que el sujeto no puede hacer o que tiene problemas para realizar. Éstas serán analizadas detalladamente en el segundo paso del proceso de evaluación inicial, el análisis del desempeño²⁴. Por medio del análisis del desempeño de aquellas actividades que la persona desea o necesita hacer y en las que presenta dificultades, podremos generar una explicación hipotética de las dificultades o problemas para su realización, explicación que se articula en torno a la interacción múltiple, interdependiente y cambiante entre los patrones y destrezas de desempeño, las estructuras y funciones corporales y psicológicas del sujeto (factores del cliente), las demandas que requiere cada actividad para ser llevada a cabo y el entorno o contexto en que esa actividad u ocupación tiene lugar²⁵.

5. Todo ello facilitará el desempeño y competencia ocupacional previa y la actual antes de generar nuestras hipótesis. Además, es importante que en la recogida de datos se describa cómo se encuentran los subgrupos de actividades pertenecientes a las diferentes áreas en la actualidad, y debe tenerse presente no cometer el error de evaluar por separado, ya que se deben concatenar las actividades en las que se desglosa cada una de estas áreas con las siguientes variables:
 - a. Características²⁶ del usuario.
 - b. Destrezas o habilidades de ejecución.
 - c. Niveles de desempeño o patrones de ejecución (rutinas, hábitos, roles).
 - d. Demandas de la actividad y cómo afectan al desarrollo de las áreas.
 - e. En su defecto, también el entorno/contexto²⁷.
6. Describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación: con herramientas estandarizadas o no estandarizadas, con fuentes directas o indirectas durante las diferentes fases previas a la elaboración del diagnóstico ocupacional, intentando documentar los procedimientos y/o pruebas usadas para recoger esta información, nombrando cuáles han sido y, en su defecto, si es importante detallarlos. Es importante concretar también la fecha por si hay reevaluaciones posteriores; así será posible detectar cambios en el caso de que los hubiese.
7. Otros datos de interés: al intentar proponer una estructura tan abierta e inclusiva es necesario que exista un apartado donde profesionales que tengan formación específica en diferentes marcos de referencia teóricos o modelos de práctica puedan incluir todos aquellos datos que en los anteriores espacios no hubieran podido recoger por su concreción, entre ellas, denominación de las herramientas de evaluación utilizadas o aspectos relacionados con las capacidades, entre otros.
8. Llegados a este punto, sería óptimo hacer una reflexión sobre todo lo recogido, desarrollando el proceso de evaluación comprensiva²⁸: durante esta fase determinamos los factores que causan o mantienen las dificultades o limitaciones en el desempeño ocupacional del usuario evaluado. Dicho de otra forma, establecemos los cambios en las capacidades individuales –consecuencia, a su vez,

de un accidente o enfermedad, del proceso de envejecimiento o de una alteración congénita – ; la carencia de destrezas –ya sea porque no han sido adquiridas o se han deteriorado o perdido – ; el deterioro o ausencia de patrones de desempeño – su desorganización, falta de consolidación o presencia de patrones disruptivos– y los cambios en el contexto –debidos a modificaciones del entorno físico, social, cultural o a cambio en el ciclo vital, jubilación, trabajo o estudios – . Por tanto, se intentará acotar y describir las posibles hipótesis aparecidas, intentado interpretar el significado de los hallazgos o los resultados que reflejen las necesidades ocupacionales de este usuario. Éste es el denominado diagnóstico ocupacional²⁹, clave como punto y final de la evaluación ocupacional inicial y en el comienzo de la fase de planificación de la intervención. El terapeuta ocupacional, a lo largo de la evaluación comprensiva³⁰, establece hipótesis que relacionan las alteraciones en el desempeño ocupacional en cada área con los déficits en las capacidades, las destrezas y los patrones de desempeño, así como con las características y cambios en los contextos en que dichas actividades se realizan.

9. Diagnóstico ocupacional o listado de problemas: la elaboración de un diagnóstico ocupacional o listado de problemas es otro paso fundamental. Como recomendación básica, deben enumerarse en orden de importancia, ya que esta situación tiene como principal función ayudar en el diseño de un plan de intervención que consiga cumplir con los objetivos marcados. Debe describirse la fecha en la que se establece el diagnóstico ocupacional, así como las acciones o intervenciones que se quieren llevar a cabo para resolverlo o para evitarlo³¹.
10. Un plan de intervención, incluidos los objetivos, la frecuencia, duración y lugar de la intervención, así como la descripción del tipo de abordaje, tipo de intervención y técnica, modalidad y método³².
11. Continuidad de la atención en el departamento, pudiendo incluir la comunicación a través de turnos, con las diferentes disciplinas con las que trabajemos.

Objetivos y plan de intervención³³ (3, 25, 26)

Este registro documenta qué hará el terapeuta ocupacional (intervención) para mejorar el nivel de competencia ocupacional e incluye los objetivos y resultados que se ajustarán, entre otros aspectos, a las capacidades funcionales de la persona, a las habilidades cognitivas, a la naturaleza de la problemática o patología y al entorno en el que se desarrolla la actividad del individuo.

En esta parte de la documentación describiremos lo que queremos que consiga la persona (en negociación con él y/o con el familiar) partiendo del «estado no deseado» y yendo hacia el «estado deseado» (resultado funcional). Los objetivos deben ajustarse al tipo de institución en la que nos encontremos (unidad de hospitalización, rehabilitación, cuidados domiciliarios, entre otros). El terapeuta ocupacional

capacitará y facilitará al usuario o cuidador para que consiga los objetivos marcados. El contenido del documento constará de varios apartados en los que se demostrarán los objetivos a largo plazo, asociados a éstos los objetivos a corto plazo y, a continuación, las actividades terapéuticas o métodos de intervención (figura 7.2).

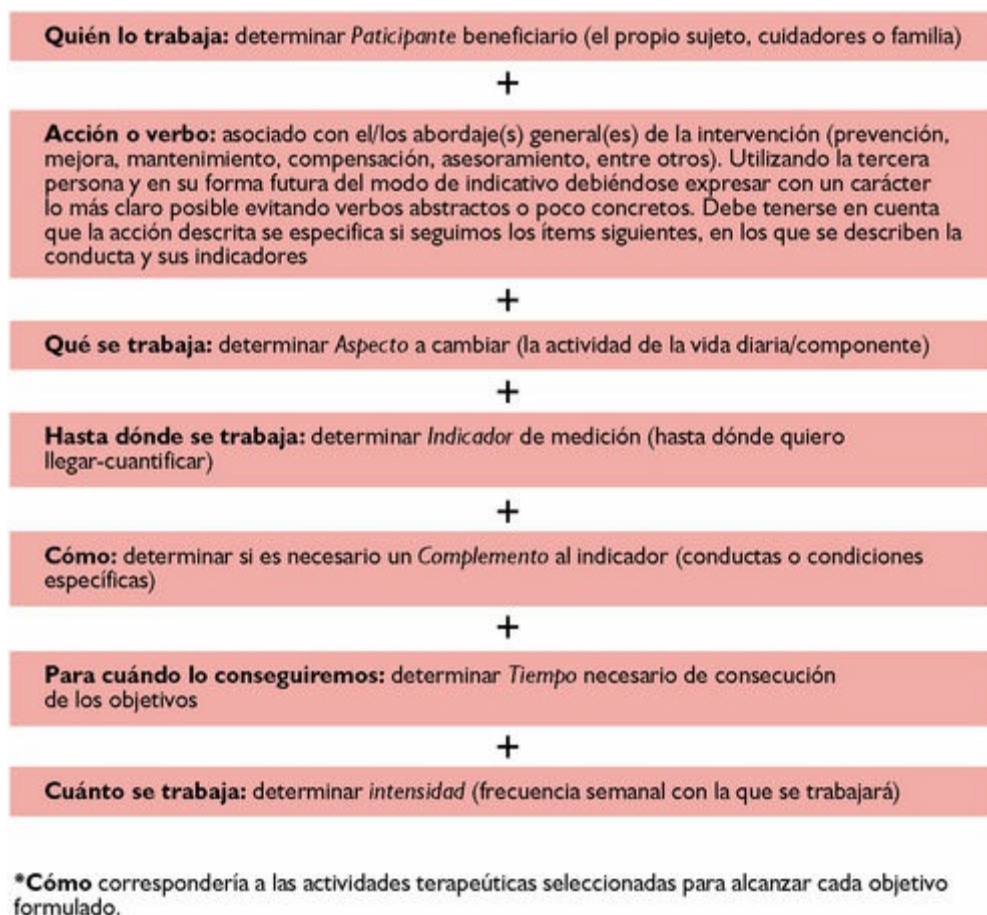


Fig. 7.2 Elementos que deben registrarse en la formulación de los objetivos en terapia ocupacional.

Modificada de Labrador, 2011.

Objetivos a largo plazo

El objetivo debe reflejar «dónde queremos llegar» –áreas de desempeño ocupacional: limitaciones funcionales (el nivel de limitación funcional se verá disminuido), razonamiento para disminuir la limitación funcional, cambio que se quiere para el término de la intervención, objetivos negociados con el usuario y con el cuidador – . Cada uno de los objetivos a largo plazo debe reflejar una única área de desempeño.

Objetivos a corto plazo

Se refieren a la mejora inmediata de aquellas habilidades o funciones definidas, o al trabajo que debe realizarse sobre los componentes de la ejecución, que, unidos,

pueden mejorar la disfunción o el desempeño ocupacional. Son tareas concretas o componentes que deben mejorarse para alcanzar el objetivo a largo plazo y cuyo cambio se puede esperar por ejemplo entre 7, 14 o 30 días, dependiendo de la naturaleza de la problemática.

Una estrategia que permite la formulación de los objetivos, tanto a corto como a largo plazo, de forma precisa y clara, es identificar y reflejar las partes de que se componen. Así, para su redacción consideraremos los siguientes ítems:

1. Participante o «actor» principal. El beneficiario de nuestros objetivos debe ser siempre el usuario, aunque es importante recordarlo ya que podemos hacer intervenciones con otros participantes (cuidadores, personal auxiliar, enfermería, entre otros); aun así, nuestro objetivo último es la persona. En la formulación del objetivo debe entonces reflejarse el participante escogido.
2. Acción o verbo. Asociado con el abordaje o con los abordajes generales de la intervención (prevención, mejora, mantenimiento, compensación, asesoramiento, entre otros). Utilizando la tercera persona y en su forma futura del modo indicativo, debemos expresarnos con un carácter lo más claro posible, evitando verbos abstractos o poco concretos. Debe tenerse en cuenta que la acción descrita se especifica si seguimos los ítems siguientes, en los que se describen la conducta y sus indicadores.
3. Aspecto que debe cambiar. Será el cambio esperado de la habilidad, o aspecto de la habilidad, que la persona debe desempeñar o demostrar como resultado de nuestra intervención. Se reflejará en términos de área/tarea (para objetivos a largo plazo), o sub-tarea o componente (para objetivos a corto plazo). Los aspectos que deben cambiar deberán corresponder, lógicamente, a los identificados en el listado de problemas (que se desprenden de la evaluación), y que nos servirán de guía para la organización, estructuración y enumeración de los objetivos.
4. Indicadores de medición. Se refieren a la cantidad de cambio esperado y se reflejarán en términos de medida. Las mediciones son las que nos indican objetivamente el impacto de nuestra intervención. Las podemos clasificar en categorías en: indicadores directos (mediciones concretas llevadas a cabo con instrumentos de valoración específicos (p. ej., fuerza, rango articular o equilibrio), indicadores de dependencia siguiendo los niveles de asistencia requeridos (p. ej., con asistencia verbal de una persona, asistencia moderada, asistencia física de una persona, con uso de productos de apoyo, entre otras), o indicadores funcionales de compromiso (grado de participación activa en las actividades de la vida diaria, p. ej., realizará la actividad tres veces al día). Nuestros objetivos pueden incluir varias de estas mediciones según sean a largo plazo o a corto plazo. Es importante determinar estos indicadores para poder establecer cuándo se alcanzan los objetivos o si, por el contrario, siguen activos una vez se realicen las sucesivas revaluaciones.

5. Conducta. Determinará otros aspectos del resultado esperado en términos de condiciones y que completan los indicadores de medición. Por ejemplo, el usuario exhibirá o mostrará que puede realizar actividades de cocina de forma autónoma y sin peligro.
6. Tiempo de consecución. Determina para cuándo pretendemos conseguir este cambio, determina el período de tiempo necesario para completar el objetivo. Los objetivos a corto plazo pueden moverse en intervalos por ejemplo de menos de 4 semanas y los de largo plazo, por ejemplo de más de 4 semanas, dependiendo del tiempo de institución y naturaleza de la problemática o patología-disfunción con la que se trabaja.
7. Frecuencia de nuestra intervención. Identificará cuántas veces necesitaremos trabajar este objetivo con la persona en un intervalo de una semana, para que se desprenda la intensidad con la que se interviene en un aspecto funcional para conseguir el resultado funcional deseado.

Nos gustaría aclarar que esta recomendación no debe interpretarse como una regla estricta e invariable; su único propósito es facilitar la exposición de los objetivos, aunque cada terapeuta debe ajustar estas orientaciones a las características particulares de su quehacer cotidiano y a su propio estilo.

No obstante, sí nos gustaría enfatizar que, cuando describimos un objetivo, es necesario que su redacción adquiera una forma que haga posible juzgar su consecución. Para lograrlo, una estrategia útil es redactarlos reflejando los *resultados funcionales*³⁴ que se esperan lograr con cada objetivo (v. el apartado «Determinación de los objetivos de intervención» en el [capítulo 6](#)).

En el caso de que sea necesario elaborar un informe para otro terapeuta ocupacional, o que se nos requiera un informe más detallado, deberá procederse a la elaboración de un informe en el que se incluyan, además de los objetivos propuestos, las propuestas asociadas con estrategias, tipos de intervención, métodos, técnicas o modalidades que vamos a emplear para alcanzar el objetivo propuesto. Es decir, reflejamos *cómo* vamos a conseguir los resultados funcionales esperados. En esta parte de la documentación también se demuestra la singularidad de nuestra profesión, que es el de trabajar con la ocupación del usuario. La actividad o intervención seleccionada para cada objetivo se documentará de forma muy breve y escueta, destacando todos sus aspectos, mediante el uso, para ello, de los estándares recomendados de la disciplina³⁵.

Progreso-consecución de objetivos³⁶

Una vez completados los informes de evaluación-diagnóstico ocupacional e intervención, ya estamos preparados para implementar la intervención y registrar el progreso. Los registros de progreso servirán como evidencia de evolución y

justificación del beneficio de la terapia ocupacional, e indicaremos todo lo acontecido durante la intervención y su implementación, así como el resultado obtenido.

El contenido de dicho informe deberá reflejar la siguiente información significativa:

- Cambios entre otros de su estado físico/mental/social y ocupacional del usuario.
- Mejoría objetiva medida en grados, niveles, escalas, otras.
- Respuesta de la persona (información relevante respecto al progreso, tanto porque éste no se produzca, como por signos de mejora, aspectos físicos y conductas).
- Equipamiento/ayudas técnicas que se le asignan al usuario o cuidador.
- Uso que se ha dado (efectividad) por parte del usuario/cuidador del equipo adaptado, ortesis e instrucciones de empleo.
- Utilización, variación de actividades en el método.
- Cambios en la frecuencia y razones para ello.
- Participación, asistencia o razón de la falta de asistencia.
- Incidentes (caídas, dolor, quemaduras, otras).
- Precauciones tomadas durante las intervenciones específicas.
- Contactos con la familia, cuidadores, doctores, enfermería. Breve resumen de lo discutido.
- Información/educación que se le ofrecido al usuario/cuidador.
- Revaluaciones efectuadas:
 - Enumerar los tests utilizados.
 - Notas comparativas.
- Revisión de objetivos: si el objetivo no se cumple en el plazo esperado, documentar la necesidad de continuación o de restablecer nuevos objetivos.

Alta o valoración final³⁷

Al dar por concluidos los servicios de terapia ocupacional, una vez que el usuario ha alcanzado sus metas u otra circunstancia que requiere la finalización de nuestra intervención, es necesario realizar un resumen de nuestra labor asistencial, así como de los comentarios sobre los posibles avances logrados (10, 17, 20). La Orden de 6 septiembre de 1984 (27), sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para usuarios atendidos en establecimientos sanitarios, es clara en su redacción: Artículo 1. *Se establece para los usuarios que, habiendo sido atendidos en un establecimiento sanitario, público o privado, hayan producido al menos una estancia.*

Si bien la responsabilidad del informe de alta concierne al médico responsable en el caso de entorno hospitalario, el resto de profesionales son copartícipes de una u

otra forma de dicha alta, por lo que la recogida final de datos es un aspecto que no se puede perder. En resumen: tras nuestra intervención la mejor forma de obtener un resultado es recopilar los datos que se han manejado. Esto nos situará en la corresponsabilidad de nuestra acción, pudiendo generar, entre otros aspectos³⁸, calidad de nuestros registros e información de importancia para otros profesionales acerca de nuestros resultados.

Por tanto, el informe de final de nuestra intervención contará, al menos, con dos copias: una que se incorporará al historial general del usuario y otra que será remitida al dispositivo al que sea derivada la persona. En el caso de que tengamos que ofrecer además una copia al interesado o familia, deberemos regirnos por las leyes de historias clínicas, en las que se recogen los principios de entrega de información³⁹, empleando descripciones concisas y claras en un lenguaje entendible por una persona que no es profesional. Además, en el caso de recomendaciones en el momento del alta, es importante que se describa cómo deben realizarse dichos procedimientos, llevando a cabo un refuerzo con instrucciones impresas en el caso de que se pueda incorporar. Asimismo, es importante indicar las posibles precauciones que deben tenerse y elaborar un listado de situaciones que afecten al desempeño para, de esta forma, lograr un sistema de cribado que nos informe de los posibles retrocesos en la evolución posterior al alta. Para finalizar dicha información, los datos de localización del profesional⁴⁰, en caso de necesidad de contactar con él, son también una pieza importante, por lo que tienen que reflejarse de forma clara para el usuario o para su familia (6).

Queremos avisar de que, en el caso de que el informe de valoración final o alta tenga una finalidad de envío a otro profesional, se podrán incorporar y ajustar estas recomendaciones, teniendo en cuenta que la información tenderá más hacia una visión más adaptada a este tipo de informantes. En este caso, las recomendaciones que hacemos para elaborar este documento pasan por ser de identificación y de información de, entre otros: antecedentes, motivo y cómo fue la llegada de la persona al dispositivo en el que trabajamos, información relativa a su perfil ocupacional y a su situación real en el momento de la evaluación ocupacional inicial. Asimismo, incorporaremos el diagnóstico ocupacional realizado y describiremos de forma escueta el plan de intervención. La descripción de la evolución y el cumplimiento de objetivos obtenidos, junto con las recomendaciones de cara al alta, son los datos que siempre deben aparecer en este documento.

Así, podemos hablar de los siguientes puntos que deben tenerse en cuenta en la elaboración de una valoración final de terapia ocupacional⁴¹:

1. Identificación de la institución de trabajo⁴².
2. Identificación del usuario. Número de historia clínica del usuario en el centro en el que haya sido atendido.
3. Fecha de nacimiento del usuario. Con un formato estándar, se recomiendan día,

mes y año (dos dígitos por campo, excepto el del año que será de cuatro).

4. Sexo del usuario: 1, hombre; 2, mujer; 3, estados intersexuales o indeterminados (sólo en usuarios con alteraciones que no permiten la asignación a alguna de las categorías anteriores).
5. Residencia del usuario. Se refiere al domicilio de residencia habitual o, en su defecto, a aquel en el que esté empadronado. Se recogerá en los siguientes campos:
 - a. Provincia de residencia.
 - b. Municipio de residencia.
 - c. Domicilio de residencia: tipo de vía, nombre de la vía, número, código postal.
6. Financiación. Se refiere a las posibles opciones de asistencia que recibe el usuario: sistemas nacionales o autonómicos de salud, mutuas, hospitales privados, entre otros.
7. Código del servicio en el que trabaja el terapeuta ocupacional o, al menos, el nombre de la unidad en el que trabaja.
8. Fecha de ingreso del usuario.
9. Circunstancias de ingreso: se refiere al carácter y el área asistencial de procedencia del ingreso. Se codificará en los siguientes campos:
 - a. Tipo de ingreso: ingreso urgente, ingreso no urgente.
 - b. Ámbito de procedencia.
10. Descripción de datos sobre su ocupación en el momento de nuestra asistencia.
11. Diagnóstico ocupacional⁴³ que se obtienen tras el proceso de recogida de datos.
12. Procedimientos realizados por terapia ocupacional durante el ingreso: se recomienda que se utilicen los recomendados por protocolo de terapia ocupacional⁴⁴.
13. Evolución.
14. Fecha de intervención de terapia ocupacional: comienzo del proceso.
15. Otros procedimientos realizados que puedan afectar al trabajo de terapia ocupacional: pueden ser otro tipo de intervenciones realizadas sobre el usuario, nombrando, al menos, al profesional que las realizó.
16. Circunstancias en el momento del alta del usuario.
17. Recomendaciones para el alta: todo ello si es necesario.
18. Fecha de alta del usuario.

Este desglose de ítems y su cumplimentación están sujetos, como mencionamos con anterioridad, al encuadre laboral; por esta razón, y ante esta situación, pretendemos ofrecer otra alternativa más sencilla que incorpore, como mínimo, los puntos más relevantes⁴⁵ y que sea de fácil cumplimentación (figura 7.3).

Informe de datos básicos de terapia ocupacional al alta					
Identificación del hospital		Área sanitaria de Ferrol			
Número de historia del usuario		20225826			
Fecha de nacimiento		12	12	1987	
Sexo		1 Hombre	2 Mujer	3 Otros	
Residencia		Rúa Callao, 252, piso 8B. Ferrol. A Coruña			
Financiación		SERGAS			
Código del servicio		Hospitalización de Agudos de Psiquiatría			
Fecha de ingreso		12	01	2009	
Circunstancias del ingreso		Descompensación psicótica en usuario con diagnóstico médico de Esquizofrenia Paranoide			
Diagnóstico ocupacional		Limitación en AVDI (cuidado de la salud) como consecuencia de presencia de hábitos dominantes en entornos no favorables			
Objetivos de intervención		Favorecer el cuidado de la salud			
Procedimientos ¹		Estrategia		Modalidad	
		<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la salud ocupacional Restauración de hábitos 		<ul style="list-style-type: none"> Uso terapéutico del Yo Uso de ocupaciones y actividades 	
Evolución		Durante la fase de intervención, aparecen intereses relacionados con actividades que realizaba antes de comenzar con el consumo de hábitos dominantes. Mantiene rutinas condicionadas a la presencia de hábitos útiles			
Fecha de intervención		Ingreso	12	01	2009
		Alta	22	01	2009
Otros procedimientos		Psicólogo clínico: Terapia de grupo			
Fecha de alta		22	01	2009	
Circunstancias del alta		Circunstancia	Alta médica		
		Lugar	Domicilio		

¹Este ítem no tiene por que utilizarse en todos los informes que se realicen al alta. Para más información ver nota 31 al pie de página 148.

Fig. 7.3 Propuesta de informe corto de terapia ocupacional al alta con datos mínimos para cubrir Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Tomada de Talavera, 2009.

Seguimiento en el momento del alta

Después del alta, el seguimiento podría verse como una forma de intervención posterior; no siempre es necesario este proceder, pero si así se acuerda en el informe

de alta, hay que documentar el proceso. La necesidad de seguimiento se determinaría cuando se espera que el usuario pueda mejorar o empeorar, cuando puedan existir cambios médicos o intervenciones quirúrgicas posteriores al alta, cuando el contexto sea susceptible de ser inadecuado como resultado de cambios significativos en la edad, modificaciones en el hogar, modificaciones en la estructura familiar/social, o por disponibilidad de una tecnología de apoyo más avanzada y más apropiada para la situación actual del usuario, entre otras. El contenido de este informe se asemejará al informe de progreso, pero apoyándose en la información basal del informe de alta, es decir, sobre las indicaciones establecidas en el momento del alta: referente a los programas de ejecución en el domicilio, la capacidad de la persona para entender el programa, sobre el manejo del usuario o familiares de las ayudas técnicas, o métodos de asistencia del cuidador, incidencias, entre otras.

Consideraciones en salud mental

Calidad en los registros de terapia ocupacional en salud mental

Al igual que en el resto de las disciplinas y dentro del marco general de la recogida de datos para la historia clínica, las apreciaciones que ofrecemos a partir de ahora son comunes a la calidad de los registros. El ámbito de trabajo de salud mental genera que determinadas formas y procesos para la recogida de esta información y cómo nombrarla pueda diferir con respecto a otros ámbitos de actuación. Esta situación, como hemos repetido con anterioridad, estará determinada por el enfoque empleado por el profesional en su práctica, y servirá para desarrollar de forma clara y concisa la gestión de la información obtenida. Por esta razón, más allá de recomendar de manera específica características generales para una historia exclusivamente de salud mental, preferimos desarrollar y ofrecer las pautas básicas de la calidad de registros que serán más útiles y concisas para que sea el propio profesional quien, desde su entorno laboral, la teoría que le sustenta y las posibilidades que le ofrezca el cuadro del usuario, tome la decisión de ajustar estas recomendaciones para poder obtener una historia ocupacional de calidad. De esta forma, podremos afirmar que este proceso tiene, entre sus claves, las que referimos a continuación.

Características generales

Un registro debe, ante todo, facilitar el trabajo, ser útil. Por ese motivo, antes de comenzar a realizarlos será imprescindible evaluar su calidad, como primer requisito para saber si es operativo o tiene que ser modificado. Además, deberá demostrar también su validez. Un registro de calidad no asegura anotaciones de calidad, sólo las facilita. Los registros de terapia ocupacional no pueden suplir las carencias de la formación del profesional. La calidad de un registro tiene que medirse y debe tener los siguientes criterios (28).

Criterios de calidad

- En cuanto a la coherencia interna y externa, entre el registro y la teoría que sustenta al profesional. Debe ser congruente con el resto de registros de terapia ocupacional que existan y que se desarrollen dentro de un mismo ámbito laboral, es decir, concisos, ni excesivamente extensos ni demasiado escuetos, intentando hacer unos registros completos y claros. Esto, a su vez, tienen que guardar relación entre la finalidad y las decisiones que facilita la información que contiene (28).
- A su vez, su estructura debe seguir un orden lógico, que facilite la relación de los datos obtenidos y que, además, posibilite que las anotaciones se ordenen de forma cronológica para, de esta forma, poder obtener una visión longitudinal de lo

sucedido. Además, la estructura que debe seguirse debe facilitar la ampliación de la información en el caso de necesidad, su manejo y su cumplimentación⁴⁶. Hay que tener en cuenta no repetir la información que, de forma ordenada, se debe recoger y describir, procediendo a su anotación de manera ordenada para aumentar la claridad del registro. Existen distintas modalidades para estructurar u ordenar la información: por sistemas, por prioridades o según un orden cronológico⁴⁷ (28).

- En cuanto al contenido, tiene que presentar una terminología correcta, comprensible y precisa, en la que los juicios de valor no tengan cabida, en la que las siglas no aparezcan y se empleen sólo cuando haya una leyenda previa que la explique (en un lugar visible de la recogida de datos). Además, se recomienda que exista una uniformidad en el estilo a la hora de documentar el registro, teniendo en cuenta la gramática y la sintaxis utilizada y evitando la repetición de datos a no ser que sea necesario. En el caso de tener que consignar una parte de nuestro trabajo a otros compañeros, hay que registrar y describir las instrucciones con detalle. El problema surge cuando la mayoría de estas situaciones se han transmitido de forma oral y no están descritas en la planificación. Existe unanimidad en los expertos en calidad de registros, quienes recomiendan evitar en lo posible seguir u ofrecer instrucciones verbales. Por ello deben anotarse todas las modificaciones realizadas aportando todo tipo de detalles. De esta forma, aseguramos la calidad y la buena práctica en la intervención, a la vez que se está protegiendo legalmente nuestro trabajo (20). En todo caso, deberá evitarse, también, la transcripción de información de otros documentos si ya están presentes en la historia, para evitar posibles riesgos de confusión o sesgos en la transcripción; si se produce esta situación es recomendable citar el documento del que se extraen dichos datos para que cualquier persona que maneje la información pueda consultar la fuente inicial en caso de confusión o contradicción de términos. Asimismo, debemos, en todo momento, preservar la información que pueda vulnerar el derecho a la intimidad y la imagen del usuario (28), ya que cualquier información que se obtenga por medio de una entrevista, conversación, exploración o intervención será considerada confidencial (6). Todos los documentos que se desarrollen durante el proceso de recogida de datos y su procesamiento (documentos descritos en este capítulo), tienen que incluir la firma, credenciales (número de colegiado) y fecha de realización, con el objetivo de identificar quién realiza estas apreciaciones (2).

Criterios de validez (20, 28)

- Existencia de una guía de cumplimentación, cada registro debe poseer una. En ella la información que aparece ofrece conceptos de finalidad de registro, tipo de decisión que facilita, definición de los conceptos utilizados, explicación de la estructura del registro y sugerencias para su cumplimentación y para la ampliación de la información⁴⁸. En esta situación, es importante que el profesional haya tenido

una formación previa acerca de cómo gestionar la recogida de datos, para evitar una dispersión en la ejecución del desarrollo de ésta. Así, se evitará que cada profesional interprete la guía en función de su criterio y desdeñando la opción del criterio de la profesión. Para desarrollar este proceso con una validez adecuada, es necesario que antes de emplearla, la guía de cumplimentación haya sido revisada o usada por un número concreto de profesionales, que hayan validado que tanto los contenidos como el uso de la terminología y el tipo de información que se puede recoger, son los más adecuados, revaluándola cada cierto tiempo para poder ajustar los posibles cambios que deben realizarse, dotándola de una sensibilidad adecuada para el manejo diario. Sólo de esta forma evitaremos pérdidas de tiempo innecesarias a la hora de ajustar nuestra información.

En relación con estos criterios, hay que tener presente que lo que escribimos tiene que ser lo que podemos apreciar y describir, es decir, las anotaciones tienen que ser correctas y reflejar la realidad, lo que dotará a lo que escribimos de calidad asistencial y se ajustará a las implicaciones jurídicas y legales. Por ese motivo, recomendamos una serie de características que se ajusten a los registros del tipo:

- Idoneidad del registro: las anotaciones deben siempre realizarse en documentos que previamente hayan sido validados y que se ajusten a ciertos criterios de validez⁴⁹.
- Normas sobre la autorización para realizar anotaciones: ya que sólo los profesionales de terapia ocupacional podrán realizar anotaciones en estos documentos, el resto de profesionales no podrán incorporar sus comentarios en ellos, de la misma forma que un profesional de terapia ocupacional no podrá utilizar un documento que no sea de su competencia, evitando de esta forma una confusión en el resto de los profesionales al leer la información recogida. Otro profesional no consignado no podrá realizar anotaciones que de forma verbal se le ofrezcan a no ser que el terapeuta ocupacional se encuentre presente y, al finalizar dicha transcripción, aparezca su firma validando esta incorporación.
- Cumplimentación: las anotaciones han de referirse siempre al estado del usuario, en nuestro caso, como profesionales, cuando nos referimos al usuario no podremos obviar todos los elementos que influyen en la ocupación⁵⁰. Esta información debe ser objetiva y precisa, registrando lo que se percibe sin caer en el error de incluir apreciaciones, opiniones personales o juicios de valor. Los prejuicios o etiquetar tras una opinión no profesional a un usuario pueden influir en la actitud profesional y en la relación terapéutica. Los comentarios que son propios de la persona se recomienda, por tanto, entrecomillarlos y referirse que se trata de propia autoría. Además, los términos utilizados tienen que ser precisos en el caso de dejar constancia de una situación, para evitar, de esta forma, que se produzcan confusiones en su comprensión. No deberemos tachar o usar correctores de escritura, sí consignar el error señalándolo como tal y describir la información

correcta⁵¹.

- Relativas a la custodia de los documentos, ya que, en este caso, será conveniente tener claro que todo lo recogido en este registro es secreto profesional, debiendo actuar sobre ello tal como dictan nuestro código ético de trabajo y las normas para el manejo de las historias clínicas (28).

Consideraciones éticas y legales

La terapia ocupacional, al igual que el resto de profesiones afines, se basa en la relación terapéutica de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. El profesional, para prestar una buena y adecuada asistencia, debe respetar los derechos de la persona o cumplir con todos sus deberes, lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad asistencial (29).

En el contexto legal y deontológico, las historia del usuario adquieren su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque la historia es el documento en el que se reflejan no sólo la práctica o la intervención, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes que tenemos como profesionales respecto al usuario: deber de asistencia o deber de informar, entre otros; se convierte en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales y/o a las instituciones (29).

Lo anteriormente expuesto nos indica la gran importancia que posee la historia del usuario desde varios puntos de vista: asistencial, ético o legal. El profesional no puede obviar todos los aspectos que rodean y afectan a la historia. La historia clínica se encuentra diseñada por varias normas y leyes que regulan los aspectos de custodia, gestión o administración, entre otras. Por tanto, y a modo de resumen, éstos serían los puntos claves que deben tenerse en cuenta a la hora de reseñar los aspectos éticos y legales del manejo de la historia del usuario:

- Confidencialidad.
- Seguridad.
- Disponibilidad.
- Única.
- Legible.
- Veracidad.
- Exacta.
- Rigor técnico de los registros.
- Coetaneidad de registros.
- Completa.
- Identificación del profesional.

- Propiedad.
- Custodia.
- Acceso.
- Almacenamiento y conservación.

Las consideraciones éticas y legales sobre este documento se establecen desde varios puntos de la práctica cotidiana. Por un lado, la legislación⁵², los códigos éticos y las directrices que las amparan, de cada una de las profesiones. Por ejemplo, el Código de Ética de la American Occupational Therapy Association (AOTA) de 2005 establece en el punto 6.C el principio de que «el uso de cualquier forma de comunicación que contiene información falsa, fraudulenta, engañosa o desleal o reivindicaciones» no es ético). Esto se aclara más en las directrices AOTA al Código de Ética: «El personal de terapia ocupacional no puede hacer declaraciones engañosas o fraudulentas sobre la naturaleza de los servicios que prestan o los resultados que puede esperar») (2, 30).

Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la documentación de terapia ocupacional

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC) son una expresión que se utiliza actualmente para hacer referencia a una gama amplia de servicios, aplicaciones y tecnologías, que emplean diversos tipos de equipos y programas informáticos, y que se transmiten a través de las redes de telecomunicaciones. Las TIC incluyen conocidos servicios de telecomunicaciones como telefonía, telefonía móvil y fax, que se usan combinados con soporte físico y lógico para constituir la base de una gama de otros servicios, como el correo electrónico, la transferencia de archivos de un ordenador a otro, y, en especial, Internet e Intranet, que, potencialmente, permiten que estén conectados todos los ordenadores, lo que da acceso a fuentes de conocimiento e información almacenados en ordenadores de todo el mundo (31).

Incorporar la tecnología al día a día con el fin de optimizar los recursos existentes y así mejorar en eficiencia es en lo que ya se ha comenzado a trabajar. La aplicación de las TIC presenta una amplia gama de posibilidades y prácticamente en todos los procesos relacionados con la sociedad y en este caso con la sanidad y en los ámbitos en donde ésta puede actuar (hogar, centros sanitarios, urgencias, entre otros) desempeña un papel fundamental como elemento de mejora para la sostenibilidad futura del sistema sanitario.

Aunque el grado de implantación es todavía inferior al que podemos encontrar en otros países, poco a poco la terapia ocupacional comienza a liderar determinados proyectos e iniciativas. Podemos hablar de que las TIC en terapia ocupacional cumplen, entre otras, una labor de gestión de la rehabilitación en algunos casos, de acceso e inclusión o de comunicación y desarrollo en otras (31).

En este capítulo queremos destacar el beneficio y lo que aportan las TIC en relación con el proceso de gestión y almacenamiento de lo que denominamos historia del usuario, que hasta el momento en muchos lugares se recoge aún en papel. Esta situación está cambiando por la llegada de las TIC, lo que facilita, en gran medida, compartir datos en tiempo real entre varios profesionales. Así, por tanto, podremos decir que la historia clínica digital registra la información sanitaria de la persona electrónicamente. Es un instrumento efectivo que garantiza y agiliza el trabajo, que permite el intercambio y acceso a la información y que facilita, por tanto, la comunicación entre los diferentes profesionales.

Actualmente ya se están llevando a cabo diferentes proyectos relacionados con la historia electrónica en determinadas Comunidades⁵³ que permiten confeccionar

planes de intervención adaptados al usuario, facilitando el seguimiento y evaluación y planificación del alta desde el momento en el que se produce el acceso al dispositivo. Todo ello gracias al soporte tecnológico de información del que están dotados, capaces de trasvasar información inmediata sobre las intervenciones para que otros profesionales, si lo necesitan, puedan consultarlo, aun sin encontrarse en la misma ubicación.

Cada sistema de documentación electrónica posee sus peculiaridades, fortalezas y debilidades. Algunos sistemas están altamente especializados para los profesionales de terapia ocupacional, lo que hace más probable que toda la información necesaria se incluya en la documentación. Otros son más genéricos y no habría espacio suficiente para completar la información vital. Es fundamental que el sistema se establezca de tal modo que la documentación se pueda hacer de conformidad con las normas consensuadas de recogida y procesamiento de los datos. Además, estos sistemas proporcionan información sobre las personas de forma organizada y fácilmente accesible (2). Con gran rapidez recuperan la información almacenada sin problema alguno. Además, puede almacenar gran cantidad de datos, sin dificultades por el espacio a la hora de hacerlo.

Para la implantación de tecnologías en el ámbito de la salud no basta sólo con poseer equipamientos apropiados. No hemos de olvidar la afirmación «es mucho más duro cambiar actitudes y organizaciones que incorporar nuevos equipamientos». Este proceso tiene sus ventajas y sus desventajas (tabla 7.4) y en todo momento conocerlas nos facilitará entender las potencialidades de este desarrollo⁵⁴ tecnológico (2).

Tabla 7.4 Comparativa entre la historia clínica tradicional o de papel y la historia clínica informatizada

Concepto	HC de papel	HC informatizada
Introducción de datos básicos	Repetida	Una vez
Errores en los datos	Frecuentes	Pocos
Velocidad de acceso a la información	Lenta	Rápida
Orientación por problemas	Sí	Sí
Manejabilidad	Poca	Alta
Legibilidad de contenidos	Escasa	Alta
Comprensión	Ambigüedad y omisión de datos	Alta
Mensajes de recuerdo	Sí, pero pasivos	Sí, activos (avisos)
Utilización simultánea en varios lugares	No siempre	Sí
Confidencialidad	No siempre	Mediante códigos de acceso
Pérdida de los datos	Extravío de la HC	Borrado información: necesidad de copias de seguridad diaria

Tomada de Seguí, 1997.

Conclusiones

- La documentación es una parte integral de la calidad de las intervenciones del terapeuta ocupacional: «*si algo no se ha registrado, no se ha hecho*».
- Los estándares de la práctica profesional se evidencian en las labores de registro.
- Un registro excelente no garantiza una buena intervención, pero un registro pobre supone un obstáculo para la excelencia clínica.
- Un registro debe, ante todo, facilitar el trabajo, ser útil. Por este motivo, antes de comenzar a realizarlo es imprescindible evaluar su calidad y su validez.
- La implantación de las TIC en el ámbito de la salud no sólo requiere equipamientos apropiados, también es necesario analizar el escenario, y adaptar las estructuras y formas de trabajo para sacar provecho de la tecnología.

Bibliografía

Creek J., Lougher L. *Occupational Therapy in Mental Health*, 4.^a ed. New York: Churchill Livingstone-Elsevier; 2008.

Crepeau E.B., Cohn E.S., Boyt Schell B.A. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 11.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Dane D. *Effective documentation for Occupational therapy: on-target guidelines for notewriting that Works*, 1.^a ed. Philadelphia: The American Occupational Therapy Association; 1992.

Drabst-Hunt W. *Occupational therapy Administration manual*, 1.^a ed. Delmar: Cengage Learning; 2002.

College of Occupational Therapist of Ontario. *Standards for record keeping*, 1.^a ed. Ontario: College of Occupational Therapist of Ontario; 2008.

Dotter P., Perry A. *Fundamentos de enfermería: teoría y práctica*, 3.^a ed. Madrid: Harcourt; 1996.

Gibbee R., Lilly G. Outcome-oriented documentation in a psychiatric facility. *Qual Assur J.* (16):1989.

Huck D., Dorman T. *Record Keeping. A practice guideline for Trust Practitioners*, 1.^a ed. England: Bedford and Luton Mental Health and Social Care Partnership NHS; 2009.

Montale C.R. Historia Clínica Orientada a Problemas. *Semergen.* 2002:29–32.

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M,

Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2.^a ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010, (Consultado el 01/10/2010). 85p.

Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.html>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2.^a ed.).

Unsworth C.A. Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, worldview and client-credentialedness fit?. *Br J Occup Ther*. 2004;(1):10–19.

Talavera Valverde M.A. Razonamiento clínico en Terapia Ocupacional Una medida de salud. *Bol Ter Ocup*. 2010;(53):112–117.

Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA. El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2008 [consultado el 01/10/2010]; 5(1):8. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7.htm>

Prado-Veja R., Zacatelco-Ramírez O.R., Ortiz-Montalvo A., Ponce de León-Castañeda M.E. Evaluación del razonamiento clínico diagnóstico. *Gac Med Mex*. 2002;(5):411–420.

Fernández Molina M.A., Gómez Robles J., Gabaldón Bravo E., Domingo Pozo M., Torres Figueiras M., Terrés Ruiz C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clin*. 2003;(3):137–144.

Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. *Compendio de atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 6.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

Sames K.M. *Documenting occupational therapy practice*, 1.^a ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2005.

Borcherding S. *Documentation manual for writing SOAP notes in occupational therapy*, 1.^a ed. Thorofare: Slack; 2000.

Lemke L. Defensive documentation: Managing Medicare denials. *OT Pract*. 2004; (16):8–12.

Sames K. Documentation in Practice. Crepeau E.B., Cohn E.S., Boyt Schell B.A. Willard and Spackman's. Occupational Therapy. Lippincott Williams & Wilkins:11.^a ed. Philadelphia; 2011:404–410.

Weed Lawrence L. Control de calidad e historia clínica. *Arch Intern Med*. (127):1971.

Medical Record [sede web]. A guide to Current Medical Record Keeping Practices: a focus on a record-keeping in the office-Based setting [revisada el 23 de enero 2011].

Disponible en: <http://www.Medical-Record-Keeping Practices-Transferring Medical Records.htm>

Cañete M. El registro de enfermería: debería hablar por sí solo. *Vis Enferm Actual*. (1):2008.

Moruno P. Evaluación Ocupacional. Romero D., Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson, 2003.

Dutton R. *Clinical reasoning in physical disabilities*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.

Allen C. *Occupational therapy treatment goals for the physically and cognitively disabled*, 1.ª ed. Baltimore: The American Occupational Therapy Association; 1992.

Orden de 6 septiembre 1984 de obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 221 (14 de septiembre de 1984).

Tomás Vidal A. *Planes de cuidados de enfermería*, 1.ª ed. Madrid: Olalla; 1996.

Criado del Río MT, Seoane Prado J. Aspectos médico-legales de la historia clínica, Madrid: 1999.

American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Code of Ethics [en línea], 2005 [23 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.aota.org/general/docs/ethicscode05.pdf>.

Talavera Valverde M.A., Bartolome M.J., Teijeira J.R. Las nuevas tecnologías al servicio de rehabilitación en salud mental. *Bol Ter Ocup*. 2010;(53):134–136.

Pastor-Sanchez R., López-Miras A., Gervas J. Evaluación de historias clínicas informatizadas. *Med Clin (BArc)*. 1996:250–253.

Autoevaluación capítulo 7

1. ¿Cuál es el cometido principal del informe de evaluación ocupacional inicial y/o diagnóstico ocupacional?
 - a. Su función es establecer el punto de partida de la intervención de terapia ocupacional.
 - b. Contienen datos recopilados durante el proceso de evaluación inicial y una interpretación de los resultados de ésta.
 - c. Es fundamental que la información que contiene sea objetiva, evitando comentarios subjetivos.
 - d. Todas las respuestas anteriores son correctas.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. Los informes de evaluación y diagnóstico ocupacional tienen entre sus funciones establecer el punto de partida de las intervenciones de terapia ocupacional. Así, por tanto, contienen datos recopilados durante el proceso de evaluación inicial y una interpretación de los resultados de ésta. Es una necesidad y una obligación documentar, antes de la implementación de las intervenciones. Este informe deberá mostrar cuáles son las ocupaciones más limitadas o en riesgo de ser limitadas. Es fundamental que esta información sea de carácter objetivo, evitando el desarrollo de comentarios subjetivos. Esta diferencia es relevante a la hora de entender el proceso de desempeño y cómo se ha realizado, en vez de conocer la impresión personal de un terapeuta ocupacional sobre un usuario.

2. ¿Cuáles son los datos mínimos que tienen que aparecer en el informe de evaluación ocupacional inicial y/o diagnóstico ocupacional?
 - a. Datos generales de filiación del usuario, recogida de datos (anamnesis), recogida de datos sobre entornos y contextos, procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales, describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación, otros datos de interés, diagnóstico ocupacional y un plan de intervención.
 - b. Datos generales de filiación del usuario, recogida de datos (anamnesis), recogida de datos sobre entornos y contextos, procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales, describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación, otros datos de interés, diagnóstico ocupacional y un plan de intervención y comunicación de seguimiento ocupacional.
 - c. Datos generales de filiación del usuario, recogida de datos (anamnesis), recogida de datos sobre entornos y contextos, procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales, describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación, otros datos de interés, diagnóstico ocupacional y un

plan de intervención, información de desarrollo de la intervención y comunicación de seguimiento ocupacional.

- d. Datos generales de filiación del usuario, recogida de datos (anamnesis), recogida de datos sobre entornos y contextos, procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales, describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación, otros datos de interés, diagnóstico ocupacional y un plan de intervención, información de desarrollo de la intervención, comunicación de seguimiento ocupacional y reevaluaciones en fase de intervención.
- e. Ninguna es correcta

Correcta: *a*. En este caso, y de acuerdo con las recomendaciones de varios autores, podremos llevar a la práctica este desarrollo teórico de la siguiente manera:

- Datos generales de filiación del usuario.
- Recogida de datos (anamnesis): tendrá que tener, como mínimo, los siguientes datos, elaborados de manera narrativa o descriptiva, en función de la selección del profesional:
 - Información de la derivación en el que caso de que exista.
 - Información de cómo llega el usuario a nosotros: en este caso se puede iniciar describiendo lo que le pasa al usuario o cuánto tiempo hace que le sucede. En este apartado sería adecuado recoger las fechas destacadas de los procesos vividos, así como el resumen de los procesos más destacados, ya sean documentados por el usuario, por informes o por familiares directos.
 - Objetivo de la derivación, en el caso de que la tuviera.
 - Posibles diagnósticos previos (no sólo médico, que debe tenerse en cuenta pero no como eje de nuestra intervención).
- Recogida de datos sobre entornos y contextos: entre otros, ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas, edades de los hijos si los hay o fallecimiento de los parientes más cercanos.
- Procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales.
- Describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación.
- Llegados a este punto, sería óptimo hacer una reflexión sobre todo lo recogido, desarrollando el proceso de evaluación comprensiva.
- Diagnóstico ocupacional o listado de problemas.
- Un plan de intervención, incluidos los objetivos, la frecuencia, la duración y lugar de la intervención, así como la descripción del tipo de abordaje, el tipo de intervención y técnica, la modalidad y el método.
- Continuidad de la atención en el departamento, que puede incluir la comunicación mediante turnos con las diferentes disciplinas con las que trabajemos.

3. ¿Cuáles son los datos mínimos que tienen que aparecer en el informe de valoración de resultados de la intervención?

- a. Datos generales de filiación del usuario, recogida de datos (anamnesis), recogida de datos sobre entornos y contextos, procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales, describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación, otros datos de interés, diagnóstico ocupacional y un plan de intervención.
- b. Identificación de la institución de trabajo, identificación del usuario (datos de filiación), residencia del usuario, código del servicio en el que trabaja el terapeuta ocupacional, fecha de ingreso y alta del usuario, circunstancias de ingreso, descripción de datos sobre su ocupación en el momento de nuestra asistencia, diagnóstico ocupacional, procedimientos realizados por terapia ocupacional durante el tratamiento, evolución, fecha de intervención de terapia ocupacional, otros procedimientos realizados y que puedan afectar al trabajo de terapia ocupacional, circunstancias del alta del usuario, recomendaciones al alta: todo ello si se necesario.
- c. Además a la respuesta a habría que añadirle información de desarrollo de la intervención y comunicación de seguimiento ocupacional.
- d. Además a la respuesta b habría que añadirle la información sobre diagnóstico médico y evolución sintomatológica.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Podemos hablar de los siguientes puntos que deben tenerse en cuenta en la elaboración de una valoración final de terapia ocupacional¹:

1. Identificación de la institución de trabajo².
2. Identificación del usuario. Número de historia clínica del usuario en el centro en el que haya sido atendido.
3. Fecha de nacimiento del usuario. Con un formato estándar, se recomiendan día, mes y año (dos dígitos por campo, excepto el del año que será de cuatro).
4. Sexo del usuario. 1, hombre; 2, mujer; 3, estados intersexuales o indeterminados (sólo en usuarios con alteraciones que no permiten la asignación a alguna de las categorías anteriores).
5. Residencia del usuario. Se refiere al domicilio de residencia habitual o, en su defecto, a aquel donde esté empadronado. Se recogerá en los siguientes campos:
 - a. Provincia de residencia.
 - b. Municipio de residencia.
 - c. Domicilio de residencia: tipo de vía, nombre de la vía, número, código postal.
6. Financiación. Se refiere a las posibles opciones de asistencia que recibe el usuario: sistemas nacionales o autonómicos de salud, mutuas, hospitales

- privados, entre otros.
7. Código del servicio donde trabaja el terapeuta ocupacional o, al menos, el nombre de la unidad en la que trabaja.
 8. Fecha de ingreso del usuario.
 9. Circunstancias de ingreso: se refiere al carácter y el área asistencial de procedencia del ingreso. Se codificará en los siguientes campos:
 - a. Tipo de ingreso: ingreso urgente, ingreso no urgente.
 - b. Ámbito de procedencia.
 10. Descripción de datos sobre su ocupación en el momento de nuestra asistencia.
 11. Diagnósticos ocupacionales que se obtienen tras el proceso de recogida de datos.
 12. Procedimientos realizados por terapia ocupacional durante el ingreso: se recomienda que se utilicen los recomendados por protocolo de terapia ocupacional.
 13. Evolución.
 14. Fecha de intervención de terapia ocupacional: comienzo del proceso.
 15. Otros procedimientos realizados y que puedan afectar al trabajo de terapia ocupacional, como pueden ser otro tipo de intervenciones realizadas sobre el usuario, nombrando al menos al profesional que las realizó.
 16. Circunstancias del alta del usuario.
 17. Recomendaciones al alta: todo ello si es necesario.
 18. Fecha de alta del usuario.
4. ¿Cuáles son los datos mínimos que tienen que aparecer en el informe de seguimiento al alta?
- a. Datos generales de filiación del usuario, recogida de datos (anamnesis), recogida de datos sobre entornos y contextos, procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales, describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación, otros datos de interés, diagnóstico ocupacional y un plan de intervención.
 - b. El contenido de este informe se asemejará al informe de progreso, pero apoyándose en la información basal del informe de alta, es decir, sobre las indicaciones establecidas en el momento del alta: referente a los programas de ejecución en casa, la capacidad de la persona para entender el programa, sobre el manejo del usuario o familiares de las ayudas técnicas, o métodos de asistencia del cuidador, incidencias, entre otras.
 - c. Además a la respuesta a habría que añadirle información de desarrollo de la intervención y comunicación de seguimiento ocupacional.
 - d. Además a la respuesta b habría que añadirle la información sobre diagnóstico médico y evolución sintomatológica.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Después del alta, el seguimiento podría verse como una forma de intervención posterior; no siempre es necesario este proceder, pero si así se acuerda en el informe de alta, hay que documentar este proceso. La necesidad de seguimiento se determinaría cuando se espera que el usuario pueda mejorar o empeorar, cuando puedan existir cambios médicos o intervenciones quirúrgicas posteriores al alta, cuando el contexto sea susceptible de ser inadecuado como resultado de cambios significativos en: la edad, modificaciones en el hogar, modificaciones en la estructura familiar/social, o por disponibilidad de una tecnología de apoyo más avanzada y más apropiada para la situación actual del usuario, entre otras. El contenido de este informe se asemejará al informe de progreso, pero apoyándose en la información basal del informe de alta, es decir, sobre las indicaciones establecidas en el momento del alta: referente a los programas de ejecución en casa, la capacidad de la persona para entender el programa, sobre el manejo del usuario o familiares de las ayudas técnicas, o métodos de asistencia del cuidador, incidencias, entre otras.

5. ¿Cuáles son los datos mínimos que tienen que aparecer en el informe de progreso-consecución de objetivos?
- a. Datos generales de filiación del usuario, recogida de datos (anamnesis), recogida de datos sobre entornos y contextos, procesamiento de recogida de datos sobre las áreas ocupacionales, describir los hallazgos o resultados del proceso de evaluación, otros datos de interés, diagnóstico ocupacional y un plan de intervención.
 - b. Cambios en estado físico/mental/social del usuario. Mejoría objetiva en grados, niveles, escalas, otras. Respuesta de la persona (información relevante al progreso tanto por no mostrarse, como por signos de mejora, aspectos físicos y conductas). Equipamiento/ayudas técnicas que se le asignan al usuario o cuidador. Uso que se ha dado (efectividad) por parte del usuario/cuidador del equipo adaptado, ortesis e instrucciones de uso. Utilización, variación de actividades dentro del método. Cambios en la frecuencia y razón. Participación, asistencia o razón de la no asistencia. Incidentes (caídas, dolor, quemaduras, otras). Precauciones tomadas durante las intervenciones específicas.
 - c. Además a la respuesta a habría que añadirle información de desarrollo de la intervención y comunicación de seguimiento ocupacional.
 - d. Además a la respuesta b habría que añadirle la información sobre diagnóstico médico y evolución sintomatológica.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Una vez completados los informes de evaluación-diagnóstico ocupacional e intervención, ya estamos preparados para implementar la intervención y registrar el progreso. Los registros de progreso servirán como evidencia de evolución y justificación del beneficio de la terapia ocupacional, e indicaremos todo

lo acontecido durante la intervención y su implementación, así como el resultado obtenido. El contenido de dicho informe deberá reflejar la siguiente información significativa:

- Cambios en estado físico/mental/social del usuario.
- Mejoría objetiva en grados, niveles, escalas, otras.
- Respuesta de la persona (información relevante al progreso tanto por no mostrarse, como por signos de mejora, aspectos físicos y conductas).
- Equipamiento/ayudas técnicas que se le asignan al usuario o cuidador.
- Uso que se ha dado (efectividad) por parte del usuario/cuidador del equipo adaptado, ortesis e instrucciones de uso.
- Utilización, variación de actividades dentro del método.
- Cambios en la frecuencia y razón.
- Participación, asistencia o razón de la no asistencia.
- Incidentes (caídas, dolor, quemaduras, otras).
- Precauciones tomadas durante las intervenciones específicas.
- Contactos con la familia, cuidadores, médicos, profesionales de enfermería. Breve resumen de lo discutido.
- Información/educación que se le ofrecido al usuario/cuidador.
- Reevaluaciones efectuadas:
 - Enumerar los tests utilizados.
 - Notas comparativas.
- Revisión de objetivos: si el objetivo no se cumple en el plazo esperado, documentar la necesidad de continuación o de restablecer nuevos objetivos.

¹ El registro tiene que ser profesional y no deberán aparecer impresiones personales.

² Hay que tener en cuenta, ante esta afirmación, que un mismo problema de salud que afecta a varias personas tiene diferentes desarrollos y localizaciones, ya que a cada uno puede afectarle de una forma distinta.

³ Para ampliar la información sobre este requisito recomendamos leer el apartado «Consideraciones éticas y legales» de este capítulo.

⁴ Nos referimos a la evaluación ocupacional.

⁵ Para ampliar más información sobre el proceso de razonamiento clínico en salud mental, remitimos al lector al [capítulo 14](#) de este libro.

⁶ Este caso es un ejemplo. No queremos circunscribir sólo el proceso de razonamiento clínico a la salud de los usuarios, ya que el terapeuta ocupacional puede intervenir también con grupos de población, con empresas o con

comunidades, así como desarrollar su labor como gestor o consejero. En todos estos otros ejemplos, el proceso de pensamiento y procesamiento de la información obtenida en la búsqueda de lo que sucede también se circunscribe a este razonamiento clínico y, por ende, a la [tabla 7.1](#).

- 7 Por orden de la información nos referimos a la posibilidad de que el terapeuta ocupacional según vaya recopilando datos en el orden seleccionado sea capaz de ir formulando hipótesis diagnósticas y terapéuticas con la intención de realizar un diagnóstico ocupacional lo más fiable y una intervención lo más sólida.
- 8 Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica asumidos por el profesional.
- 9 Tipo de institución en la que se trabaje y equipo con el que se desarrollan las intervenciones.
- 10 Esta expresión acuñada por los autores muestra una realidad en la que el profesional desarrolla su labor sin estructurar de forma clara y concisa la recogida de datos y la planificación de la intervención. Para poder obtener más información sobre esta planificación remitimos al lector al [capítulo 6](#).
- 11 Para aumentar información sobre las características de la evaluación ocupacional remitimos al lector al [capítulo 5](#).
- 12 En nuestro caso, hemos seleccionado el *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional* (Marco de la AOTA, 2008), como referente teórico a la hora de diseñar la estructura teórica que sirva para documentar nuestra recogida de datos. Para poder obtener más información sobre este documento y su utilización remitimos al lector al documento que se expone en la plataforma web de este libro. No queremos excluir otros postulados teóricos, pero creemos necesario seleccionar uno para sea más fácil entender la propuesta que estamos realizando.
- 13 Para más información remitimos a la lectura del apartado «Tipos de informes y su razonamiento clínico» de este capítulo.
- 14 No es lo mismo escribir que un usuario parecía deprimido (información subjetiva) que describir lo que el usuario hizo o dijo que, lógicamente, llevaría a la impresión de que el usuario estaba deprimido. En la segunda opción, la objetividad se refleja por la claridad de los motivos por los que estaba deprimido; en la primera opción la impresión era subjetiva, ya que no aparecían los motivos por los que se creía que la persona podría estar deprimida. Lograr ajustar esta situación resuelve muchos problemas a la hora de nombrar lo que sucede con el desempeño ocupacional de las personas con las que trabajamos.
- 15 La propuesta que estamos realizando tiene como base la intervención de terapia ocupacional con usuarios; el ajuste lo tendrá que hacer el trabajador si se trata con grupos de usuarios, grupos de mayor tamaño de la comunidad, o empresas, entre otros. La estructura se ajusta a las necesidades de terapia ocupacional, y puede utilizarse fusionándola si es necesario y posible con la propuesta que aparece en el apartado «Historia clínica orientada a problemas».

- 16 Recomendamos la lectura del [capítulo 15](#) para obtener más información sobre la relación terapéutica.
- 17 Cuando sea necesario, debemos informar a los trabajadores sociales para que evalúen estas necesidades exhaustivamente.
- 18 Las propuestas elaboradas en este capítulo muestran una estructura que se ajusta perfectamente a las recomendaciones elaboradas por los autores del [capítulo 5](#) de este libro sobre las fases de evaluación ocupacional, por lo que proponemos su lectura para ampliar la información. Además, hay que comentar que hemos intentado clarificar las diferentes fases de evaluación a las propuestas de informes que aparecen en este capítulo (v. notas a pie de página en el apartado «Tipos de informes y su razonamiento clínico»). Asimismo, hay que destacar que la selección de un modelo de recogida de datos se fundamenta en criterios que afectan no sólo al profesional, sino también a su marco de referencia teórico y su modelo de práctica, al entorno laboral, al tipo de población atendida y a su estadio, así como al tiempo que el profesional le pueda dedicar.
- 19 El uso del HCOP facilita la posterior emisión del informe de evaluación ocupacional inicial para introducir en la historia del usuario. A la hora de redactar los datos recogidos, se debería estructurar bajo las premisas recomendadas en el apartado «Evaluación-diagnóstico ocupacional».
- 20 También conocido como SOVP. La lógica de las notas narrativas de seguimiento mediante este sistema u otros, como pueden ser el SOVPE, el SOVPAE y el SOVPAER, es la de organizar la recogida de estos datos. El SOVPE, el SOVPAE y el SOVPAER son el mismo sistema que el SOAP o el SOVP a los que se fueron agregando la A (actuación), la E (evaluación) y la R (respuesta).
- 21 Este tipo de informe se realizará una vez finalizado el proceso de recogida de datos y establecimiento de diagnóstico ocupacional. Se llevará a cabo al finalizar el proceso de evaluación ocupacional inicial. Para poder obtener más información de esta fase, proponemos la lectura del [capítulo 5](#) de este libro.
- 22 Recomendamos la lectura del documento sobre el *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional* (AOTA, 2008), y el documento asociado con este capítulo titulado *Información adicional sobre el procesamiento de recogida de datos de las áreas ocupacionales*, que se encuentra en la plataforma web asociada con este libro.
- 23 Si los resultados esperados persiguen el desempeño, la competencia en un rol, la satisfacción del individuo, la adaptación, la salud y el bienestar, la prevención o la calidad de vida.
- 24 Para obtener más información sobre el análisis del desempeño remitimos al lector al documento eMarco que se encuentra en el portal web de este libro; además, para complementar la información es importante la lectura del [capítulo 5](#) de este libro.
- 25 Para examinar con mayor detalle la definición y composición de cada una de estas variables, destrezas y patrones de desempeño, factores del cliente,

demandas de la actividad y contexto o contextos, véase el documento eMarco que se encuentra en el portal web de este libro, además para complementar la información es importante la lectura del [capítulo 5](#) de esta obra.

- 26 Estructuras y funciones corporales (*Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional*, 2008).
- 27 Aunque esta opción se puede explorar en un aparte y hacer una descripción mayor. Lo que interesa concretar aquí del entorno es cómo afecta, no tanto cómo es, ya que eso corresponde al apartado 3 de este epígrafe.
- 28 Ver [capítulo 5](#) de este libro.
- 29 Para ampliar conocimientos y desarrollar de forma teórica el diagnóstico ocupacional, proponemos la lectura del [capítulo 5](#) de este libro.
- 30 Relaciona las particularidades del individuo, de su entorno y las demandas de la actividad con la imposibilidad, restricción o reducción de la capacidad de realizar una actividad que desea y/o precisa hacer.
- 31 Para más información acerca de cómo elaborar el diagnóstico ocupacional, remitimos al lector a los [capítulos 5](#) y [14](#) de este libro.
- 32 En relación a este punto, la inclusión puede realizarse en este apartado «Evaluación-diagnóstico ocupacional», siempre que no nos soliciten de forma individual un informe de plan de intervención; si es así, es necesario incorporarlo inmediatamente a las recomendaciones que aparecen en el apartado «Objetivos y plan de intervención» de este capítulo. Describiremos cómo podría ser la redacción de este tipo de plan. Lo mismo sucede con el punto 10, que pasaría a desarrollarse en el apartado «Puntos en común, propuesta de ajuste de la información». Destaca que la propuesta teórica del plan de intervención (escribirlo) es parte de la evaluación ocupacional, no así su desarrollo junto al usuario (ponerlo en práctica), ya esta fase discurre de forma paralela a la de la evaluación ocupacional continua (v. [capítulo 6](#)).
- 33 Para obtener más información proponemos la lectura del [capítulo 6](#) de esta obra. Además, hay que añadir que en el caso de que sea necesario elaborar un informe para otro terapeuta ocupacional, o que se nos requiera un informe más detallado, se deberá proceder a la elaboración de un informe en el que se incluyan, además de los objetivos propuestos, las propuestas asociadas con estrategias, tipos de intervención, métodos o técnicas que hemos utilizado u que emplearemos para alcanzar el objetivo propuesto. Es decir, reflejamos el *cómo* vamos o *cómo* hemos conseguido los resultados funcionales esperados (v. [capítulo 6](#)). En esta parte de la documentación también se demuestra la singularidad de nuestra profesión, que es trabajar con la ocupación del usuario. La actividad o intervención seleccionada para cada objetivo se documentará de forma muy breve y escueta, destacando todos sus aspectos, para lo cual se emplearán los estándares recomendados de la disciplina.
- 34 Los resultados funcionales son los comportamientos que se alcanzarán si la intervención tiene éxito; se definen como observables, lo que facilita valorar sin

ambigüedad su logro. Por tanto, debemos prescindir de descripciones realizadas con infinitivos («mejorar», «perfeccionar», «aumentar», «modificar», ente otros), dado que en estos casos no se hace referencia al comportamiento concreto esperado.

- ³⁵ En este caso recomendamos el uso del *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional* (2008) para desarrollar los aspectos de estrategias y tipos de intervención. Para poder obtener más información sobre este apartado, remitimos al lector a los [capítulos 5, 6 y 14](#), así como al contenido del portal web al capítulo asociado sobre el *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional* (2008).
- ³⁶ Este proceso paralelo al de la intervención y su redacción tendrán cabida en la fase denominada evaluación ocupacional continua. Es necesario dotar de sentido a este proceso, en relación con las propuestas de trabajo realizadas en la fase de diseño de la intervención; por este motivo, en el caso de un trabajo llevado a cabo en ámbitos clínicos, se recomienda tomar nota de los progresos, o hacer anotaciones de curso evolutivo. Habitualmente se suelen escribir después de cada sesión de intervención, o planificar en función del dispositivo de trabajo cada cuánto tiempo se pueden realizar. A la propuesta descrita, hay que añadir que autores como Sames, en 2005, proponen, además, que estos tipos de informes pueden ser desarrollados no sólo en formatos narrativos (SOAP, v. apartado «Registros SOAP» en el [capítulo 6](#) de este libro), sino que también pueden describirse en diagramas de flujo. Para obtener más información, recomendamos la lectura del [capítulo 5](#) de esta obra.
- ³⁷ Para obtener más información sobre el uso de la expresión «valoración final», puede complementarse la lectura de este capítulo con la del [capítulo 5](#).
- ³⁸ Ver apartado «Beneficios» de este capítulo.
- ³⁹ Para obtener más información sobre este tipo de documentación y sus características, recomendamos la lectura del apartado «Consideraciones éticas y legales» de este capítulo.
- ⁴⁰ Dirección laboral, teléfono de contacto profesional y correo electrónico laboral son, entre otras, opciones de contacto con el profesional.
- ⁴¹ Al igual que sucedía con el informe de evaluación-diagnóstico, habrá ítems que no sea necesario cumplimentar si el informe no tiene finalidad profesional (v. nota 33 al pie del apartado «Evaluación-diagnóstico ocupacional»). Esta fase guarda su correspondencia con la denominada valoración final (v. [capítulo 5](#) de esta obra).
- ⁴² En el caso de que se trate de un ambiente hospitalario, si es posible ajustarlo al catálogo nacional que ofrece el sistema nacional de salud y si no es posible localizar dicho código, sería viable con el nombre del hospital en el que se presten los servicios de terapia ocupacional.
- ⁴³ En instituciones públicas (como el Servicio Gallego de Salud), se sugiere codificarlos tal y como se recomienda por protocolo de terapia ocupacional de

evaluación ocupacional, según criterios de Rogers y Holmes (1991) y si se tiene formación según diagnósticos CIF-2001.

- 44 Se propone utilizar el recomendado en el [capítulo 6](#) de este libro.
- 45 Siguiendo los criterios de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
- 46 Tanto fechas u horas de recogida de datos, en el caso de que se necesiten, como de la firma del profesional y credenciales, requisito éste que siempre se incorporará al documento que acabemos de redactar.
- 47 Recomendamos la lectura del apartado «Estructura en la documentación y registro» de este capítulo.
- 48 Para ampliar más información sobre la elaboración de esta guía, remitimos a la lectura del [capítulo 16](#). «Diseño, gestión, organización de terapia ocupacional y trabajo en equipo e institucional», en el que se desarrolla cómo gestionar y realizar un procedimiento de terapia ocupacional.
- 49 Véase el punto «Criterios de calidad» en el apartado «Características generales».
- 50 Véase el capítulo en la web dedicado al *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional*.
- 51 Esta situación será similar si empleamos registros de carácter informático. Siempre se deberá consignar el error y señalar dónde se encuentra. La forma más utilizada para consignar este suceso es describirlo con la expresión «error».
- 52 Para más información, remitimos al lector al portal web de este libro, en donde este capítulo lleva asociado un documento sobre las diferentes leyes que sobre historia clínica se desarrollan en España.
- 53 En Galicia, los profesionales de la terapia ocupacional pertenecientes al Servicio Gallego de Salud, llevan desarrollando desde el año 2006 una guía y unos procedimientos informáticos de recogida de datos y de gestión de éstos. Esta situación es posible gracias a la plataforma IANUS de implantación en esta comunidad para el trabajo en el medio hospitalario. Merced al desarrollo de las TIC en el año 2010 se iniciaron los primeros registros electrónicos del proceso y la gestión de los datos de terapia ocupacional en relación con los usuarios con los que se interviene.
- 54 Para comprender más de qué forma las TIC están al servicio de la documentación en terapia ocupacional en salud mental, remitimos al lector al [capítulo 17](#), «Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en la praxis de la terapia ocupacional».
- ¹ Al igual que sucedía con el informe de evaluación-diagnóstico, habrá ítems que no sea necesario cumplimentar si el informe no tiene finalidad profesional. Véase la nota al pie en el apartado «Evaluación-diagnóstico ocupacional» del capítulo 7. Esta fase guarda su correspondencia con la denominada valoración final, de la que se trata en el [Capítulo 5](#) de este libro.
- ² En el caso de ser un ambiente hospitalario, si es posible, ajustarlo al catálogo

nacional que ofrece el sistema nacional de salud; si no es posible localizar dicho código, sería viable con el nombre del hospital donde preste sus servicios el terapeuta ocupacional.

Parte III

Escenarios de práctica

Sección 1

Encuadres para la atención de la persona con enfermedad mental

Terapia ocupacional en atención primaria en salud mental

L.M. Berrueta Maeztu, M.J. Bartolomé Domínguez, J.R. Bellido Mainar

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Características generales de la atención primaria de salud

Definición

Elementos conceptuales

Equipo de atención primaria de salud y sus funciones

El centro de salud de atención primaria

Objetivos/funciones de la atención primaria de salud

Prestaciones de la atención primaria de salud

Salud mental en atención primaria de salud

Terapia ocupacional en atención primaria de salud

Población diana de la atención primaria de salud mental

Objetivos de terapia ocupacional en atención primaria de salud mental

Pautas de intervención de terapia ocupacional en la atención primaria de salud mental

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer qué es la atención primaria de salud, sus principales características y su importancia para las personas y la comunidad.
- Conocer las prestaciones sanitarias que se desarrollan desde atención primaria de salud.
- Comprender la contribución de la atención primaria de salud a la prevención,

promoción y atención de la salud mental.

- Conocer el papel de la terapia ocupacional en atención primaria de salud, especialmente en el ámbito de la salud mental.
- Conocer el proceso de la terapia ocupacional en atención primaria de salud: evaluación e intervención ocupacional.
- Conocer algunos de los principales programas de intervención de terapia ocupacional en atención primaria de salud en el ámbito de la salud mental.

Introducción

La atención primaria de salud (APS) es el nivel inicial de atención que debe garantizar la globalidad y continuidad de atención sanitaria a lo largo de la vida del usuario. Comprende actividades de promoción de salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud y rehabilitación (1).

En este capítulo describimos la importancia de la salud mental en la salud y el bienestar global de las personas, y cómo la APS constituye un recurso privilegiado desde el que abordar la promoción, la prevención y la intervención de las enfermedades mentales.

Los terapeutas ocupacionales, como profesionales sanitarios, forman parte de los equipos de atención primaria (1–6), que debe abordar de manera integral los problemas de salud de los usuarios.

Asimismo, se describe el papel que desempeñan los terapeutas ocupacionales en APS, su proceso de evaluación e intervención y algunos de los programas que pueden desarrollar para mejorar la salud mental de los usuarios.

Características generales de la atención primaria de salud

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la atención primaria de salud, en la Declaración de Alma-Ata (1978), como: «la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada» (7).

Elementos conceptuales

Los elementos conceptuales más relevantes de APS son los siguientes:

- Integral: considera al ser humano desde la perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes, sino que interseccionan en las personas y sus necesidades y problemas de salud.
- Integrada: interrelaciona los elementos de promoción, prevención, intervención, rehabilitación y reinserción social.
- Continuada y permanente: a lo largo de la vida de las personas en sus distintos ámbitos (domicilio o escuela, entre otros).
- Activa: los profesionales de los equipos no pueden actuar como receptores pasivos de las demandas, han de trabajar en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque éstas no sean expresadas, en especial en el ámbito de la promoción y de la prevención.
- Accesible: no deben existir barreras (geográficas, económicas o sociales), para el acceso en condiciones de equidad y justicia social de todos los ciudadanos a la prestación de la APS.
- Basada en el trabajo en equipo: equipos de salud o de atención primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Comunitaria y participativa: la atención debe incluir actividades de salud pública y comunitaria. La APS se basa en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones.
- Programada y evaluable: con actuaciones basadas en programas de salud, con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
- Docente e investigadora: desarrolla actividades de docencia pregrado y posgrado, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias y de su ámbito (7).

Equipo de atención primaria de salud y sus funciones

El equipo de APS es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en el seno de una determinada comunidad. Las funciones del equipo de atención primaria son las siguientes:

- La atención sanitaria individual y colectiva en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia a la población adscrita en coordinación con los servicios de especialidades médicas del sector.
- La elaboración y ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la educación sanitaria.
- La participación en programas de docencia y formación de los profesionales.
- La elaboración y ejecución de programas de investigación en el ámbito de la atención primaria.
- La realización de los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
- La autoevaluación de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos, así como la participación en los programas generales de evaluación y control de calidad de la asistencia primaria.
- La cumplimentación y tramitación de la documentación que se solicite para la evaluación exhaustiva de las actividades del equipo y su rendimiento.

Todos los profesionales del equipo de atención primaria deben trabajar de forma coordinada en todas las actividades.

El centro de salud de atención primaria

El centro de salud de atención primaria es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el centro. Éste asume, como institución, la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográficamente y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos.

Objetivos/funciones de la atención primaria de salud

Prestaciones de la atención primaria de salud

Según Martín Zurro (7), las funciones y actividades del equipo de atención primaria se pueden definir como las siguientes:

- Asistencia. Consta de las siguientes actividades: visita en el centro de salud y visita domiciliaria de tipo esporádica, programada y urgente.
- Promoción de la salud: llevada a cabo mediante la educación sanitaria individual y colectiva en el centro de salud (p. ej., charlas sobre educación sexual, sobre lactancia materna, sobre el cuidador, entre otros), en escuelas y otras instituciones (p. ej., educación sobre el abuso del tabaco o del alcohol) y con campañas educativas (hábitos).
- Prevención de la enfermedad: en grupos de riesgo mediante las siguientes actividades: vacunaciones (p. ej., vacunación de la gripe) y cribados (p. ej., diagnóstico precoz del cáncer ginecológico).
- Rehabilitación: tanto en procesos agudos como crónicos siendo su objetivo principal la reinserción social (p. ej., enfermedades psiquiátricas, amputaciones o prótesis).
- Funcionamiento interno y soporte: docencia e investigación, formación continuada, organización interna, política de calidad y evaluación y gestión.

Es importante tener en cuenta que todas estas funciones y actividades deben llevarse a cabo de forma integral e integrada, priorizando las más apropiadas para las necesidades de la población atendida.

Salud mental en atención primaria de salud

La OMS definió la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (8).

La salud mental figura entre los objetivos prioritarios en salud en el ámbito mundial por las siguientes razones (8):

- La alta prevalencia de la enfermedad mental. En un trabajo realizado por la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard en 1996, se concluye que todas las enfermedades mentales, incluyendo el suicidio, constituyen la segunda causa de enfermedad en las sociedades con economía de mercado.
- La enfermedad mental se asocia con niveles significativos de discapacidad y con un elevado uso de servicios sanitarios y sociales.
- Los trastornos mentales tienen una gran repercusión negativa en la salud y en la calidad de vida de las personas que lo sufren y suponen una importante carga para sus familias.
- Los costes de los problemas de salud mental se han estimado que oscilan entre el 3 y el 4% del producto nacional bruto de los países europeos.

Ante estas situaciones, las posibles estrategias para mejorar la salud mental de las personas y prevenir la enfermedad mental son las siguientes:

- La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales: la promoción de la salud mental va dirigida a crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que favorezcan el desarrollo psicofisiológico óptimo, respetando la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal. La prevención de la enfermedad mental se trabaja mediante intervenciones educativas que pretenden que la persona aprenda habilidades para el afrontamiento de situaciones vitales estresantes (evitando la medicalización en la vida cotidiana) en cualquiera de las etapas vitales de la persona.
- Detección precoz del trastorno mental e intervención temprana en el entorno más próximo a la persona.
- Atención integral y coordinada hacia una continuidad de cuidados e integración de servicios, orientándolos a la promoción de la autonomía personal y a la reinserción social.

Para desarrollar estas estrategias de intervención en salud mental descritas

anteriormente, la OMS aboga por la integración de la salud mental en la atención primaria (9).

Las razones para que la atención primaria se integre en su totalidad en la red para la atención integral de la salud mental son las siguientes:

1. Es el primer nivel de atención, donde puede ser determinante para la prevención y la promoción de la salud mental, colaborando en la educación de la familia y la comunidad.
2. Desempeña un papel fundamental en la continuidad de cuidados y en el seguimiento terapéutico, ya que posee un rol privilegiado como enlace entre la comunidad y los servicios específicos de salud mental. Dada la accesibilidad y el conocimiento de la familia y el contexto de los profesionales de la atención primaria contribuye a la imprescindible coordinación entre los servicios especializados y los servicios sociales.

Para que la atención primaria pueda cumplir un papel relevante en la atención a la salud mental es necesario profundizar en la formación en salud mental y en la sensibilidad y el compromiso en el abordaje psicosocial de los profesionales que trabajan en atención primaria.

En el ámbito de la prevención y promoción de la salud se encuentra el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria¹ (PAPPS).

Terapia ocupacional en atención primaria de salud

La terapia ocupacional desempeña un importante papel en la APS. Los terapeutas ocupacionales forman parte del equipo interprofesional para atender las necesidades de salud de personas, familias y comunidad (10).

La terapia ocupacional es una profesión comprometida con la promoción de la salud y el bienestar mediante la ocupación (11), y considera que la participación en ocupaciones que tienen significado y valor para la persona puede promover, mantener y restaurar la salud.

La ocupación satisface necesidades humanas básicas para la salud porque proporciona a las personas los mecanismos para ejercitar y desarrollar capacidades innatas de una naturaleza biológica y sociocultural, para adaptarse a los cambios del entorno y para desarrollarse como individuos (12).

La ocupación es central en el rol de los terapeutas ocupacionales y se cree que es un importante determinante de salud. Es reconocido que los determinantes de salud tienen un profundo impacto en las elecciones del estilo de vida y en las capacidades. Los terapeutas ocupacionales trabajan con las personas para apoyar estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y la discapacidad, y promover la salud (10, 13).

APS y terapia ocupacional poseen una base filosófica común que apoya un abordaje holístico de la salud, la responsabilidad personal sobre la salud, así como un abordaje intersectorial que abarca la educación, la salud y los sectores comunitarios, familiares e individuales (10). Así, la terapia ocupacional, con su visión integral de la persona, actúa como agente de salud, sobre el ser humano, sus estilos de vida y el medio ambiente (13).

El propósito de la terapia ocupacional, como disciplina del área de la salud, es facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio, en personas que presentan disfunción ocupacional o riesgo de disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo vital (13).

Según Rogers (14), la medicina focaliza su atención en la salud y la enfermedad, mientras que la terapia ocupacional lo hace en la función y disfunción del desempeño ocupacional. Hay áreas en las que la terapia ocupacional comparte campo de trabajo con la medicina, y en otras, sin embargo, éste es diferente. La prolongación de la situación en un área, en la que existen alteraciones o desequilibrios, de un ámbito profesional puede derivar en la afectación en otras áreas (alteraciones o desequilibrios) de otro ámbito profesional y viceversa (tabla 8.1).

Tabla 8.1 Orden y desorden en medicina y terapia ocupacional

Terapia ocupacional	Medicina	
	Orden = Salud	Desorden = Enfermedad
Orden = Desempeño ocupacional funcional	Individuos que no requieren cuidados médicos y son capaces de desempeñar sus roles satisfactoriamente. No requieren servicios médicos ni de terapia ocupacional	Individuos que pueden requerir cuidados médicos, pero su estado de salud no interfiere significativamente en el desempeño de sus ocupaciones en un período prolongado de tiempo
Desorden = Disfunción del desempeño ocupacional	Individuos que no requieren cuidados médicos, pero son incapaces de desempeñar sus roles satisfactoriamente	Individuos que necesitan cuidados médicos y su condición interfiere significativamente en el desempeño diario de sus ocupaciones

Tomada de Rogers, 1982.

Los terapeutas ocupacionales aplican la teoría, la evidencia, el conocimiento y las habilidades con respecto al uso terapéutico de las ocupaciones para influir positivamente sobre la salud, el bienestar y la satisfacción de vida del usuario (15). El terapeuta ocupacional es un promotor de la justicia social, pues fomenta la capacidad de las personas, a pesar de barreras y limitaciones, para participar de la sociedad como miembros válidos (11, 16).

Desde el ámbito de la atención primaria se están estableciendo programas de promoción, detección e intervención de la salud mental dirigidos a poblaciones con riesgo de presentar una enfermedad mental como consecuencia de estar inmersos en situaciones vitales estresantes. Dichos acontecimientos suponen un riesgo para su desempeño ocupacional satisfactorio. La disfunción ocupacional es, a su vez, fuente de enfermedad. En consecuencia, la terapia ocupacional, en coherencia con su paradigma y mediante sus diferentes tipos de intervención, se convierte en un servicio de atención que incorporado a la cartera de servicios de atención primaria resulta idóneo para capacitar a las personas con riesgo de padecer la enfermedad mental en las habilidades de manejo de la vida diaria.

Además, las metodologías utilizadas y manejadas habitualmente por los terapeutas ocupacionales, tanto el trabajo en grupos como la intervención individual de tipo *counseling*, se recomiendan especialmente para los programas de prevención y promoción de la salud. La terapia ocupacional, con su metodología habitual, puede contribuir a reforzar el éxito de los programas de intervención en salud mental desde la atención primaria.

Población diana de la atención primaria de salud mental

La población diana beneficiaria de las intervenciones de terapia ocupacional en atención primaria de salud mental podría agruparse en tres categorías:

1. Usuario que ha estado ingresado en una unidad de hospitalización breve: acude a éste dispositivo ya con un diagnóstico y una intervención cuya labor es el seguimiento y ser el filtro para detectar posibles situaciones que requieran un nuevo ingreso.
2. Usuario que no ha estado ingresado en una unidad de hospitalización breve:
 - a. Personas con patologías y/o situaciones vitales que amenazan su salud mental:
 - Enfermedad somática crónica.
 - Duelo.
 - Proceso de separación.
 - Desempleo de larga duración.
 - Estrés laboral.
 - Estrés por cuidado de familiares a su cargo.
 - Incapacidad laboral transitoria prolongada.
 - Adaptación a la jubilación.
 - Violencia de género.
 - Usuarios terminales y su familia.
 - Atención a la mujer y el niño durante el embarazo y puerperio.
 - Embarazo en la adolescencia.
 - Hijos de familias monoparentales.
 - Retraso escolar.
 - Trastornos en el desarrollo del lenguaje.
 - Antecedentes en patología mental de los padres.
 - Maltrato infantil.
 - Trastornos del comportamiento alimentario.
 - b. Personas diagnosticadas de trastornos mentales menores, que tienen riesgo de cronificarse:
 - Cuadros ansiosos.
 - Depresiones reactivas.
 - Ideas de suicidio, gestos autolíticos o intentos de suicidio.
 - c. Trastornos mentales graves.
3. Organizaciones sociales y la comunidad en la que se encuentra el centro de atención primaria.

Objetivos de terapia ocupacional en atención primaria de salud mental

Según la New Zealand Association of Occupational Therapists (NZAOT) (17), el principal conocimiento profesional y habilidad del terapeuta ocupacional consiste en el uso de la ocupación para: en primer lugar, mejorar, en segundo, mantener y, en tercero, restaurar la salud y el bienestar.

Estas tres áreas de interés son también las prioridades destacadas en la APS en salud mental. El papel de los terapeutas ocupacionales incluye (17):

1. Mejorar la salud mediante la participación en la ocupación, mediante la educación, la promoción de la salud y el asesoramiento para ayudar a las personas a adoptar estilos de vida saludables.
2. El mantenimiento de la salud mediante la participación en la ocupación para evitar la aparición o progresión de la enfermedad o la discapacidad.
3. La restauración de la salud cuando afecta a su participación en la ocupación por ser el primer punto de acceso para las personas que están enfermos o preocupados por su salud.
4. Evaluación de la ocupación relacionada con las necesidades de salud de las personas, comunidades y poblaciones.
5. Dirigir y participar en el desarrollo comunitario y las iniciativas de promoción de la salud que tienen la ocupación como el medio o el resultado esperado.
6. Coordinación entre los distintos servicios y trabajar en colaboración con el resto del equipo interprofesional para garantizar la continuidad de la atención.
7. Contribuir activamente a las organizaciones de APS mediante la participación en su creación, la gestión y los procesos de gobierno de la comunidad.
8. Evaluar la eficacia y los resultados de los programas y las intervenciones desde una perspectiva ocupacional.
9. Informar a las partes interesadas, incluidos los consumidores, líderes de la salud y los responsables políticos sobre la ocupación como un factor determinante de la salud.
10. Promover el acceso a los servicios de terapia ocupacional en la APS para los individuos, poblaciones y comunidades.
11. Promover la creación de recursos y de oportunidades de empleo para proporcionar servicios de calidad de la terapia ocupacional en la APS.

Pautas de intervención de terapia ocupacional en la atención primaria de salud mental

El proceso de terapia ocupacional es fluido y dinámico, e incluye los siguientes aspectos:

Evaluación (15)

Derivación

La derivación es realizada en las reuniones de equipo o a través del médico u otro miembro del equipo de atención primaria. En dicha derivación participan activamente los profesionales adscritos a los programas específicos de atención a la salud mental. El profesional que realiza la derivación debe, al mismo tiempo, trasladar la información necesaria para conocer a la persona derivada y sus circunstancias, así como los motivos concretos por los que es derivado.

Entrevista (18–20)

La entrevista inicial tiene varios objetivos:

1. Establecer el inicio del vínculo terapéutico, es decir, iniciar un nivel de confianza y empatía que facilite la apertura, la honestidad y la transparencia, de tal manera que esto permita al usuario dialogar y tratar asuntos difíciles que surgirán en el transcurso de la terapia.
2. Acoger las necesidades del usuario, conociendo los principales motivos de la consulta, así como los factores más significativos que influyen en ellos, y los objetivos de dicha consulta.
3. Consensuar los principales objetivos compartidos y esbozar la estrategia conjunta que debe seguirse. Es decir, una vez recogida la demanda y sus intereses, darle a conocer en qué objetivos creemos que podemos ayudarle, el proceso que hay que seguir para ello según estimemos, llegando a un acuerdo al respecto si existe alguna disposición o grado de compromiso.

A lo largo de todo el proceso terapéutico se irán realizando entrevistas, con el objetivo de ir evaluando y dimensionando permanentemente las necesidades, objetivos y actividades del usuario (19). Las principales estrategias utilizadas en las entrevistas serán:

1. Las cinco «Aes» (20): Averiguar (*Assess*), Aconsejar (*Advise*), Acordar (*Agree*), Ayudar (*Assist*) y Asegurar el seguimiento (*Arrange*).

2. La entrevista motivacional (20), entrevista abierta encaminada a obtener un cambio de conducta, ayudando al individuo a explorar y resolver su propia ambivalencia.

Perfil ocupacional (15)

El perfil ocupacional es un resumen de la información que describe el historial ocupacional y las experiencias del usuario, sus patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. Se identifican las prioridades, los problemas y las preocupaciones de la persona acerca de llevar a cabo sus ocupaciones y las actividades de la vida diaria.

Análisis del desempeño ocupacional (15)

En el análisis del desempeño ocupacional se identifican de manera más específica los problemas actuales y potenciales de la persona.

Las principales estrategias utilizadas son:

1. Observación del desempeño en su entorno real para identificar qué facilita el desempeño y qué es lo que lo limita.
2. Utilización de instrumentos de valoración para medir las destrezas y los patrones de ejecución, así como los contextos o entornos.
3. Análisis de las actividades, teniendo en cuenta las demandas de las actividades en relación con las características del usuario.

Intervención

Estrategias de intervención

Los terapeutas ocupacionales utilizan habitualmente la ocupación, el contexto y la relación terapéutica como las herramientas principales de intervención, que consiste específicamente en:

1. Utilizar la metodología «aprender haciendo» (*learning by doing*), para llegar al «hacer aprendiendo» (*doing by learning*), en las áreas ocupacionales (15):
 - a. Actividades básicas o personales de la vida diaria.
 - b. Actividades instrumentales de la vida diaria.
 - c. Descanso y sueño.
 - d. Educación.
 - e. Trabajo.
 - f. Juego.
 - g. Ocio y tiempo libre.
 - h. Participación social.

Es decir, aprender a través de la experiencia, especialmente sobre uno mismo y su entorno, el mundo que le rodea, para descubrir y vivenciar el sentido de las cosas, para desarrollar el propio potencial, saber buscar alternativas y tomar sus propias decisiones.

2. Adaptar la ocupación, y todo lo necesario para llevarla a cabo, a las características y necesidades del usuario.
3. Hacer uso de la formación o educación, tanto previa como posterior a la realización de actividades o compromiso con ocupaciones significativas.
4. Adaptar y modificar el contexto o entorno (cultural, personal, físico, social, temporal, virtual), en definitiva transformando el mundo que nos rodea para hacerlo mejor.
5. Crear hábitos y rutinas que faciliten la vida, coherentes con el propio equilibrio del usuario y el desempeño adecuado de sus roles.
6. Favorecer el acceso y la participación en ocupaciones que le aporten a la persona satisfacción, disfrute y/o sentido. Usar, cuando procedan, métodos preparatorios, o dinámicas que faciliten la participación en ocupaciones, roles, o la creación de una estructura de la vida diaria.
7. Favorecer progresivamente la capacidad de autodeterminación y autogestión de la propia vida, de asumir responsabilidades y las consecuencias de las propias acciones.

En definitiva, crear oportunidades de participar en ocupaciones que permitan experimentar, sentir, descubrir de manera positiva y constructiva sobre nuestro entorno y sobre nosotros mismos, que nos permitan desenvolvemos de manera satisfactoria.

Esto sólo es posible a través del establecimiento de una adecuada relación terapéutica y del uso terapéutico del Yo. Sólo de esta manera el terapeuta ocupacional puede asesorar adecuadamente a personas, familias, organizaciones o poblaciones en diferentes contextos: centro de atención primaria, domicilio, comunidad o instituciones.

Tipos de intervención

Tradicionalmente, los terapeutas ocupacionales en salud mental han utilizado de forma intensiva el uso terapéutico de ocupaciones y actividades seleccionadas para usuarios específicos, que cumplen objetivos terapéuticos y se desarrollan con unos métodos preparatorios, y en menor medida con el uso terapéutico del Yo.

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en atención primaria, dadas las características de este nivel de intervención y el perfil de los usuarios, deberán hacer un uso intensivo de las intervenciones enmarcadas en los procesos de consulta y de

educación, junto con el manejo de la relación terapéutica, tanto en formatos individuales como grupales (tabla 8.2)² (15).

Tabla 8.2 Tipos de intervención en terapia ocupacional

Tipo de intervención	Definición
Uso terapéutico del Yo	Uso planificado por los profesionales de su personalidad, introspección, percepciones y juicios como parte del proceso terapéutico
Uso terapéutico de ocupaciones y actividades	Ocupaciones/actividades seleccionadas: actividades ocupacionales, con propósito y métodos preparatorios
Proceso de consulta	Uso de los terapeutas del conocimiento y la experiencia para colaborar con el usuario a identificar problemas y soluciones eficaces, que luego son implementadas principalmente por los usuarios
Proceso de educación	Impartir al usuario el conocimiento y la información sobre la ocupación y la actividad

Modificado del Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso, 2008.

Esto supone un modo diferente de diseñar e implementar los procesos de intervención diseñados para satisfacer las necesidades del usuario, familia o comunidad, en cuanto al grado de intensidad, e incluso al tipo con respecto a las que tradicionalmente realizan los terapeutas ocupacionales en los servicios especializados de salud mental.

Cartera de servicios de terapia ocupacional en atención primaria de salud mental³

Los programas de intervención deben responder a las necesidades de los usuarios y de la comunidad, que cambian con el tiempo. Deben adaptarse a la realidad social donde está inserto el centro de atención primaria, por tanto deben ser flexibles y dinámicos. Es fundamental ser receptivos a nuevas demandas y necesidades, así como ser metódicos y creativos en darles respuesta, basándonos en la evidencia existente.

A continuación (tabla 8.3) describimos brevemente algunos de los principales programas de intervención de terapia ocupacional en APS en el ámbito de la salud mental (21–23, 25, 29):

1. Programa «papá-mamá».
2. Programa «apoyo escolar».
3. Programa «ocio y tiempo libre».
4. Programa «habilidades y relaciones sociales».
5. Programa «empleo y salud».

6. Programa «rehaciendo mi vida».
7. Programa «cuidando al cuidador».
8. Programa «cuidando la mente».
9. Programa «preparación y adaptación a la jubilación».
10. Programa de «activa-acción».

Tabla 8.3 Programas agrupados por áreas de trabajo específicos de terapia ocupacional

Áreas ocupacionales	Programas de terapia ocupacional en atención primaria de salud mental
AVD básicas	G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción
Sueño y descanso	G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción
AVD instrumentales	A. Programa Papá-mamá G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción
Educación	B. Programa Apoyo escolar G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción
Trabajo	E. Programa Empleo y salud G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción
Juego	G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida I. Programa Preparación y adaptación a la jubilación H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción
Ocio y tiempo libre	C. Programa Ocio y tiempo libre G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción
Participación social	D. Programa Habilidades y relaciones sociales G. Programa Cuidando al cuidador F. Programa Rehaciendo mi vida H. Programa Cuidando la mente J. Programa Activa-acción

AVD: actividades de la vida diaria.

Programa «papá-mamá»

La maternidad y la paternidad, biológica o no biológica, supone uno de los cambios más importantes en la vida de la mayoría de las personas, afectando a la casi totalidad de sus actividades cotidianas.

Este programa va dirigido especialmente para aquellas poblaciones expuestas a una maternidad-paternidad en circunstancias adversas que suponen un riesgo para la salud mental, como por ejemplo, embarazos de adolescentes y/o no deseados, familias monoparentales o con hijos con problemas escolares serios, pobreza, sobrecarga, entre otros.

En este programa se pretende dotar a los padres de habilidades y conocimientos para el cuidado de sus hijos, sabiendo que ésta es la mejor manera de fomentar un inicio saludable de la vida del bebé.

Este programa pretende ayudar a los padres a desempeñar adecuadamente su nuevo rol, siendo un apoyo en la reestructuración del resto de sus actividades en esta nueva etapa, y abordando todas aquellas situaciones que pueden generar estrés tanto en los cuidadores como en los propios niños. Igualmente, es necesario estar atentos a la buena evolución del niño. Algunos de los aspectos que se pueden abordar en este programa son, entre otros:

- Los cuidados del niño: alimentación, aseo, baño.
- Desarrollo del niño y su relación con el mundo.
- El contexto: habitación, casa, barrio, normas, rutinas.
- El vínculo afectivo: la relación con los padres, hermanos, familia, otros.
- El apoyo familiar, social y emocional.
- Recursos comunitarios.
- Autocuidado de padres: el sueño, organización del ocio, la relación de pareja, el trabajo, técnicas de discusión y resolución de problemas, las amistades.
- Niños con problemas: prematuros, problemas sanitarios.
- Niños como problema para los adultos: rechazo, no deseados, no esperados.
- Modelo compartido de maternidad-paternidad y estilos de crianza.
- Familias diferentes: monoparentales, adopciones, acogimiento, a distancia, rotas y recompuestas.
- Conciliación vida laboral y familiar.

Programa «apoyo escolar»

La escuela en un entorno potencialmente eficiente para llegar al niño y al adolescente

e influir en su comportamiento, salud mental y desarrollo. El colegio debe ser un lugar abierto a la sociedad, donde por encima de la adquisición de conocimientos prime la formación de personas, a través del desarrollo de su autonomía personal, su inteligencia emocional, y su adecuada convivencia con otros. También debe ayudar al adecuado desarrollo social personal, facilitando la adquisición de habilidades para ser ciudadanos responsables, integrarse positivamente en su grupo de iguales y hacer frente a las situaciones cotidianas del día a día y factores de estrés. Con este programa se pretende intervenir en el comportamiento ocupacional del niño dentro y fuera del colegio, apoyando a la comunidad educativa y a las familias, en aspectos como los siguientes:

- Adaptación del niño en la escuela.
- Fracaso escolar.
- Comportamientos disruptivos.
- Violencia por parte de otros niños.
- Agresividad.
- Actividades extraescolares.
- Tareas escolares.
- El juego los niños y los juguetes.
- El deporte.
- Las nuevas tecnologías y la televisión.
- Adaptaciones y recursos necesarios que ayuden a aquellos que tienen un problema de salud mental.
- El ambiente escolar.

El objetivo es contribuir a que el colegio constituya una buena experiencia en el desarrollo de los niños, previniendo y eliminando aquellas que sean malas y potencialmente traumáticas. También ayudándoles a elaborar las vivencias negativas.

Además, es un lugar idóneo para la detección precoz de problemas de salud mental (depresión, ansiedad, trastornos alimentación, adicciones y prevención del suicidio, entre otras). Para ello hay que actuar sobre la globalidad: los espacios educativos formales (clase), los no formales (pasillos, patio, entrada y salida, comedor), y en casa.

En muchas comunidades existen programas como la red de escuelas saludables, desde donde también se pueden abordar en colaboración con APS estrategias conjuntas de salud emocional y mental.

Programa «ocio y tiempo libre»

La posibilidad de utilizar el tiempo libre para un ocio sano, creativo y placentero es

una de las más atractivas y prometedoras formas de sentirse libre y de vivir en plenitud (21).

El programa de ocio y tiempo libre va dirigido en especial a dos grupos claramente diferenciados:

- Niños, para quienes el juego es el elemento por excelencia de exploración del mundo y desarrollo personal.
- Adolescentes, para quienes el ocio constituye un espacio vital de relaciones y de identidad personal.

Las principales tareas del terapeuta ocupacional en este programa son:

- Orientación a padres, niños y adolescentes.
- Exploración del ocio, ayudando a identificar intereses, habilidades, oportunidades y actividades de ocio apropiadas (15).
- Ayudar en la búsqueda, planificación, preparación y adaptación de actividades de esparcimiento.
- Promover programas y actividades de ocio saludables para personas o grupos en dificultad o en situación de riesgo.
- Coordinación con los recursos de ocio existentes desde distintas instituciones, por ejemplo: ayuntamiento, colegio, casa-juventud, casas y grupos culturales, clubes de ocio o deportivos o bibliotecas.
- Asesoramiento a instituciones públicas y privadas en la creación y adaptación de espacios de ocio y esparcimiento adecuados en la comunidad.

Programa «habilidades y relaciones sociales»⁴

Este programa está orientado para fomentar las redes de apoyo social, mediante el asesoramiento y la capacitación en estrategias de comunicación y relación social, y la resolución de problemas.

Está dirigido principalmente a las siguientes personas:

- Adolescencia y juventud: cómo nos relacionamos con nuestros padres, con los amigos (grupo), con las personas del otro sexo (p. ej., taller de ligar), hablar en público, entre otras.
- Personas mayores en situación de soledad. Por ejemplo, actividad «quedamos a tomar algo» o grupos de actividades específicos según intereses, voluntariado.
- Jóvenes «descolgados» de sus cuadrillas o amistades por diversos motivos que necesitan conocer gente nueva con quien relacionarse y salir.

Programa «empleo y salud»

Este programa abarca aquellos aspectos relacionados con el trabajo que pueden afectar a la salud mental de las personas.

Los principales estresores relacionados con el trabajo que pueden empeorar la salud mental en la vida adulta son:

- El estrés en el lugar de trabajo (incluyendo aquel originado por unas malas condiciones de trabajo).
- Desempleo.

A éstos, debemos añadir otros como:

- El acceso a los primeros empleos o los cambios de empleo y adaptación a un puesto de trabajo nuevo.
- Situaciones de *mobbing*.
- La situación de incapacidad laboral temporal.

El terapeuta ocupacional trabajará en diferentes aspectos:

- Orientación vocacional y laboral: qué tipo de trabajo quiero, qué habilidades y capacidades tengo, trabajos posibles, cómo conseguir un puesto de trabajo y mantenerlo.
- Orientación en la formación y reciclaje profesional.
- Evaluación del puesto de trabajo y adaptaciones o apoyos necesarios.
- Identificación de actividades, ambientes y situaciones estresoras, cómo disminuir su impacto y mantener el control.
- Actividades compensatorias y de escape.
- Red social y redes sociales.

Programa «rehaciendo mi vida»

Este programa tiene el objetivo de ayudar a las personas a rehacer su vida tras una experiencia vital que a menudo puede ser traumática.

Está especialmente dirigido a las siguientes personas:

- Personas que viven el duelo por la pérdida de un ser querido.
- Personas en proceso de separación o recientemente separadas.
- Personas que tienen la experiencia del nido vacío (los hijos se han ido de casa, desapareciendo su principal rol de cuidador) o nido lleno (p. ej., la jubilación de un miembro de la pareja y retorno al hogar genera conflictos).
- Abandono de proyectos vitales (p. ej., a causa de un accidente, vida religiosa,

sectas).

- Inmigración (p. ej., síndrome de Ulises).

Programa «cuidando al cuidador»

Cuidar a una persona con dependencia es una ocupación exigente y llena de responsabilidades que conlleva un ajuste total del estilo de vida que se desarrollaba anteriormente. Suele generar un gran desgaste físico, psíquico y emocional, en el que a menudo se sacrifican también las relaciones sociales y el tiempo para uno mismo.

Con este programa se pretende ayudar al cuidador a mantener un equilibrio ocupacional lo más sano posible en sus actuales circunstancias a través de los siguientes objetivos:

- Disminuir el estrés relacionado con su rol de cuidador (comunicación con la persona dependiente y el resto de la familia, miedos relacionados con el cuidado, desahogo emocional y formación, entre otros).
- No descuidar el propio cuidado personal: alimentación, sueño y descanso o higiene.
- Conseguir un tiempo para sí mismo.
- Mantener algunas actividades que faciliten la desconexión.
- Mantener las relaciones sociales más significativas.
- Preservar la vida familiar y afectiva, y la vida laboral.
- Apoyar y orientar a la persona cuando desaparezca el rol de cuidador, para retomar las actividades previas o reiniciar otra etapa de la propia vida.

Programa «cuidando la mente»

La función cognitiva y emocional es vital para la independencia, la funcionalidad y la calidad de vida. Este programa está dirigido a todas aquellas personas cuyas habilidades cognitivas están afectadas por problemas de salud mental o envejecimiento, o hay motivos para creer que pueden estarlo en un futuro cercano. Pretende mantener y estimular las capacidades cognitivas preservadas y las afectadas, aportando calidad de vida a las personas.

La adquisición y entrenamiento de determinadas habilidades se realiza mediante la participación en un programa individualizado con las siguientes características:

1. Estimulación de la actividad mental a través de un programa estructurado, en formato grupal, para personas con un perfil cognitivo similar.
2. Fomento de la actividad física, mediante un programa grupal y estructurado.
3. Promoción y participación en actividades sociales.
4. Asesoramiento individual y grupal, guiando y estimulando, para que se comprometan en actividades y ocupaciones significativas donde ejerciten la mente,

el cuerpo y las relaciones sociales.

La combinación de actividades físicas, cognitivas y sociales son determinantes para la salud.

Programa «preparación y adaptación a la jubilación» (25–28)

La jubilación puede suponer un cambio drástico en los roles, la estructuración del tiempo vital y cómo se llena éste, las relaciones personales, la imagen social, la economía personal, y la percepción de uno mismo respecto a sus metas vitales o el sentimiento de utilidad.

El trabajo, y la preparación para éste, ocupan la mayor parte de la vida de una persona. La jubilación es un cambio tan importante que a menudo genera problemas físicos, psicológicos o sociales debido a la desorganización de la vida personal que puede conllevar. La administración del tiempo deja de estar focalizada por una necesidad y una obligación vital como es el trabajo para pasar a depender casi totalmente de la iniciativa personal. Hay que encontrar sentido a esta nueva etapa. Este programa va dirigido a las personas que desean prepararse ante una jubilación cercana, o aquellas personas ya jubiladas que encuentran dificultades en la adaptación a este nuevo ciclo vital.

Los objetivos del programa son los siguientes:

- Preparar para los cambios que conlleva la jubilación y las dificultades más habituales.
- Dar a conocer, desde una visión positiva, las posibilidades que nos brinda esta nueva etapa.
- Autoconocimiento personal para poder aprovechar al máximo los puntos fuertes y apuntalar los débiles.
- Encontrar sentido a esta etapa mediante el compromiso en actividades y proyectos realistas, fomentando los sentimientos de utilidad y de satisfacción personal.
- Fomentar el cuidado de la autonomía personal, mediante la actividad física, el adecuado cuidado personal (salud, alimentación, aseo y hogar, entre otros).
- Fomentar las redes de apoyo social y las relaciones sociales.
- Potenciar la participación en programas de voluntariado, ocio y otras actividades dentro de la comunidad.

Programa de «activa-acción»

Programa dirigido a personas que, por diversos motivos, han ido perdiendo los vínculos con su entorno, aislándose y disminuyendo de manera importante su nivel de actividad.

El programa pretende activar a la persona, aumentando su nivel de participación en las actividades cotidianas, tanto personales como sociales, así como incrementar la vinculación de la persona con su entorno, bien retomando actividades o relaciones previas o bien creando puentes hacia otras nuevas.

Se planifica la participación en actividades de manera conjunta entre terapeuta ocupacional y usuario, se establecen pequeñas metas, así como los apoyos necesarios para poder llevarlas a cabo.

Conclusiones

- La APS es un nivel de atención idóneo para la detección de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad, generadores potenciales de problemas de salud mental. Además, existe evidencia de que la intervención precoz en la atención de la enfermedad mental puede evitar el deterioro en la funcionalidad de los trastornos mentales (8).
- La terapia ocupacional en atención primaria es una prestación fundamental de la cartera de servicios de los programas específicos de la red de atención primaria.
- La intervención de terapia ocupacional en APS ayuda a afrontar situaciones de cambio en ocupaciones y roles: jubilado, cuidador, viudo, inmigrante o enfermo.

Bibliografía

Corregidor Sánchez A.I. Terapia ocupacional en atención primaria de salud. In: Corregidor Sánchez A.I., ed. *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología: bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010:71–75.

Ignacio de Jesús J. Atención Primaria de Salud. In: Polonio López B., Castellanos Ortega M.C., Viana Moldes I. *Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica*. Madrid: Panamericana; 2008:281–290.

Ignacio de Jesús J. Inclusión de la terapia ocupacional en atención primaria en la comunidad autónoma de Andalucía. *Bol Ter Ocup*. 2004:33–34.

Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón en las líneas asistenciales de Atención primaria. Decreto 65/2007 de 8 de mayo. Boletín Oficial de Aragón, n.º 62 (25/05/07).

Servicio Andaluz de Salud. Plan de apoyo a las familias andaluzas. Guía para el desarrollo de la terapia ocupacional en atención primaria de salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2003.

Servicio Andaluz de Salud. Plan de apoyo a las familias andaluzas. Guía de procedimiento: Equipos de rehabilitación en domicilio. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2003.

Martín Zurro A., Cano Pérez J.F. *Compendio de atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

Hernández Alonso M.C., Buitrago-Ramírez F., Ciunara-Misol R., Chocrón-Bentata L., García Campayo J., Montón-Franco C. *Prevención de los trastornos de la salud*

- mental. En: SemFYC-PAPPS Actualización 2009*, 1.^a ed. Barcelona: semFYC; 2009.
- ané-Llopis E., Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.
- Leclair L., Restall G., Edwards J., Cooper J., Stern M., Soltys P. *Occupational Therapists and Primary Health Care*, 1.^a ed. Manitoba: Manitoba Society of Occupational Therapists; 2005.
- World Federation of Occupational Therapists. Definitions of occupational therapy from Member Countries [monografía en Internet]. 9.^a ed. Alberta: World Federation of Occupational Therapists; 2010 [revisado el 10 diciembre 2010]. Disponible en http://www.wfot.org/office_files/DEFINITIONS%20-%20DRAFT9%202009-2010.pdf
- College of Occupational Therapists. Health promotion in occupational therapy. London. 1.^a ed. London: College of Occupational Therapists London; 2008.
- Chaparro E.R., Fuentes J., Morán G.D. La terapia ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Rev Chil Ter Ocup*. 2005;5.
- Rogers J.C. Order and disorder in medicine and occupational therapy. *Am J Occup Ther*. 1982;(1):29–35.
- Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2.^a ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [revisado el 10 diciembre 2010]; [85 p.]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2.^a ed.).
- Caudevilla Polo S., Oliván Blázquez B., Rubio Ibarzo S. Terapia ocupacional y atención primaria. *Anal Cienc Salud*. 1999:225–237.
- New Zealand Association of Occupational Therapists (NZAOT). Occupational therapy and primary health care 2009 position statement. Manitoba: New Zealand Association of Occupational Therapists (NZAOT); 2009.
- Johnson J. Programas de bienestar. En: Hopkins H, Smith H (eds.). *Terapia ocupacional (Willard & Spackman)*. 8.^a ed. Madrid: Panamericana; 1998.
- Guajardo A. *La experiencia de terapia ocupacional en salud mental y derechos humanos en Cintras*. Santiago de Chile: Cintras; 1994.
- Grandes G, Sánchez A, Cortada JM, Calderón C, Balagué L, Millán E, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad,

Gobierno Vasco, 2008. Informe n.º Osteba D-08-07.

Jané-Llopis A., Alst S., Anderson P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.

Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. París: Organización Mundial de la Salud, 2004.

ACAMTO. Guía de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia de las personas mayores en el Medio Rural. 1.ª ed. Toledo: ACAMTO y Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2008.

Babín Vich F.A. *Programa de integración social a través del ocio*. Madrid: Madrid-Salud Madrid Instituto de Adicciones; 2007.

Porras Araneda X., Ubeda Urbina C., Pasmíño Yáñez X. Experiencia de taller de crecimiento y desarrollo familiar. Diseñado para el trabajo con mujeres con diagnóstico de trastornos emocional y depresión. *Rev Chil Ter Ocup*. 2003:3.

Taira E. Planificación de la jubilación. In: Hopkins H.L., Smith H.D. *Terapia ocupacional (Willard & Spackman)*. Madrid: Panamericana; 1998:257–259.

Jonson H., Borell L., Sadlo G. Jubilación: una transición ocupacional con consecuencias en la temporalidad, equilibrio y significado de la ocupación. *Rev Chil Ter Ocup*. 2003:3.

Salles Santos A., Ribeiro Games V. Envejecer: una reflexión de la Terapia Ocupacional sobre el tiempo libre del anciano jubilado de sexo masculino no institucionalizado. *Rev Chil Ter Ocup*. 2003:3.

Romero Ayuso D., Moruno Miralles P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*, 1.ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

El diario de AEXTO [sede Web]. Plasencia: Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura; 2010 [acceso 19 de diciembre de 2010]. AEXTO. Entrevistamos a Jesús Marta. Disponible en: <http://aexto.blogspot.com/search?q=jes%C3%BAs+marta>

Autoevaluación capítulo 8

1. Señale uno de los elementos conceptuales más relevantes en la atención primaria de salud:
 - a. Las esferas biológica, psicológica y social son independientes en las personas y sus necesidades y problemas de salud y, por tanto, una buena atención debe dirigirse únicamente a la esfera en la que ha surgido el problema.
 - b. Es esporádica: atiende a las personas únicamente en el momento en el que tienen un problema de salud y acuden o llaman al centro de salud solicitando ayuda para dicho problema.
 - c. Es accesible: no deben existir barreras (geográficas, económicas, sociales), para el acceso en condiciones de equidad y justicia social de todos los ciudadanos a la prestación de la atención primaria de salud.
 - d. En atención primaria de salud es esencial la promoción, la prevención y el tratamiento, pero no es de su competencia ni la rehabilitación ni la reinserción social.
 - e. Formada por profesionales sanitarios, está basada en el trabajo individual de éstos por consultas, donde atienden las demandas que van recibiendo.

Correcta: *c*. Es accesible: no deben existir barreras (geográficas, económicas, sociales), para el acceso en condiciones de equidad y justicia social de todos los ciudadanos a la prestación de la atención primaria de salud.

2. Según Rogers (1982):
 - a. La salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.
 - b. La medicina focaliza su atención en la salud y la enfermedad, mientras que la terapia ocupacional lo hace en la función y disfunción del desempeño ocupacional.
 - c. Las funciones y actividades del equipo de atención primaria se pueden definir como las siguientes: asistencia, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, funcionamiento interno y soporte.
 - d. Las metodologías utilizadas y manejadas habitualmente por los terapeutas ocupacionales, tanto el trabajo en grupos como la intervención individual tipo *counseling* son recomendadas especialmente para los programas de prevención y promoción de la salud.
 - e. En un trabajo que realizó en 1986, este autor llega a la conclusión de que todas las enfermedades mentales, incluyendo el suicidio, constituyen la

segunda causa de enfermedad en las sociedades con economía de mercado.

Correcta: *b*. La medicina focaliza su atención en la salud y la enfermedad, mientras que la terapia ocupacional lo hace en la función y disfunción del desempeño ocupacional.

3. Señale las estrategias de intervención en terapia ocupacional:

- a. Utilizar la metodología «aprender haciendo» en las áreas ocupacionales, y hacer uso de la formación o educación tanto previa como posterior a la realización de actividades.
- b. Adaptar la ocupación, y todo lo necesario para llevarla a cabo, a las características y necesidades del usuario. Adaptar y modificar también el contexto o entorno.
- c. Ayudar a crear hábitos y rutinas que faciliten la vida, coherentes con el propio equilibrio del usuario y el desempeño adecuado de sus roles.
- d. Favorecer el acceso y la participación en ocupaciones que le aporten a la persona satisfacción, disfrute y/o sentido. Favorecer progresivamente la capacidad de autodeterminación y autogestión de la propia vida.
- e. Todas las respuestas son correctas.

Correcta: *e*. Todas las respuestas son correctas.

4. Señale la respuesta incorrecta:

- a. Los terapeutas ocupacionales que trabajan en salud mental de atención primaria deberán hacer un uso intensivo de las intervenciones enmarcadas en los procesos de consulta y de educación, junto con el manejo de la relación terapéutica, tanto en formatos individuales como grupales.
- b. Los programas de intervención de terapia ocupacional en atención primaria de salud mental deben adaptarse a la realidad social, y responder a las necesidades de los usuarios y de la comunidad, que son cambiantes; por tanto deben ser flexibles y dinámicos.
- c. Los terapeutas ocupacionales utilizan habitualmente la ocupación, el contexto y la relación terapéutica como herramientas principales de intervención.
- d. La enfermedad mental se asocia con niveles significativos de discapacidad y con un importante uso de servicios sanitarios y sociales.
- e. El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) es un programa de la Sociedad Europea de Medicina Familiar y Comunitaria.

Correcta: *e*. El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) es un programa de la Sociedad Europea de Medicina Familiar y Comunitaria. Todas las demás respuestas son correctas.

5. Respecto a los programas de intervención de terapia ocupacional en atención

primaria de salud en el ámbito de la salud mental, señale la afirmación correcta:

- a. El programa papá-mamá pretende dotar a los padres de habilidades y conocimientos para el cuidado de sus hijos, ayudándoles a desempeñar adecuadamente su nuevo rol.
- b. El programa apoyo escolar pretende intervenir en el comportamiento ocupacional del niño dentro y fuera del colegio, apoyando a la comunidad educativa y a las familias.
- c. El programa habilidades y relaciones sociales está orientado al fomento de redes de apoyo social, mediante el asesoramiento y la capacitación en estrategias de comunicación y relación social y la resolución de problemas.
- d. La jubilación puede suponer un cambio drástico en los roles, la estructuración del tiempo vital y cómo se llena éste, la relaciones personales, la imagen social, la economía personal, y la percepción de uno mismo respecto a sus metas vitales o el sentimiento de utilidad.
- e. Todas las respuestas son correctas.

Correcta: e. Todas las respuestas son correctas.

- ¹ Para obtener más información sobre el PAPPS, remitimos al lector al portal web asociado con este libro y a este capítulo, en el que podrá encontrar un documento sobre este programa que, de forma más desarrollada, describirá cuáles son las acciones que deben seguirse.
- ² Para ampliar conocimientos sobre técnicas o modalidades ocupacionales y métodos en programas de terapia ocupacional en atención primaria de salud mental hemos desarrollado un documento siguiendo las indicaciones de Reed y Sanderson (1999), que pueden encontrarse en el portal web y en los contenidos asociados con este capítulo.
- ³ Las recomendaciones técnicas y modalidades de intervención que se encuentran vinculadas a estos programas, se pueden encontrar en un documento en el portal web asociado a este capítulo cuyo título es: Programas en educación de terapia ocupacional en atención primaria de salud.
- ⁴ Para ampliar información sobre este programa y propuesta elaborada, recomendamos la lectura de los documentos y tablas (8.5 y 8.6) que se incorporan en el portal web pertenecientes a este capítulo.

Terapia ocupacional en atención especializada

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

- Antecedentes y principios de la reforma psiquiátrica
- Modelo teórico de la reforma psiquiátrica
- Dispositivos asistenciales

Centros de salud mental

- Características
- Objetivos y funciones

Terapia ocupacional en centros de salud mental

- Introducción
- Perfil de la población
- Objetivos de terapia ocupacional
- Pautas de intervención

Unidades de hospitalización

- Introducción
- Características
- Objetivos y funciones

Terapia ocupacional en hospital de día

- Perfil de la población
- Objetivos de terapia ocupacional
- Pautas de intervención

Unidades de hospitalización breve

- Características
- Objetivos y funciones

Terapia ocupacional en unidades de hospitalización breve

- Perfil de la población
- Objetivos de terapia ocupacional

Pautas de intervención

Unidades de larga estancia o de rehabilitación hospitalaria

Características

Objetivos y funciones

Terapia ocupacional en unidades de larga estancia

Perfil de la población

Objetivos de terapia ocupacional

Pautas de intervención

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer las claves del proceso de reforma psiquiátrica.
- Identificar las características básicas de los dispositivos que componen la red de asistencia a la salud mental.
- Identificar los objetivos a lograr y el perfil típico de la población de los dispositivos de la red asistencial de salud mental.
- Analizar las implicaciones de tales particularidades en la práctica del terapeuta ocupacional.

Introducción

De forma genérica, podemos definir *asistencia psiquiátrica* como el conjunto de acciones e instituciones que persiguen la prevención de las enfermedades mentales, su tratamiento (una vez que éstas se han manifestado) y la rehabilitación y participación social de las personas aquejadas por ellas, así como la promoción de la salud mental de la población general.

Como es bien sabido, la reforma psiquiátrica que se inició en España a mediados de la década de 1980 se concretó a través de la paulatina creación de nuevos dispositivos e instituciones que se ajustan actualmente a la atención dispensada a las personas con enfermedad mental. Por tanto, es insoslayable revisar con cierto detenimiento las ideas que auspiciaron dicha reforma, así como el modelo de atención que propone¹, puesto que sustentan el marco teórico e institucional en el que los terapeutas ocupacionales desarrollan su labor profesional e influyen de manera decisiva en ella. Examinemos a renglón estos aspectos.

La Ley General de Sanidad de 1986 (1) estipula la plena integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general, aportando los principios básicos en los que debe basarse:

- La atención se realizará en el ámbito comunitario: en recursos asistenciales ambulatorios, de hospitalización parcial y completa y de atención a domicilio.
- Se considerarán de modo especial la psicogeriatría y la psiquiatría infantil.
- La hospitalización completa se realizará en unidades de psiquiatría de hospitales generales.
- Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social en coordinación, cuando sea necesario, con los servicios sociales.

Esta propuesta perseguía evitar la segregación y marginación, dentro de la asistencia sanitaria general, de la atención a la salud mental, para solventar la existencia de redes paralelas y descoordinadas y buscando hacer realidad el principio de no discriminación del enfermo mental respecto a otro tipo enfermos.

Esta ley adjudicó la responsabilidad de transformar y organizar la atención a la salud mental a las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA)². Éstas iniciaron el proceso de reforma basándose en las ideas auspiciadas por la Ley General de Sanidad y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (2).

En ambos documentos se proponía el *modelo comunitario*, alentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el marco para organizar los planes de salud mental.

No obstante, cada CCAA acometió el proceso de reforma con arreglo a su propia historia e interpretación de la ley. Esta circunstancia influyó en la gestión realizada por los estamentos políticos y sociales, en la financiación recibida y en la coordinación de los distintos agentes que intervinieron en el proceso. Por tales motivos, su desarrollo ha sido diferente, causando importantes desigualdades en las prestaciones de servicios entre distintas CCAA³. Las principales diferencias derivan de las diferentes directrices (leyes, decretos, ordenes, entre otros) y acciones emprendidas para la asistencia de la población con enfermedad mental⁴.

Analicemos a continuación los antecedentes y el modelo teórico que inspiraron la reforma.

Antecedentes y principios de la reforma psiquiátrica

A principios del siglo XX el hospital para el tratamiento de enfermedades somáticas continuaba siendo el modelo para la atención de los enfermos mentales. El hospital era un lugar en el que se daba un lecho, donde el paciente permanecía únicamente hasta que estaba bien o hasta que el médico lo consideraba necesario⁵ y donde la atención se centraba únicamente en el individuo, sin contar con su familia o con su comunidad de pertenencia. Los enfermos mentales eran vistos del mismo modo que los enfermos físicos, el médico tenía toda la responsabilidad en la curación del paciente y éste, como único compromiso, el seguimiento de sus indicaciones. Por aquel entonces el hospital psiquiátrico se encontraba frecuentemente ubicado en entornos rurales o en la periferia de grandes núcleos urbanos; el ingreso suponía segregar a los pacientes al alejarlos, con lo que la responsabilidad de la familia y la comunidad respecto al individuo se atenuaba, cuando no desaparecía. Así, la función social del hospital era doble; por un lado, protegía a los pacientes de ellos mismos y, por otro, a las familias y a las comunidades de los propios pacientes, disponiendo un lugar seguro donde internarlos o distanciándolos durante los episodios agudos. El beneficio terapéutico en estos establecimientos era muy pobre, si no nulo, e incluso a menudo las personas ingresadas eran víctimas del propio sistema. Los hospitales reforzaban el aislamiento y la exclusión social. En lugar de fomentar el funcionamiento independiente de los individuos, muy al contrario, se producía una dependencia de las instituciones psiquiátricas.

La transformación del hospital psiquiátrico fue uno de los ejes alrededor de los que se articuló la reforma psiquiátrica. Según los principios de esta reforma, aquél debía transformarse potenciando sus actividades rehabilitadoras y avanzando hacia su paulatina sustitución por alternativas comunitarias. El número de camas y de ingresos de larga duración debía reducirse y la hospitalización, cuando fuese necesaria, debía realizarse en unidades especializadas en hospitales generales.

Esquemáticamente⁶, los principios rectores sobre los que se apoya la reforma son los siguientes:

- *Integración de la asistencia psiquiátrica y a la salud mental en la red de salud general.*
- Transformación de los hospitales psiquiátricos, propiciando la *desinstitutionalización* de los pacientes internados mediante programas adecuados de rehabilitación y reinserción social.
- Reducción de las necesidades de hospitalización y de la duración de ésta, para evitar sus consecuencias negativas añadidas.
- *Nuevo modelo de atención a la salud mental*, basado en la comunidad, cuyo

objetivo general es atender las necesidades y problemas de salud mental y, en particular, las del enfermo mental crónico en su propio entorno social y familiar.

- Los servicios de salud mental (SSM) se sitúan en el segundo nivel de atención (atención especializada), si bien en conexión con los de atención primaria y los servicios sociales.
- Potenciar programas de rehabilitación para el enfermo mental, articulando una adecuada red de recursos de atención, rehabilitación, alojamiento y soporte comunitario, que permita la desinstitutionalización y el mantenimiento e integración del enfermo mental crónico en la comunidad.
- Los nuevos servicios estarán orientados hacia la comunidad con el propósito de generar alternativas al hospital psiquiátrico.
- Creación de sistemas de evaluación y registro: enfatizando la necesidad de coordinación nacional del proceso de reforma.
- Mejora, reciclaje y adecuada formación de los profesionales.

Modelo teórico de la reforma psiquiátrica

Citando a Espinosa (3), la psiquiatría comunitaria surge como reacción al fracaso de la psiquiatría asilar que, lejos de los principios del tratamiento moral que la inspiraron, había derivado hacia instituciones degradadas por el hacinamiento, el abandono y la conculcación del más elemental respeto a los derechos de los pacientes. Frente al aislamiento en manicomios, la psiquiatría comunitaria propone intervenir *en y con* la comunidad, inspirada en una visión optimista de las relaciones del individuo con su comunidad de pertenencia y animada por la nueva moral democrática tras la Segunda Guerra Mundial⁷. Además, estas ideas se vieron tempranamente impulsadas por la disponibilidad de psicofármacos eficaces para el control de los síntomas agudos más invalidantes.

Este autor sostiene que la psiquiatría comunitaria no es una especialidad de la psiquiatría, sino una forma de concebir lo terapéutico como inevitablemente enraizado en el contexto de vida de las personas y los grupos. Desde su origen la psiquiatría comunitaria ha estado orientada por una doble perspectiva: por un lado, conectó con las ideologías emparentadas con las utopías liberadoras y solidarias que recorrieron el mundo occidental en la segunda mitad del siglo XX y, por otro, representó una concepción de la atención que hacía hincapié en la desinstitucionalización y en la creación de nuevos servicios alternativos ubicados en las comunidades.

En lo que a España se refiere, estas ideas surgieron con gran retraso respecto a otros países occidentales, principalmente por razones políticas. El aislamiento político y cultural de la España de la dictadura franquista respecto al resto de países democráticos de su entorno se acompañó de un rechazo a toda novedad que entrañara una visión crítica, como la psiquiatría comunitaria⁸ (5, 6).

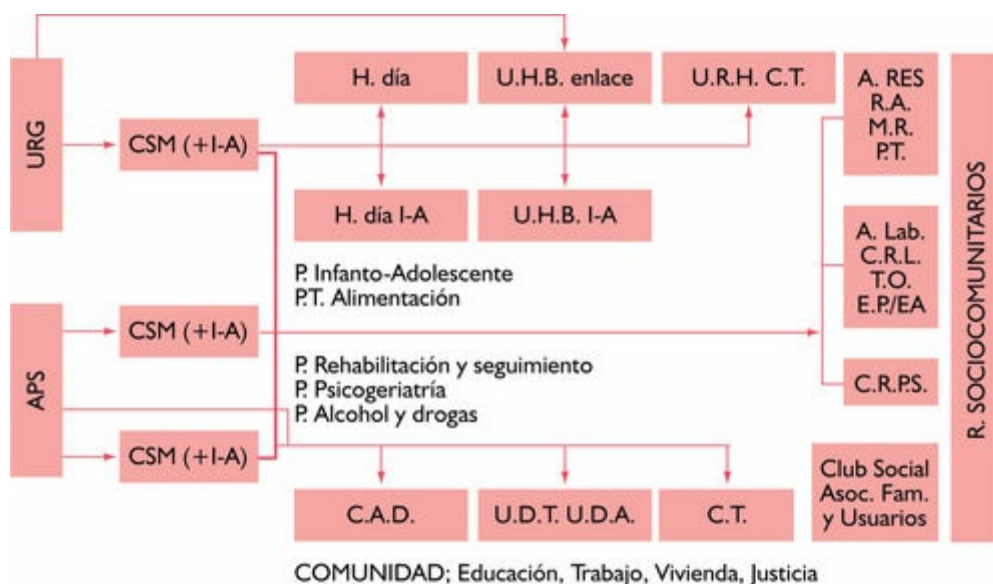
Los cambios sólo fueron posibles tras el fin de la dictadura y la reforma psiquiátrica evolucionó al compás de la reconstrucción democrática del país.

Durante las últimas décadas, el desarrollo de la reforma psiquiátrica ha propiciado la creación de distintos recursos hospitalarios, en los que se abordan las diferentes necesidades de hospitalización de la población con trastornos mentales. Brevemente, dichas necesidades son las siguientes:

- Hospitalización completa de pacientes con episodios agudos, para la estabilización del cuadro clínico y el control del riesgo para la integridad del sujeto.
- Hospitalización completa de media y larga estancia, para pacientes cuyo tratamiento precise un marco temporal más amplio y éste no pueda realizarse de forma ambulatoria.
- Hospitalización parcial, como alternativa a la hospitalización completa, para

garantizar la permanencia del paciente en el medio comunitario, en régimen de internamiento parcial, varias horas al día, varios días a la semana.

Estas necesidades han dado lugar a la creación de nuevos recursos y dispositivos hospitalarios de atención a la población con enfermedad mental. Como advertíamos anteriormente, la implantación de la reforma psiquiátrica mediante los diferentes planes de salud mental de cada comunidad autónoma ha generado, entre otras situaciones, que tales recursos se denominen de forma diferente. Para no confundir al lector a la hora de nombrar los recursos asistenciales e identificar sus características hemos tomado la decisión de seguir la propuesta del Observatorio de Salud Mental⁹, para unificar la terminología y estructura de los dispositivos de atención a la salud mental (figura 9.1).



APS: Atención primaria de salud; CSM: Centro de Salud Mental; I-A: Infanto adolescente; UHB: Unidad Hospitalización Breve; URH: Unidad de Rehabilitación Hospitalaria; CT: Comunidad Terapéutica; CAD: Centro de Atención a Drogodependencias; ARes: Alternativas Residenciales; RA: Residencia Asistida; MR: Minirresidencia; PT: Pisos Tutelados; Alab: Alternativas Laborales; CRL: Centro de Rehabilitación Laboral; TO: Talleres Ocupacionales; EP: Empleo Protegido; EA: Empleo con Apoyo; CRPS: Centro de Rehabilitación Psicossocial o Centro de Día.

Fig. 9.1 Red de salud mental de un área sanitaria. Propuesta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2000).

Dispositivos asistenciales

La estructura de la red de atención a la salud mental defendida por la AEN se asienta en la *sectorización* de la atención y gestión de los diversos servicios, que tendrán una responsabilidad territorializada. Dota de gran importancia al concepto de *área*, definido como: el territorio alrededor del cual se estructura la asistencia sanitaria general (6).

Es por ese motivo por el que la planificación de la asistencia se realiza por áreas, para garantizar la coordinación entre los diferentes dispositivos que conforma dicha red.

Consecuentemente, la atención a la salud mental dentro de cada comunidad debe articularse alrededor de diversos dispositivos, con funciones, actividades y objetivos bien definidos, de acuerdo a los siguientes parámetros (6):

- Constituye un servicio especializado.
- Con un ámbito territorial constituido por áreas sanitarias, que comprenden varios distritos con una población determinada.
- En ella se integran una variedad de dispositivos, con una ordenación en red en cada territorio, que deben dar respuesta a las diferentes necesidades de la población.
- Caracterizada por la continuidad de la atención en coordinación con los Servicios Sociales.
- Que ofrezca respuestas integradas en los diferentes niveles de atención, lo que implica una adecuación de las actividades de los dispositivos a los objetivos priorizados del área y una coordinación de los recursos que garantice la atención integral.
- Poniendo en marcha programas asistenciales estructurados en función de las necesidades de grupos específicos de pacientes (niños y adolescentes, ancianos, enfermos mentales crónicos y graves, trastornos de alimentación, alcohólicos y drogodependientes).

Para generar sinergias entre todos los dispositivos deben abordarse objetivos asociados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento y rehabilitación en los supuestos de pérdida o alteración de la salud (6).

Estos principios tienen como colofón la instauración de una red asistencial formada por una serie de dispositivos, diferentes pero complementarios, que desarrollan diversos programas coordinados transversalmente, en los que se diseñan e implementan diferentes actividades de acuerdo con las necesidades de las personas que asisten a ellos¹⁰Veamos a continuación las características que los definen.

Centros de salud mental

Características

No debemos entender la atención dispensada en los centros de salud mental (en adelante CSM) como un servicio aislado, que oferta una cartera de servicios determinada, sino como un recurso que articula el sistema global de prevención, atención y seguimiento de los problemas de salud mental para el conjunto de la población. Estos dispositivos de asistencia ambulatoria, integrados habitualmente en la atención especializada¹¹, son el eje central de la red de recursos de atención a la salud mental de cada área sanitaria. Son la puerta de entrada al sistema y tienen responsabilidad sobre los pacientes a lo largo de todo su proceso de recuperación. Asimismo, les corresponde la identificación temprana de problemas mentales (para gestionar una hospitalización más rápida en el caso en que sea necesaria), por lo que deben ubicarse en el seno de la comunidad, asumiendo la atención de la población de una zona delimitada (sectorización). Esta cercanía garantiza el acceso a los diferentes servicios de asistencia sin que el paciente tenga que desplazarse excesivamente de su domicilio habitual.

Dotados de equipos multiprofesionales, aseguran una atención completa de los diferentes aspectos –médicos, psicológicos, económicos, sociales u ocupacionales– que se encuentran asociados con los problemas de salud mental. Estos equipos están constituidos por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales, además del personal administrativo necesario para las tareas de organización y gestión del servicio.

Han de proveer una asistencia que enfatice la continuidad de cuidados, planificando y coordinando la participación del paciente a lo largo de la evolución de la enfermedad en los distintos recursos y servicios de atención a la salud mental (atención primaria, unidades de hospitalización, servicios sociales comunitarios y asistencia ambulatoria). De esta forma, se persigue elaborar planes de intervención a largo plazo, que contemplen las características singulares de cada caso (posibles recaídas, problemas sociales u económicos), evitando la fragmentación de la atención a las personas con enfermedad mental.

Ubicadas frecuentemente en los edificios de los centros de especialidades de un área sanitaria, su actividad se estructura por medio de programas de rehabilitación, prevención y atención ambulatoria. Los programas de prevención primaria tienen como objetivo prevenir la aparición de la enfermedad mental, realizando, entre otras, intervenciones específicas de educación para la salud mental, sobre consumo de drogas y alcoholismo, escuela de padres y de reducción del estrés en personas de alto riesgo. Por su parte, los programas de rehabilitación persiguen la recuperación de las capacidades cognitivas, emocionales y sociales que el paciente ha perdido como consecuencia de las secuelas de la enfermedad y de los largos períodos de

hospitalización, potenciando paralelamente las destrezas que favorezcan la participación social del sujeto en actividades lo más normalizadas posible.

Objetivos y funciones

De acuerdo con Franco y Durante (7), el trabajo desarrollado en los CSM tiene dos cometidos principales: el tratamiento de los enfermos mentales que residen en la comunidad –en particular, aquellos con condiciones crónicas y graves– fuera del hospital, y la prevención y tratamiento precoz de los trastornos mentales agudos.

Concebidos como ejes de la red de dispositivos de atención a la salud mental, las funciones y objetivos genéricos de los CSM pueden desplegarse en:

- Detección temprana de enfermedades mentales y diagnóstico: gestionan ágilmente las primeras visitas, para evaluar y establecer una orientación diagnóstica que a su vez pueda servir para que el sujeto sea derivado a dispositivos específicos, en el caso de que sea necesario. Esta función da lugar a que la coordinación con los servicios de atención primaria y los servicios sociales sea una de las piezas claves en su funcionamiento. Además, desde este dispositivo pueden gestionarse acciones para elaborar diagnósticos de salud de la población (v. apartado «Objetivos de terapia ocupacional»), para intervenir sobre grupos específicos que así lo necesiten o potenciar la promoción de la salud de la población en general.
- Atención a crisis: respondiendo inmediatamente a situaciones de descompensación o recidivas para implementar una intervención. Esta función requiere una estrecha colaboración con el servicio de urgencias hospitalarias.
- Tratamiento y seguimiento: desarrollando intervenciones de índole psicofarmacológico, psicoterapéutico, terapias de grupo, terapias familiares y de pareja, de terapia ocupacional, entre otras.
- Orientar y asesorar a la población con enfermedad mental o riesgo de padecerla y a sus familias para resolver sus necesidades económicas, de vivienda o laborales.
- Apoyo a la atención primaria de salud (v. capítulo 8): por medio de interconsultas que lleguen desde este nivel asistencial. Para ello, la coordinación con los profesionales de primaria es determinante, estableciendo protocolos de tratamiento, seguimiento y derivación que posibiliten una buena gestión de los casos en el nivel primario de salud. Además, desde los CSM se pueden emprender, junto a la atención primaria, colaboraciones en actividades preventivas y de promoción de la salud mental.
- Atención específica a pacientes incorporados en programas de trastorno mental grave¹² (TMG): identificando a aquellas personas con un diagnóstico específico de TMG¹³ y llevando un registro de éstas. Estas acciones facilitarán la intervención psicosocial y el seguimiento individualizado, así como el soporte a las familias (v. apartado «Objetivos de terapia ocupacional»), ofreciéndoles una atención inmediata, incluso domiciliaria, por medio de programas de tutorización y/o

gestión de casos. En consecuencia, es imprescindible identificar los recursos sociocomunitarios, ya que dichas intervenciones se realizarán en el seno de la comunidad, para coordinar las diversas actuaciones. En esencia, se persigue mantener a los pacientes asintomáticos, evitando las recaídas y la hospitalización y, cuando ésta sea necesaria, procurando que su duración sea la menor posible.

- Participación en programas específicos de atención especializada: dirigidos a diversos grupos de población con necesidades específicas (alcoholismo, drogodependencia, trastornos alimentarios), desarrollando actividades de evaluación e intervención, a través de protocolos elaborados de forma conjunta con otros recursos asistenciales, donde se establezcan, entre otras, actividades preventivas y rehabilitadoras, realizadas en colaboración con asociaciones de usuarios y familiares.
- Desarrollo e implementación de programas para población psicogeriatrica: para la evaluación y estableciendo de planes de intervención, facilitando el acceso a tales programas, gracias a la coordinación con residencias de mayores y centros de día.
- Desarrollo e implementación de programas de atención a población infanto-juvenil: en estrecha colaboración con atención primaria de salud y con los recursos sociosanitarios, educativos, judiciales y de tutela. Realizando actividades preventivas y rehabilitadoras, a partir de una evaluación y diagnóstico, integradas en planes de intervención individualizados.
- Apoyar la sobrecarga de las familias en el cuidado de sus miembros enfermos.
- Impulsar acciones encaminadas a favorecer la implicación de instituciones de la comunidad –asociaciones, sindicatos u organizaciones no gubernamentales (ONG) –, en la provisión de servicios y recursos a los enfermos mentales.
- Investigación y evaluación de la necesidad, provisión y eficacia de los servicios y de las necesidades de la población.

Terapia ocupacional en centros de salud mental

Introducción

El trabajo del terapeuta ocupacional en los CSM se centra en la provisión de servicios, programas e intervenciones específicos relacionados con el dominio de la disciplina, aportando su visión singular dentro del equipo. Como es bien sabido, los terapeutas ocupacionales están especialmente formados para evaluar y tratar aquellas dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria, de ocio, lúdicas, educativas, laborales y de participación social que presentan las personas que padecen enfermedades mentales. Nuestro trabajo en los CSM tiene como objetivo principal la autonomía y la participación social del enfermo mental, impulsando que éste realice actividades normalizadas, mediante el uso de los recursos disponibles en su comunidad, gracias al diseño y desarrollo de actuaciones adecuadas a las características de los pacientes tratados.

Los programas e intervenciones planteados desde el departamento de terapia ocupacional pueden llevarse a término en diferentes lugares¹⁴: en el *centro* en el que se ubica el CSM (o en otros centros hospitalarios o sociocomunitarios asociados a él); formando parte de un equipo comunitario, que trabaje *en el vecindario* correspondiente al área sanitaria (mediante sesiones de trabajo individual, grupal y programas específicos de terapia ocupacional, en diferentes recursos dentro de la comunidad, tanto públicos como privados: centros culturales, deportivos y de ocio) y en los *domicilios*. La localización del lugar depende de diversos factores; verbigracia, la disponibilidad de recursos humanos, económicos e infraestructuras puede restringir la posibilidad de evaluar o tratar al individuo en su domicilio, impidiendo una intervención más completa y con mayor validez ecológica.

Trabajar en las comunidades dificulta la planificación y el control del proceso de intervención. Además, supone un trabajo añadido de organización, gestión y coordinación entre los diferentes agentes implicados, por lo que es necesaria la existencia de canales de comunicación eficaces. Sin embargo, esta labor aumenta la autonomía y la flexibilidad del terapeuta ocupacional y la validez ecológica de sus actuaciones. Otro aspecto favorable que debe animarnos a llevar nuestra profesión a la calle es la posibilidad de promover actividades de ocio, lúdicas y de participación social, que amplíen la oferta cultural al ámbito local y que favorezcan el uso constructivo del tiempo libre y, de esta forma, promuevan la salud. Esta labor –desarrollada por terapeutas ocupacionales en colaboración con voluntarios, monitores y el propio vecindario– no puede hacerse desde una institución, puesto que debe considerar los recursos y necesidades de las comunidades.

Perfil de la población

La población diana de los programas de terapia ocupacional de los CSM puede clasificarse en dos grandes grupos:

- La población de riesgo del área sanitaria de cada CSM. Ésta se caracteriza por presentar alteraciones en el desempeño ocupacional –o, potencialmente, tener un mayor riesgo de padecerlas– como consecuencia, principalmente, de un desajuste debido a cambios de rol (viudez, jubilación, paternidad, entre otros) o ausencia de habilidades o destrezas para afrontar la vida en la comunidad (manejo de conflictos, como en el caso de problemas familiares, falta de asertividad, dificultades para afrontar los trámites burocráticos de los sistemas de protección social, por citar algunos). Dentro de este grupo de población dos colectivos requieren especial atención: el de la infancia y la adolescencia y el de las personas mayores. La prevención de enfermedades psiquiátricas en la población infanto-juvenil debe ocupar una parte importante del trabajo destinado a ella, procurando una detección precoz de los niños que se encuentren en grupos o situaciones de riesgo, una intervención precoz en posibles casos de malos tratos o en hijos de pacientes psiquiátricos¹⁵.
- Personas con *patologías crónicas* que residen en la comunidad como consecuencia del proceso de desinstitutionalización –pacientes ancianos con un largo historial de hospitalizaciones psiquiátricas– y los denominados «nuevos crónicos» –adultos jóvenes que presentan serios problemas de ajuste, integración y participación social como consecuencia de la evolución de su enfermedad–. Este tipo de pacientes se caracteriza por presentar trastornos mentales graves¹⁶, duraderos y persistentes que interfieren en el funcionamiento del sujeto en su vida diaria, en sus actividades de higiene personal, autocuidado, laborales y educativas, de ocio y en su participación social en la comunidad. Requieren, por tanto, una atención y tratamiento psiquiátrico prolongado, así como apoyo y soporte que contrarreste el menoscabo de su autonomía personal y económica.
- *Población infanto-juvenil*. La atención ambulatoria se realizará a través de los programas específicos llevados a cabo en los CSM¹⁷, o bien en unidades de salud mental infanto-juvenil, formadas por equipos con la suficiente especialización en este ámbito. No obstante, nos gustaría señalar que la cobertura a esta población se ha desarrollado escasamente y cuenta con modos de organización muy diversos dependiendo de cada comunidad autónoma¹⁸. Independientemente del modelo organizativo por el que se opte, siempre se deben respetar dos aspectos fundamentales: la coordinación en red y la suficiente especialización de los profesionales que atienden a esta población.

Objetivos de terapia ocupacional

El objetivo último de los programas de terapia ocupacional en los CSM es generar oportunidades para que aquellos individuos con enfermedades mentales o en riesgo de padecerlas formen parte activa de su comunidad, de la forma más normalizada posible, mediante el desarrollo de actividades significativas. Perseguimos crear situaciones que posibiliten el desarrollo de estas actividades, haciendo uso de los recursos disponibles en la comunidad.

Los objetivos generales de los programas de terapia ocupacional pueden agruparse en dos grandes categorías, de acuerdo con los grupos de población citados anteriormente: aquellos que persiguen la prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental en la población de riesgo y aquellos que se centran en la rehabilitación, mantenimiento y soporte del enfermo mental grave en su comunidad de pertenencia.

Dado el amplio abanico de edad de la población susceptible de recibir tratamiento y la variedad de problemas que pueden presentarse, los objetivos que describimos a continuación deben contemplarse como una guía que oriente las líneas directrices de nuestra intervención, en ningún caso objetivos estándar que den lugar a programas rígidos y estereotipados. Siempre será necesario e ineludible realizar una evaluación individualizada que permita identificar los problemas en el desempeño de cada caso abordado para planificar el tratamiento.

Dicho esto, para la prevención de enfermedades mentales en la población de riesgo los objetivos genéricos de la intervención del terapeuta ocupacional son los siguientes:

- Disminuir los factores de riesgo que puedan favorecer el desencadenamiento de enfermedades mentales: consumo de alcohol y drogas, situaciones estresantes – desempleo, abandono, maltrato, entre otras–, uso inadecuado de medicación, aislamiento social o privación ocupacional por señalar las más relevantes.
- Mantener el *desempeño* de aquellas actividades de la vida diaria básica e instrumental –por ejemplo, de mantenimiento del hogar, aseo, seguridad o búsqueda de empleo– que favorezcan el mantenimiento de la independencia del sujeto en su entorno habitual frente a cambios vitales.
- Asesorar sobre la organización del tiempo libre y el desarrollo de actividades lúdicas, de ocio y de participación social en el seno de la comunidad.
- Favorecer la implicación activa del sujeto en actividades sociales, de apoyo o sostén, lúdicas y de ocio significativas.

Por su parte, los objetivos genéricos de la intervención de terapia ocupacional

con enfermos con trastornos mentales graves que residen en la comunidad son:

- Adquirir y mantener las *destrezas* asociadas con el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas (verbigracia: higiene, aseo, alimentación, vestido o administración de la medicación) e instrumentales que posibiliten la vida independiente del sujeto en la comunidad.
- Entrenamiento y adquisición de aquellas habilidades sociales que mejoren las relaciones interpersonales del sujeto en el desempeño de sus roles ocupacionales en el seno de la comunidad.
- Favorecer la implicación activa del sujeto en actividades significativas mediante el diseño y/o adaptación y desarrollo de actividades corporales, artísticas, lúdicas, deportivas y de participación social que favorezcan la organización y el disfrute del tiempo libre y de ocio en la comunidad de pertenencia.
- Asesoramiento vocacional y entrenamiento en destrezas laborales y pre-laborales que favorezcan la consecución de un puesto de trabajo remunerado.
- Modificar y adaptar el domicilio para favorecer el cuidado y administración del hogar de forma independiente.
- Diseño e implementación de clubes de ocio.

A estos objetivos genéricos hay que sumar las acciones emprendidas con la familia o allegados de las personas afectadas con algún problema de salud mental. En este caso los objetivos perseguidos son los siguientes:

- Aportar información sobre la enfermedad, ofreciendo en todo momento asesoramiento y apoyo frente a las alteraciones del desempeño y la pérdida de competencia ocupacional de sus familiares.
- Buscar la colaboración de la familia en el proceso de intervención, considerando a la familia como agente terapéutico, aliándose con ella para favorecer el desempeño ocupacional del sujeto en su medio natural.
- Colaborar en la gestión de grupos de descarga familiar, mediante la promoción del desarrollo de grupos de autoayuda donde se puedan desarrollar programas psicosociales y de psicoeducación.

Por último, los terapeutas ocupacionales participan activamente en el establecimiento de diagnósticos de salud de la población atendida por los CSM:

- Aportando información para conocer las características sociodemográficas y socioeconómicas del área, especialmente en relación con sus características ocupacionales.
- Desarrollando y estudiando los recursos sociosanitarios.

- Describiendo indicadores de morbilidad psiquiátrica y de uso de servicios.
- Detectando grupos de riesgo.
- Participando en proyectos de investigación.

Pautas de intervención

Para concluir la exposición de los contenidos dedicados a la práctica de la terapia ocupacional en los CSM, examinaremos algunas de las peculiaridades del proceso de evaluación e intervención en estos dispositivos.

Gran parte de la especificidad de la evaluación ocupacional en el trabajo comunitario reside en aprehender la situación global del individuo en su entorno habitual, haciendo especial hincapié en la identificación de las alteraciones del desempeño en el medio natural de cada caso abordado¹⁹. Debemos analizar la situaciones precisas en las que el individuo tiene problemas o en las que surgen dificultades, ya sea porque se ve alterado el desempeño, la competencia ocupacional o debido a la ausencia de satisfacción del individuo.

Por este motivo, la evaluación del entorno físico, social, cultural y de los recursos económicos es especialmente relevante, en particular cuando estos aspectos están relacionados con la autonomía del sujeto. Debemos explorar las necesidades laborales, de vivienda, la red de apoyo social y de recursos sociales y económicos²⁰. El soporte informal dado por familiares, amigos y allegados, así como el soporte formal proporcionado por miembros de servicios sociales, asociaciones, voluntarios, entre otros, son aspectos de una importancia capital en la evaluación. Debemos identificar los posibles vacíos en la red apoyo y soporte –por ejemplo, momentos en los que puede faltar temporalmente la ayuda, como en períodos vacacionales, o la ausencia de apoyo emocional o pobres expectativas del entorno para el cambio del individuo–. Las expectativas del grupo de referencia del sujeto influyen de forma determinante sobre su funcionamiento individual. Por tanto, debemos valorar las creencias y expectativas de los agentes que sustentan la red de apoyo social con respecto al desempeño del sujeto.

El ejercicio profesional en ámbitos comunitarios reduce, en ocasiones, las posibilidades de usar herramientas o actividades diagnósticas en el encuadre de una institución, así como el tiempo dedicado a evaluar el funcionamiento ocupacional del sujeto. Por esta razón, se utilizan frecuentemente evaluaciones de lápiz y papel (como autorregistros o autoinformes) para evaluar las necesidades, los patrones de actividad y otros aspectos, sin emplear tanto tiempo como al realizar una entrevista. A modo de ejemplo, el Listado de Roles (Oakley et al) (9) y el Cuestionario Ocupacional (Smith et al) (10), pueden ser de utilidad para evaluar, respectivamente, los roles del cliente y la configuración de sus ocupaciones.

Cuando la evaluación se esté llevando a cabo en el hábitat natural del paciente, en su barrio, o en su domicilio, nuestra capacidad para observar el funcionamiento del sujeto será el resultado de una combinación de diplomacia, delicadeza y oportunismo, dando por sentado la destreza del terapeuta para observar y comunicarse. Debemos

ser conscientes de las dificultades asociadas con la evaluación en tales circunstancias; cuando nos introducimos en la vida de nuestros pacientes éstos pueden sentirse invadidos en su intimidad, molestos por nuestra presencia o inhibidos y tales reacciones pueden malograr los resultados de nuestra evaluación.

Por último, hay que advertir que debemos calibrar con especial atención la gravedad del problema, para salvaguardar la seguridad del propio individuo, así como de las personas cercanas a él. Este aspecto hay que tenerlo especialmente en cuenta en aquellas ocasiones en las que no contemos con el soporte institucional. Por ejemplo, cuando realizamos intervenciones en el domicilio o en el vecindario es necesario evaluar detenidamente la idoneidad de la derivación.

La puesta en marcha de un plan de intervención –sea éste de índole individual o grupal, orientado a la prevención o rehabilitación, con unos objetivos u otros– se sustenta en el diseño e implementación de diversas actividades o espacios terapéuticos que conforman los servicios ofertados desde el departamento de terapia ocupacional en los CSM.

Cada plan concreto se estructura por medio de la selección de distintos tipos, abordajes, técnicas, modalidades y medios de intervención, de acuerdo con las características de los grupos o personas tratadas y los objetivos perseguidos, determinados a la luz de los resultados obtenidos en la evaluación inicial. Esta selección varía en función de diversos parámetros: la posibilidad de utilizar recursos comunitarios (tanto públicos como privados), si la intervención puede llevarse a cabo en un entorno normalizado o requiere un entorno protegido. Remitimos al lector al [capítulo 6](#), para revisar con detalle los pormenores de la planificación de la intervención, tanto en este recurso como en los que describiremos en apartados posteriores.

Para finalizar, en la [tabla 9.1](#) presentamos algunos de los programas y espacios terapéuticos que con mayor frecuencia se utilizan en el diseño de programas de intervención de terapia ocupacional en los CSM.

Tabla 9.1 Recomendaciones para el diseño de programas y planes de intervención de terapia ocupacional en centros de salud mental

Programas y espacios terapéuticos
<p>Entrenamiento de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: desarrollado tanto de forma individual como grupal, se centra en la adquisición, consolidación y mantenimiento del desempeño (y/o, dependiendo del caso, de las destrezas ligadas a él) de las actividades básicas (de higiene, alimentación, arreglo personal, etc.) y/o instrumentales de la vida diaria (de mantenimiento y cuidado del hogar, de administración de recursos económicos, preparación de comidas, colada, compras, transporte, etc.). Con mucha frecuencia, en los CSM se desarrolla en grupo, en especial con la población con trastorno mental grave que reside en la comunidad. Las características del individuo o grupo determinarán las modalidades y medios que den contenido al espacio terapéutico. Así, según el caso, se entrenan de manera prioritaria las actividades de la vida diaria básicas o instrumentales, enfatizando la adquisición de destrezas para el desempeño o el desempeño en sí.</p>
<p>Adaptación del domicilio: tras su evaluación, para asesorar a la persona en el mantenimiento y cuidado</p>

del hogar, así como para la realización de adaptaciones y modificaciones del desempeño de actividades –establecimiento de prioridades, calendarios de actividades, descomponer actividades en pequeños pasos, ayudando al individuo a finalizar las tareas o reforzándolo cuando éstas se realicen con éxito–, del domicilio y/o provisión de ayudas técnicas cuando éstas sean necesarias. No debemos olvidar que en los CSM la edad de las personas y sus necesidades pueden ser muy variadas, desde personas mayores a niños.
Actividades físicas y deportivas: actividades deportivas, juegos competitivos y no competitivos, ejercicio físico, psicomotricidad, entrenamiento en relajación y manejo del estrés. Es recomendable la utilización de recursos de la comunidad, tanto públicos como privados, polideportivos, piscinas, parques.
Entrenamiento en habilidades sociales: para la adquisición y mantenimiento de las habilidades sociales implicadas en el desarrollo de roles ocupacionales de la vida en comunidad.
Grupos de apoyo o soporte: el trabajo con grupos hace necesaria la planificación de un abanico amplio de actividades, acordes a las características de las personas con las que intervenimos, formando grupos homogéneos, para que el sujeto pueda desarrollar las habilidades de que dispone.
Actividades sociales y comunitarias: es necesario adecuar las capacidades e intereses de los sujetos que participen en tales actividades. Pueden variar mucho la oferta; actividades de ocio estructuradas, visitas a museos, eventos sociales, deportivos.
Actividades recreativas, lúdicas y de ocio: organizadas y/o desarrolladas por el terapeuta ocupacional, para aquellos individuos que necesiten apoyo y soporte, mediante el empleo de los recursos comunitarios públicos o privados.
Clubes de ocio: que pueden ofrecer un contacto social más estructurado en una atmósfera de ayuda y soporte.
Actividades artísticas y expresivas: como teatro, música, danza y actividades artísticas.
Entrenamiento en relajación y en el manejo del estrés
Asesoramiento vocacional y entrenamiento en destrezas laborales y prelaborales
Asesoramiento para la organización y disfrute del tiempo libre y de ocio
Grupos de educación para la salud mental

^aPara complementar la información que aportamos aquí sobre las intervenciones centradas en el desempeño de las actividades de la vida diaria, recomendamos encarecidamente al lector la consulta del [capítulo 8](#): «Actividades de la vida diaria en salud mental»; del texto: Moruno P, Romero D. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. En él se describen pormenorizadamente los distintos tipos, abordajes y técnicas de intervención asociados con el trabajo de las actividades de la vida diaria en el ámbito de la salud mental.

Tanto en éste como en el resto de apartados de este capítulo, remitimos al lector a la Parte IV, dedicada al diseño e implementación de la intervención, para conocer con detalle las características, la orientación teórica y el proceso (así como el papel del terapeuta ocupacional) de los espacios terapéuticos y de las técnicas que sugerimos en las tablas.

Esta tabla pretende únicamente orientar al lector, en ningún caso estipular cómo deben diseñarse los programas institucionales de terapia ocupacional de cualquier CSM, puesto que su idoneidad dependerá de las características idiosincrásicas y coyunturales de cada CSM en el que el terapeuta ocupacional lleve a cabo su labor profesional.

Unidades de hospitalización

Introducción

La Ley 21/2001 de 27 de Diciembre (11), que regula las transferencias sanitarias desde el Estado a las CCAA, establece los recursos para la hospitalización de las personas afectadas por una enfermedad mental. Agrupa tales recursos en dos grupos:

- Hospitalización: programas de atención a las urgencias, psiquiatría de enlace e interconsulta²¹, unidades de hospitalización breve, unidades de hospitalización breve de niños y adolescentes, unidades de rehabilitación hospitalaria o comunidades terapéuticas.
- Hospitalización parcial: hospitales de día de adultos e infanto-juveniles.

En lo que resta de capítulo describiremos las características de los principales dispositivos para la atención de personas con enfermedad mental hospitalizadas: los hospitales de día, las unidades de hospitalización breve y las unidades de larga estancia. Comenzamos con la hospitalización parcial.

Podemos definir la *hospitalización parcial* (12) como aquel programa de intervención ambulatoria, activo y de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados e intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable. Debe llevarse a cabo en unidades organizadas²², separadas e identificables, aunque integradas dentro de la continuidad de servicios de salud mental.

Emplea un esquema integrado, global y complementario de enfoques terapéuticos, diseñados para personas con un deterioro significativo (emocional o conductual) secundario al padecimiento de un trastorno psiquiátrico y también para tener un impacto clínico significativo en el apoyo o soporte que recibe el paciente. Esta modalidad de hospitalización aporta un modelo asistencial flexible, integrador, intensivo, coordinado y eficiente, capaz de configurar una oferta de servicios adaptada a las características de la población que atiende.

La hospitalización parcial previene el institucionalismo, ya que preserva las relaciones del sujeto con su medio social habitual, aportando la mayoría de los cuidados de los hospitales a tiempo completo. De esta forma, evita el aislamiento y contribuye a contrarrestar la estigmatización social del enfermo mental. Además, resulta más económica que el internamiento tradicional.

En España, bajo el amparo de esta concepción se han impulsado distintos dispositivos: el hospital de día (en adelante, HDD) y el centro de día. Sin duda alguna, el HDD ha sido el recurso que mayor aceptación e implantación ha tenido en la red de atención al enfermo mental en las últimas décadas. En el momento actual es el recurso más importante entre el hospital general y el tratamiento ambulatorio estándar, complementando al mismo tiempo los servicios ambulatorios y los de

hospitalización completa convencional. Por estas razones, describiremos con mayor detalle únicamente las características de los hospitales de día²³.

Características

El *HDD* es un dispositivo asistencial de tratamiento activo²⁴ de trastornos mentales en régimen de día²⁵. Es un recurso de atención continuada, que provee un tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad²⁶.

Su concepción se basa en la idea de que el mantenimiento del individuo que padece una enfermedad mental en su entorno social, laboral y familiar supone un mayor beneficio que el internamiento, si lo que se busca conseguir como objetivo último es su reincorporación a la comunidad. Asimismo, se apoya en el concepto de «milieu thérapeutique», que enfatiza la utilización del tiempo, el espacio y las relaciones interpersonales para crear un clima terapéutico, vehiculado a través de distintas actividades dirigidas por un equipo interdisciplinario.

Con una franja de edad comprendida entre los 18 y los 65 años²⁷, los sujetos admitidos (6, 12, 13) en los HDD se caracterizan por presentar una patología mental grave con diagnósticos heterogéneos, fundamentalmente trastornos psicóticos, trastornos graves de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria²⁸.

Es muy frecuente atender a población con cuadros agudos y subagudos, con síntomas en remisión, derivados de unidades de hospitalización breve (UHB) al recibir el alta. También es habitual la presencia de pacientes estabilizados, después de un período de enfermedad más o menos prolongado, con pródromos, recaídas o descompensaciones e, incluso, crónicos o nuevos crónicos que ante la escasez de otros recursos son admitidos en el HDD. Dependiendo de la institución y de la coyuntura puede predominar un perfil u otro (tabla 9.2).

Tabla 9.2 Características generales del hospital de día

Población	Objetivos de intervención	Número de sujetos	Cobertura	Equipo clínico	Localización
General	Diagnóstico y tratamiento médico psiquiátrico de personas en fase aguda y subaguda, evitando la ruptura con su medio social y familiar. Puesta en contacto de los sujetos atendidos con otros servicios comunitarios			Es necesaria la presencia de un facultativo, enfermeras a tiempo completo, terapeuta ocupacional y trabajador social, que puedan proporcionar gran parte de los servicios de un régimen de internamiento	Acceso rápido y fácil desde la comunidad de pertenencia de la población atendida. Referido a un área geográfica delimitada que facilite el conocimiento del medio social y laboral para su actuación sobre él
Personas en fase subaguda o estabilizada con un funcionamiento gravemente alterado, pero con un potencial substancial de mejoría. Aquellos sujetos que después de la fase aguda no mejoran suficientemente con los servicios ambulatorios tradicionales	Maximizar el grado de habilitación y rehabilitación de la población atendida en el mayor número de áreas posibles	Entre 15 y 35 sujetos	Tiempo de estancia medio: 12-24 meses. De 3 a 6 días por semana. De 4 a 8 horas diarias	Ratio sujeto-terapeuta: 1:4-1:6	

<p>En personas en fase aguda con crisis severas o con un funcionamiento significativamente más bajo del habitual, así como aquellos casos sin estabilizar después de ingresos totales o como alternativa a su internamiento. Es muy frecuente que después de un periodo de internamiento en una UHB (aunque esta situación no se produzca en todos los casos), los sujetos con cuadros psicopatológicos en remisión sean incluidos para la continuidad de su cuidado en un hospital de día</p>	<p>Reducción rápida de los síntomas floridos, mejoría de las condiciones que causen un internamiento inminente y disminución del período de internamiento. Maximizar las oportunidades de crecimiento en la crisis, así como detección de las condiciones ambientales determinantes del conflicto</p>	<p>Entre 10 y 15 sujetos</p>	<p>Tiempo de estancia medio: 3 -10 semanas. De 5 a 7 días por semana. De 6 a 8 horas diarias</p>	<p>Ratio sujeto-terapeuta: 1:1-1:4</p>
<p>Tabla corregida de Moruno, 1998.</p>				

Los criterios de exclusión para el ingreso en un HDD son: padecer un trastorno orgánico, disocial, retraso mental, conductas psicopáticas graves, usar sustancias psicotrópicas que interfieran con el tratamiento y el riesgo de suicidio inmediato. Todas estas circunstancias pueden impedir o dificultar seriamente la incorporación a las actividades terapéuticas del HDD. Asimismo, es recomendable que el sujeto tenga un apoyo social o familiar mínimo y que disponga de un alojamiento adecuado.

La provisión del tratamiento se sustenta en planes de intervención específicos e individualizados, que cubren tanto necesidades médicas como psicológicas y sociales, enfatizando un abordaje terapéutico continuado.

Objetivos y funciones

De manera esquemática, los objetivos genéricos del HDD son (13):

- Establecer un tratamiento psiquiátrico individualizado: basado en un diagnóstico previo, y colaborando en su supervisión y seguimiento en coordinación con los servicios de salud mental de zona.
- Gestionar intervenciones en crisis o episodios de descompensación.
- Prescribir y supervisar tratamientos psicofarmacológicos.
- Establecer tratamientos psicoterapéuticos, ya sea éstos de carácter individual, grupal o mixto.
- Soporte y asesoramiento a las familias, por medio de entrevistas familiares y terapia familiar, así como con programas psicoeducativos para familiares y allegados.
- Diseñar e implementar planes de intervención individualizados, coordinados, multimodales e interrelacionados.
- Evaluación e intervención de terapia ocupacional.
- Coordinación con los diferentes servicios de atención psiquiátrica y servicios sociales, estableciendo protocolos de ingreso, seguimiento y gestión de casos.

Se considera que un individuo participa en un programa de HDD cuando acude al menos 20 horas semanales. Deben primarse los períodos cortos de ingreso y la intervención grupal. En aquellos casos con coberturas horarias más reducidas se propone el término de programas parciales de HDD (13).

Debemos distinguir el HDD de otros dispositivos de la red sanitaria y de servicios sociales con los que comparte algunos aspectos comunes (12)²⁹:

- Centros o programas de tratamiento ambulatorio. Destinados a proporcionar tratamiento y seguimiento puntuales en régimen ambulatorio a pacientes psiquiátricos. Un HDD puede disponer de programas propios de estos centros, pero su espectro de actividades es mucho más amplio.
- Centros de rehabilitación ambulatoria. Destinados a proporcionar programas de rehabilitación a pacientes estabilizados. Se les ha llamado también centros de día, terminología que induce a confusión. Un HDD puede desarrollar algún programa de rehabilitación específico, pero su actividad básica está focalizada en el tratamiento activo.
- Clubes de pacientes o centros psicosociales. A estos dispositivos también se le ha llamado centro de día. Proporcionan cobertura de ocio y favorecen la resocialización de pacientes psiquiátricos estabilizados que viven en la comunidad

(generalmente pacientes de larga evolución con déficits moderados). El HDD no desarrolla programas específicos de este tipo.

- Talleres protegidos o centros laborales protegidos. Centros de trabajo protegidos para personas con diversos grados de minusvalía psíquica. No pertenecen a la red sanitaria y pueden estar encuadrados en los servicios sociales especializados o funcionar bajo diversas formas jurídicas. El HDD no desarrolla programas específicos de este tipo.

Terapia ocupacional en hospital de día

Perfil de la población

Basándonos en nuestra experiencia podemos afirmar que en estos dispositivos es poco frecuente encontrar una población homogénea³⁰.

Junto con esta peculiaridad debemos señalar, además, otra que quizá tiene mayor relevancia para el trabajo del terapeuta ocupacional; la diversidad, no únicamente clínica, sino también en lo que respecta a los aspectos sociales, familiares y, específicamente, ocupacionales. En nuestra práctica, hemos podido distinguir dos perfiles genéricos entre la población atendida en un HDD³¹:

- Sujetos que acaban de presentar un primer episodio de la enfermedad, sin ingresos psiquiátricos previos, con una red de apoyo social y familiar amplia, que no han sufrido deterioro de sus vínculos sociales, afectivos y familiares, ni una ruptura en las actividades académicas o laborales y otras esferas de actividad (actividades de autocuidado, automantenimiento, lúdicas o de ocio y de participación social). Asimismo, no presentan déficits en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.
- Sujetos con episodios recurrentes, ingresos psiquiátricos previos y una historia de enfermedad más prolongada, con una escasa red de apoyo social y familiar que suele ser consecuencia del deterioro progresivo de los vínculos sociales, afectivos y familiares, y en quienes la enfermedad ha producido una ruptura en las actividades académicas o laborales, así como en la adquisición y mantenimiento de otras actividades propias del sujeto (autocuidado, automantenimiento, lúdicas y de ocio y de participación social). Con cierta frecuencia, estos individuos presentan un mayor o menor grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.

Factores de carácter coyuntural o singulares de cada HDD (por su ubicación en el territorio o tipo de derivaciones más frecuentes) determinan que predomine o no uno u otro de los perfiles que acabamos de describir. En consecuencia, las alteraciones en el desempeño ocupacional características de la población abordada en HDD pueden oscilar entre las que presentan sujetos con cuadros clínicos agudos y subagudos (v. apartado «Perfil de la población») y aquellos estabilizados con problemas secundarios al padecimiento de una enfermedad mental (v. [capítulo 10](#)).

Los objetivos y el diseño del programa de intervención de terapia ocupacional de un HDD deben ser sensibles a este fenómeno y lo suficientemente flexibles como para adecuarse a las necesidades de la población atendida en cada momento.

Objetivos de terapia ocupacional

Los objetivos diseñados desde el departamento de terapia ocupacional de un HDD deben ajustarse a las características generales de la población atendida en cada momento. Si la población que predomina en la institución se caracteriza por la presencia de cuadros agudos o subagudos o, por el contrario, presenta en su mayoría cuadros clínicos tendentes a la cronicidad, los objetivos y los programas de intervención se adaptarán a sus necesidades. De esta forma, evitaremos caer en el error de establecer planes de intervención estancos, más bien al contrario, enfatizaremos su flexibilidad y adaptación.

Dicho esto, a modo de guía, podemos identificar un conjunto de objetivos generales, diferenciados para cada uno de los perfiles anteriormente citados:

En lo que respecta al primer perfil, la intervención se centra prioritariamente en el *mantenimiento y/o recuperación de los niveles de desempeño ocupacional* previos a la aparición de la enfermedad. Así, los objetivos planteados en estos casos son:

- Contención y eliminación de la sintomatología aguda, por medio de la realización de actividades significativas, que contribuya a la elaboración de la crisis y a la normalización o estabilización en el plazo mínimo posible.
- Recuperación y mantenimiento del desempeño de aquellas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, aportando el apoyo necesario para que su realización sea eficaz y satisfactoria, que favorezcan el mantenimiento de la independencia del sujeto en su entorno habitual.
- Recuperación y mantenimiento del desempeño de las actividades académicas y/o laborales previas a la enfermedad.
- Recuperación y mantenimiento del desempeño de actividades lúdicas, de ocio y participación social, favoreciendo la implicación activa del sujeto en aquellas actividades que realizaba antes de presentar la enfermedad.

En relación con el segundo perfil, nuestra intervención hace mayor hincapié en la *adquisición o recuperación de las destrezas que sustentan el desempeño ocupacional*, así como en la orientación y asesoramiento que apoye un desempeño ocupacional normalizado:

- Contención y eliminación de la sintomatología aguda (objetivo compartido con el perfil anterior).
- Recuperación de las capacidades y destrezas cognitivas, afectivas y psicomotoras deterioradas o perdidas, así como el mantenimiento de aquellas recuperadas, por medio de la realización de actividades significativas.

- Recuperación de la esfera de interacción social, que posibilite el desempeño de actividades en las áreas de ocupación en que entran en juego prioritariamente relaciones interpersonales.
- Adquisición o recuperación de las destrezas asociadas con el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas (higiene, aseo, alimentación, vestido, medicación, etc.) e instrumentales (desplazamiento, mantenimiento del hogar, cuidado de la ropa, cocina, etc.), en aquellos casos en los que no hayan sido adquiridas o se hayan visto alteradas por la enfermedad.
- Orientación vocacional y laboral.
- Exploración e identificación de intereses lúdicos, de ocio y vinculados a la participación social.
- Asesoramiento sobre la organización del tiempo libre y el desarrollo de actividades lúdicas, de ocio y de participación social en el seno de la comunidad.
- Diseño e implementación de clubes de ocio.

La división de los objetivos en estos dos grandes grupos, tal y como hemos planteado aquí, supone una simplificación de la realidad que sólo hacemos con la intención de orientar al terapeuta de cara a la planificación de la intervención individual. No obstante, lo más habitual es que la evaluación inicial de cada caso arroje objetivos pertenecientes a los dos grupos planteados, objetivos que persiguen, en último término, un funcionamiento adecuado del paciente que posibilite su reincorporación a la comunidad.

Pautas de intervención

Insistimos una vez más que las pautas de intervención recogidas aquí sólo persiguen orientar respecto a las singularidades del proceso de evaluación e intervención en HDD. Para evaluar adecuadamente cada caso abordado es necesario conocer con detalle las particularidades del proceso de evaluación (revisadas en el [capítulo 5](#)), del razonamiento clínico del terapeuta (analizadas en el [capítulo 14](#)) y utilizar herramientas de evaluación para cada área de desempeño evaluada (contempladas en las tablas del Apéndice sobre el Documento del Marco para la práctica de la Terapia Ocupacional (2008), que se puede encontrar en la plataforma web).

Dicho esto, la principal diferencia entre HDD y otros recursos de carácter hospitalario respecto al proceso de evaluación ocupacional reside en la posibilidad de realizar una evaluación del desempeño ocupacional y de la relación de éste con el funcionamiento del sujeto en la comunidad, más detallada, completa y de mayor duración.

Además, como observábamos anteriormente, una de las principales ventajas de la hospitalización parcial es que facilita que la persona pase la mayor parte del tiempo en su comunidad de pertenencia, sin romper sus vínculos personales ni sus actividades cotidianas como consecuencia del internamiento. Nuestra evaluación, gracias a esta circunstancia, se beneficiará, dado que aumenta su validez ecológica en contraste con otros dispositivos hospitalarios en los que la evaluación tiene lugar en condiciones artificiales.

En lo que respecta a la intervención³² propiamente dicha, los objetivos generales que citábamos en el apartado anterior pueden alcanzarse mediante la combinación de diferentes tipos y abordajes de intervención, aquellos que se ajusten a las características de la población atendida, centrando nuestro foco de atención en maximizar la competencia ocupacional del sujeto en su medio habitual.

El diseño de los programas de terapia ocupacional en HDD se llevará a cabo por medio de la selección y combinación de distintos espacios terapéuticos, actividades y técnicas, para elaborar un programa institucional con el que alcanzar los objetivos establecidos de forma individual en cada caso. Recalcamos de nuevo, aun a riesgo de resultar reiterativos, que el perfil característico de alteraciones en el desempeño de la población atendida en HDD pueden variar mucho de un dispositivo a otro. Por tanto, los programas institucionales de terapia ocupacional deben diseñarse considerando las características particulares de la población de cada institución y momento concreto.

La utilización de los recursos de la comunidad y del propio HDD, apoyándonos en el establecimiento de vínculos entre las personas que se encuentran ingresadas y el clima terapéutico del dispositivo, nos permitirá elaborar propuestas claras y viables,

centradas en la realización de actividades significativas, que conformen el programa de terapia ocupacional.

En la [tabla 9.3](#) proponemos algunas recomendaciones respecto a los espacios terapéuticos que pueden implementarse en un hospital de día³³.

Tabla 9.3 Recomendaciones para el diseño de programas de intervención de terapia ocupacional en hospitales de día

Programas y espacios terapéuticos
Grupos de entrenamiento de las actividades instrumentales de la vida diaria: aprovechando los fenómenos grupales y apoyándose en el clima terapéutico y los recursos propios del HDD (cocina, jardín o baños, entre otros), su propósito es la recuperación y mantenimiento del desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, fomentando paralelamente la creación de la atmósfera terapéutica de la institución
Entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria: desarrollado tanto de forma individual como grupal, enfocado en la adquisición de destrezas deterioradas o perdidas asociadas al desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (de higiene, alimentación, arreglo personal, etc.) propias de la edad, sexo y estadio evolutivo del sujeto
Actividades de sostén: estructuran la totalidad de la cobertura temporal del HDD, permiten establecer espacios de trabajo común que diferencian los distintos programas de la institución. Favorecen la dinámica de participación en las actividades y pueden tener fines evaluadores. Suelen coincidir con momentos de inflexión: al inicio de la jornada, en su conclusión, para diferenciar dos espacios terapéuticos, por ejemplo, antes o después de la comida. Constituyen lugares de encuentro entre la totalidad del equipo clínico y la población de personas atendidas en la institución. Sirven de arranque a otros espacios terapéuticos y permiten el contacto entre personas de grupos diferenciados (Moruno, 1998)
Grupos exploratorios: de orientación psicodinámica, se basan en los efectos que la realización de un trabajo grupal continuado tiene sobre las relaciones y vínculos interpersonales. Gracias a la creación de un espacio y tiempo de trabajo en común en el seno de un pequeño grupo, la implicación de cada participante en la dinámica grupal dirigida por el terapeuta ocupacional permite la puesta en juego de los factores subjetivos implicados en la participación de cada sujeto en la actividad realizada, en la relación con los demás y con el terapeuta ocupacional
Grupos de apoyo o soporte: el trabajo con grupos hace necesaria la planificación de un abanico amplio de actividades, de acuerdo con las características de las personas con las que intervenimos, formando grupos homogéneos, para que el sujeto pueda desarrollar las habilidades de las que dispone
Entrenamiento en habilidades sociales: para la adquisición y el mantenimiento de las habilidades sociales implicadas en el desarrollo de roles ocupacionales de la vida en comunidad
Actividades artísticas y expresivas: su aplicación se apoya en el supuesto de que la realización de actividades artísticas y expresivas (pintura, modelado u otros medios similares), tanto de carácter individual como grupal, puede contribuir a la expresión y elaboración de los conflictos subjetivos del individuo. Su valor terapéutico se sustenta en la relación transferencial entre el sujeto y el terapeuta ocupacional durante la realización de la actividad
Actividades físicas y deportivas: actividades deportivas, juegos competitivos y no competitivos, ejercicio físico, psicomotricidad, entrenamiento en relajación o manejo del estrés. Se utilizan los recursos de la comunidad, tanto públicos como privados (polideportivos, piscinas, parques, etc.), así como los del propio HDD
Actividades recreativas, lúdicas y de ocio
Actividades sociales y comunitarias
Entrenamiento en relajación y en el manejo del estrés
Asesoramiento vocacional y entrenamiento en destrezas laborales y prelaborales
Asesoramiento para la organización y disfrute del tiempo libre y de ocio

HDD: hospital de día.

Unidades de hospitalización breve

Características

En salud mental, los cuadros agudos se caracterizan por constituir problemas graves que implican un alto riesgo para la integridad del individuo. En estos casos el ingreso hospitalario se hace necesario, especialmente si existen: un riesgo potencial de que el sujeto pueda infringir algún daño, tanto a sí mismo como a las personas que lo rodean; dificultades para mantener las actividades vinculadas al autocuidado y automantenimiento o problemas con la medicación. Las unidades de hospitalización breve (en adelante, UHB) (14–17) están diseñadas para el tratamiento psiquiátrico, en régimen de internamiento de corta duración, de personas aquejadas de procesos agudos, recaídas o reagudizaciones de un trastorno mental previo de larga duración, en el comienzo de la enfermedad para la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas³⁴.

Las UHB suelen tener alrededor de 20 camas y suelen estar situadas en el seno de los hospitales generales o psiquiátricos³⁵. Habitualmente, admiten una amplia variedad de diagnósticos, aunque es posible también encontrar unidades con un solo tipo de patología específica. Frecuentemente, aunque pueden variar mucho sus características dependiendo del edificio en el que se ubique la unidad, las habitaciones y salas son espacios comunes o compartidos que condicionan la privacidad de los sujetos ingresados, al igual que las medidas de vigilancia y seguridad que persiguen preservar la integridad de los residentes.

Debemos tener en cuenta que el período de internamiento supone la pérdida de contacto con el entorno de referencia y con las actividades cotidianas del sujeto ingresado, que afronta un ambiente físico extraño, un contexto sociocultural anómalo y modelos de actividad poco familiares, situación que puede intensificar el estrés, la ansiedad y la disfunción ocupacional del sujeto.

La derivación del paciente suele realizarse de forma voluntaria ante una crisis, frecuentemente a través de su admisión en urgencias, aunque también puede producirse como consecuencia de un mandato judicial. La estancia media oscila entre 7 y 21 días. Este hecho condiciona el tipo de atención dispensada, caracterizada por la primacía de los tratamientos farmacológicos para la contención de los síntomas y el soporte de las necesidades básicas de los pacientes ingresados (alimentación, alojamiento y seguridad), en detrimento de otras intervenciones que aborden necesidades y problemas a largo plazo³⁶. Asimismo, esta singularidad impone que la intervención sea específica e intensiva y hace imprescindible una comunicación eficaz con los equipos de los CSM, sobre todo para planificar la continuidad de cuidados, una vez completado el período de internamiento.

El equipo base de estas unidades está formado por personal facultativo (psiquiatras, médicos internistas y psicólogos clínicos), terapeutas ocupacionales,

personal de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y, en ocasiones, monitores.

Los diferentes programas terapéuticos que desarrollen los distintos componentes del equipo clínico que forman las UHB deben organizarse y coordinarse para cada caso concreto por medio de un plan individualizado de intervención, incorporando los objetivos, los programas y actividades terapéuticas y la secuencia en la que deben tener lugar.

Otra de las particularidades que debemos contemplar en las UHB es la adopción de medidas de seguridad que aseguren la protección y seguridad de los pacientes ingresados.

Debemos considerar con detenimiento los siguientes aspectos al afrontar el caso de cualquier sujeto que padezca un problema mental en estado agudo:

- Las medidas y procedimientos de seguridad genéricos (accesos restringidos, visitas o apoyo del equipo) y riesgos potenciales.
- Las posibles conductas de riesgo en cada caso tratado.
- La información obtenida en las reuniones del equipo multidisciplinario, en los informes y registros diarios (debemos tener en cuenta que la situación de un sujeto puede variar en un breve período de tiempo).
- Las características del lugar en el que tiene lugar la intervención (salas, talleres, en la calle, entre otros).
- Los planes de acción en caso de urgencia.
- Informar al equipo sobre a dónde vamos y sobre el tiempo que vamos a tardar.
- La disponibilidad y el acceso a sistemas de alarma.
- El acceso a equipos o a herramientas.
- El historial de comportamientos autolesivos o violentos del paciente.
- El contenido de las alucinaciones o de los pensamientos ilusorios.
- El historial de abuso o consumo de sustancias.
- El riesgo de suicidio.
- El historial médico del paciente (episodios epilépticos u otros).

Objetivos y funciones

El objetivo último de las UHB es la estabilización de episodios agudos de trastornos psiquiátricos, persiguiendo la recuperación en el plazo más breve posible, para el retorno del individuo a su comunidad.

Este objetivo general se diversifica, dependiendo de las características singulares de cada caso abordado, en diferentes objetivos específicos:

- Mitigar o eliminar la sintomatología aguda, para la contención de situaciones de crisis.
- Evaluación y diagnóstico pluridimensional.
- Inicio de un tratamiento pluridisciplinario (psicofarmacológico, psicoterapéutico y de otras disciplinas).
- Intervención de terapia ocupacional.
- Provisión de cuidados que preserven la integridad y seguridad del individuo, así como el soporte de sus necesidades básicas (alojamiento, alimentación, entre otros).
- Diagnóstico social y atención a las familias y allegados (en ocasiones se desarrollan programas de terapia familiar).
- Elaboración de un plan de alta, en coordinación con los diferentes niveles de atención, para diseñar un plan de continuidad de cuidados, en el que se consensúe la derivación entre dispositivos, supervisión al alta, soporte familiar o prestaciones sociales.

La consecución de todos estos objetivos requiere una estrecha colaboración de las UHB con los CSM de área y con otros recursos y agentes sociales implicados en los programas de continuidad de cuidados de la población con enfermedad mental³⁷.

Terapia ocupacional en unidades de hospitalización breve

Perfil de la población

Como anticipábamos al principio de este capítulo, las personas ingresadas en las UHB se caracterizan por presentar procesos agudos, ya sean consecuencia del inicio de la enfermedad o debido a recaídas o descompensaciones de un trastorno mental previo de larga duración. El abanico de diagnósticos que podemos encontrar es muy amplio, casi tanto como las clasificaciones nosológicas de la enfermedad mental³⁸. De igual forma, la heterogeneidad de la sintomatología se acentúa en estas instituciones. En cualquier caso, su rasgo común es presentar un cuadro clínico agudo.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y sin pretender establecer un panorama exhaustivo de la diversidad de alteraciones en el desempeño que podemos encontrarnos entre la población atendida en las UHB, citaremos a continuación algunas de las consecuencias más comunes que la presencia de un cuadro agudo puede causar en el desempeño ocupacional.

Las alteraciones del pensamiento y de la percepción, características de los trastornos psicóticos, causan generalmente un deterioro global del desempeño que afecta significativamente a algún área, cuando no a todas, de desempeño ocupacional. Asimismo, en ocasiones, la elección y realización de actividades se ve reducida o limitada al vincularse directamente con el sistema delirante o éste afecta directamente al logro efectivo de la actividad. Sirva el ejemplo de aquellos casos en los que la ideación paranoide dificulta la realización de actividades en las que es la interacción social es un componente central de las mismas.

Las alteraciones de la percepción (como las alucinaciones) pueden generar dificultades para interpretar algunos aspectos de la realidad que rodea al individuo y, por tanto, afectar a la capacidad de emitir un comportamiento ocupacional adecuado.

También son muy comunes –sobre todo en el caso de personas con trastornos del pensamiento, de la percepción, anhedonía, inquietud o ansiedad– las dificultades para centrar la atención y para distinguir entre los aspectos esenciales y los irrelevantes o accesorios al realizar una actividad.

Las alteraciones del estado de ánimo pueden producir una sobrestimación o una subestimación de las capacidades individuales, que afecta a la realización eficaz de las actividades cotidianas de quien las presentan (v. Creek) (18–20). Así, la persona puede emprender ocupaciones que superan sus conocimientos y capacidades o no comenzar otras más básicas, como las de autocuidado y automantenimiento, por no sentirse preparada para realizarlas. También son frecuentes las dificultades para iniciar y mantener una actividad, el enlentecimiento y las dificultades para seguir pautas y realizar gestos con precisión. Estos problemas pueden generar sentimientos de frustración, fracaso y aumentar la ansiedad cuando el sujeto se enfrenta a cualquier

tarea.

La somnolencia, la apatía, la inhibición motora, los temblores o alteraciones como la acatisia y las discinesia, tan frecuente en cuadros con condiciones agudas, pueden comprometer el desempeño de cualquier actividad.

A todas estas circunstancias debemos añadir los efectos secundarios de la medicación que, sumados a los cambios en el entorno y en los patrones de habituales de actividad (consecuencia del internamiento), entorpecen o interfieren, en muchos casos incluso más que los síntomas, la realización eficaz de las actividades elegidas por el individuo³⁹.

Objetivos de terapia ocupacional

Los principales objetivos de la intervención de terapia ocupacional en las UHB son los siguientes:

- Realizar una evaluación ocupacional, lo más completa posible, de las alteraciones en las áreas de ocupación (actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo, educación, ocio y participación social) y de las interrelaciones de dichas alteraciones con las destrezas y patrones de desempeño, las demandas de la actividad, los factores del cliente y los contextos. Esta evaluación debe favorecer el diseño de la intervención y el plan de alta y/o de continuidad de cuidados en coordinación con el resto de recursos de atención al enfermo mental.
- Contener, reducir o mitigar los síntomas agudos, utilizando como método terapéutico la realización de actividades significativas.
- Favorecer el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria de la forma más normalizada posible.
- Mitigar los efectos secundarios de la medicación y favorecer el bienestar somático de los pacientes ingresados.
- Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales.
- Colaborar con el resto del equipo en la elaboración de un plan de alta y/o de continuidad de cuidados que persiga la reintegración del paciente en la comunidad (v. apartado «Objetivos y funciones»).

Pautas de intervención

Uno de los problemas más frecuentes con los que nos encontramos en el desarrollo de nuestra labor profesional en las UHB es la escasez de tiempo para desarrollar la intervención, consecuencia de los breves períodos de hospitalización que caracterizan a los pacientes que se encuentran en estas unidades. Si a esto le añadimos la primacía de la perspectiva médica y del tratamiento farmacológico para la contención de los síntomas –frente a otras intervenciones que contemplan las consecuencias de la enfermedad después de la crisis aguda–, las lagunas en la coordinación con el resto de los recursos que forman la red sociosanitaria de atención al enfermo mental (efecto de los limitados recursos humanos y materiales) y las frecuentes recaídas y reingresos de los pacientes atendidos en estos dispositivos, en su conjunto, la labor realizada en las UHB por los terapeutas ocupacionales puede ser frustrante y poco motivadora.

Para tratar de salvar estas dificultades, Yarwood y Johnstone (21) recomiendan:

- Adecuar el marco de referencia teórico o modelo de práctica en el que se apoye la intervención del terapeuta, para ajustarse a las limitaciones de tiempo tan comunes en las UHB.
- Desarrollar habilidades específicas para llevar a cabo una rápida evaluación del caso, encuadrar los objetivos y priorizar los problemas clave. De esta forma se favorecerá el desarrollo de intervenciones efectivas a corto plazo.
- Colaborar en la elaboración de planes de alta y/o continuidad de cuidados, en los cuales se contemplen las alteraciones en el funcionamiento del paciente a largo plazo, para realizar recomendaciones al alta que contemplen los problemas asociados con el desempeño ocupacional.
- Contemplar nuestro ejercicio profesional desde una perspectiva amplia, como un eslabón más que forma parte del abordaje del conjunto de recursos de atención al enfermo mental, apoyándonos en la coordinación de las UHB con otros recursos hospitalarios, servicios sociales y comunitarios.

Si seguimos estas recomendaciones favorecemos la realización de intervenciones más eficaces y, paralelamente, contribuimos también a mitigar los sentimientos de frustración profesional tan comunes en este tipo de dispositivos.

En lo que respecta al proceso de evaluación ocupacional dentro de las UHB debemos considerar dos aspectos distintivos que deben tenerse en cuenta.

En primer lugar, el efecto subjetivo del ingreso en régimen de internamiento y cómo éste repercute en la evaluación de las alteraciones en el desempeño ocupacional. Como avanzábamos anteriormente, dicho ingreso tiene lugar tras la aparición de un grave problema de salud y desajuste personal, en el que el sujeto

experimenta un notable deterioro en todas las esferas de su actividad habitual. Si a esta circunstancia le añadimos los cambios acaecidos como consecuencia del ingreso (v. apartado «Características»), es posible que sobrestimemos los déficits en el funcionamiento ocupacional del sujeto. Para enfrentar el riesgo de este sesgo es clave detectar cuáles son las variables que afectan al desempeño en el momento de la evaluación y cuáles aquellas que influyen previamente en la competencia ocupacional del individuo antes de su internamiento⁴⁰.

En segundo lugar, la complejidad del razonamiento clínico para la elaboración del diagnóstico ocupacional. Es frecuente que los individuos con los que trabajamos en las UHB muestren dificultades graves y generalizadas, a las que dan forma diversas y complejas condiciones (psicopatológicas, sociales, económicas, afectivas, por citar algunas). Si a esto le añadimos la breve estancia del paciente en la institución, es forzoso acomodar la elaboración del diagnóstico ocupacional para que sea lo más preciso posible, pero a la vez *viable* en el escaso tiempo de que disponemos para completar la evaluación. Es recomendable detectar y establecer con prontitud prioridades –identificando las alteraciones más relevantes y que más afecten a la competencia ocupacional de la persona en su quehacer cotidiano–. De esta forma evitaremos la dispersión de nuestro razonamiento tras la acumulación de datos en un lapso temporal tan corto.

Como objetivo último, la evaluación del terapeuta ocupacional perseguirá determinar los efectos de los síntomas en el funcionamiento ocupacional del sujeto, puesto que, aunque existen similitudes clínicas entre los grupos diagnósticos, cada sujeto difiere en su presentación y, lo que es más importante, en la repercusión de los síntomas en su desempeño ocupacional. Por ejemplo, la presencia de alucinaciones auditivas para un sujeto puede suponer un aumento de la agitación o altos niveles de angustia, mientras que para otro individuo puede llevarle al aislamiento o a que permanezca en la cama.

A nuestro modo de entender, es un error plantear una intervención teniendo en cuenta únicamente el diagnóstico psiquiátrico. Por el contrario, proponemos que cada paciente debe ser tratado como un individuo único, identificando cómo sus síntomas afectan a la capacidad de funcionamiento en sus ocupaciones diarias.

En estos dispositivos la evaluación ocupacional debe caracterizarse por su brevedad y, en consecuencia, por una rápida recopilación y análisis de la información. Para ello, la consulta de fuentes de información indirecta (informes clínicos, registros de enfermería, reuniones de equipo, etc.) y la utilización de herramientas de evaluación de «lápiz y papel» (autoinformes o autorregistros) debe adquirir un papel preponderante frente a otras alternativas que requieren más tiempo para su aplicación. También podemos obtener información de entrevistas breves y frecuentes con el paciente y de la observación del desempeño de actividades.

Frente a la escasez de tiempo, para aumentar la eficacia de la evaluación debemos establecer mecanismos de intercambio de información con el resto de

recursos implicados en el abordaje de cada caso. De esta forma podremos obtener datos a través de estos cauces, complementando los recogidos durante nuestra evaluación (p. ej., recabando antecedentes de cualquier recurso del que proceda el paciente). Además, por nuestra parte, aportaremos información sobre el caso (p. ej., sobre las características clínicas del inicio de la enfermedad, su evolución inicial, los resultados obtenidos o las recomendaciones al alta) al resto de los profesionales implicados en la continuidad de cuidados, lo que sin duda aumentará la eficacia de todas las intervenciones.

También debemos tener en cuenta que la duración de la evaluación y el tipo de herramientas o fuentes de información utilizadas están condicionados por las particulares únicas de cada caso. Algunas de estas particularidades son: la urgencia de la intervención, el estado mental del sujeto, las áreas evaluadas por el resto del equipo, el estatus ocupacional del paciente (de acuerdo con su edad, estadio del ciclo vital etc.) y el marco de referencia teórico en que se apoya tanto el propio terapeuta ocupacional como el resto del equipo.

El diseño de los programas institucionales y de los planes de intervención individual de terapia ocupacional en estos dispositivos se estructura según el procedimiento descrito en el [capítulo 6](#).

No obstante nos gustaría señalar que en las UHB, previamente al establecimiento de cualquier plan de intervención, es necesario que recordemos que las personas hospitalizadas experimentan dos tipos de crisis: la que les ha llevado al ingreso y la propia hospitalización⁴¹. Debemos ser conscientes de la fuerte tensión que soportan las personas ingresadas, al encontrarse en una situación excepcional en sus vidas, afrontar un entorno desconocido, con personas en crisis, sin un rol específico y claro que pueda facilitar su adaptación. Para algunas personas, dependiendo de su problema de salud, nuestra intervención puede ser percibida como una medida de presión, es relativamente frecuente que el sujeto desconfíe del personal clínico y dude de los beneficios que puede aportarle el ingreso. Todo esto hace que en ocasiones las personas con las que interactuamos no muestren ningún interés en nuestras propuestas, ni se impliquen de forma activa en ellas. Prestar especial atención al establecimiento de la *relación terapéutica* es un aspecto crucial para reducir el impacto potencialmente estresante de la hospitalización y la crisis que ha ocasionado el ingreso. Conseguir establecer una buena relación es esencial para el desarrollo y éxito de nuestro trabajo. Debemos transmitir que nuestro objetivo es la mejora de los problemas de salud de las personas con que interactuamos; de esta manera favoreceremos su compromiso con las actividades que les proponemos, respetando en todo momento su decisión de participar o no en ellas.

Como hemos hecho previamente al describir las características de la intervención en otros dispositivos, recomendamos a continuación un conjunto de espacios terapéuticos, programas y técnicas, recogidas en la [tabla 9.4](#), que sirvan de orientación para diseñar los programas institucionales de las UHB.

Tabla 9.4 Recomendaciones para el diseño de programas y planes de intervención de terapia ocupacional en unidades de hospitalización breve

Programas y espacios terapéuticos
<p>Entrenamiento individual para la realización de las actividades básicas de la vida diaria: se persigue que el sujeto ingresado mantenga la realización de aquellas actividades básicas de la vida diaria que realizaba habitualmente antes de su ingreso. Nos gustaría señalar sus diferencias con las expuestas en las tablas 9.1 y 9.3. En las UHB, esta técnica tiene como objetivo prioritario la organización del tiempo y el mantenimiento del desempeño de tales actividades, estableciendo hábitos y rutinas normalizadas y apoyando la realización de aquellas actividades de autocuidado y automantenimiento. Contribuye a estructurar el tiempo dentro de la UHB y a evitar la ruptura del régimen de actividad cotidiano del sujeto, por tanto, es de índole individual. En contraste con ella, los grupos e intervenciones individuales para el entrenamiento de las AVD tienen como objetivo prioritario la adquisición, mejora y mantenimiento de las destrezas asociadas al desempeño de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria o la recuperación del desempeño en sí mismo. Tanto en su estructura como en su objetivo final suponen actuaciones diferentes</p>
<p>Actividades recreativas, lúdicas y de ocio: organizadas y/o desarrolladas por el terapeuta ocupacional dentro de la UHB, con el objetivo de instaurar un régimen de actividad que favorezca la organización del tiempo, la interacción social y la contención y/o eliminación de los síntomas. Aunque su objetivo principal es la ordenación del tiempo durante el período de internamiento, su empleo puede permitirnos adicionalmente la exploración de actividades de ocio por parte del individuo y el asesoramiento del terapeuta ocupacional respecto a las actividades de ocio del sujeto tratado</p>
<p>Actividades artísticas y expresivas: la aplicación de esta técnica se apoya en el supuesto de que la realización de actividades significativas individuales y/o grupales, adecuadas a las características y deseos de cada caso abordado, puede contribuir a la contención y eliminación de la sintomatología aguda</p>
<p>Actividades físicas y deportivas: por medio de la realización de actividades deportivas, juegos competitivos y no competitivos, ejercicio físico, psicomotricidad, entrenamiento en relajación o manejo del estrés, realizadas en la unidad, que persigan objetivos vinculados con la mejora del estado físico del sujeto y fomenten las relaciones personales, la expresión corporal y el disfrute y goce del cuerpo. Siempre que las características del dispositivo y del grupo de personas lo hagan posible, se favorecerá que las actividades de trabajo corporal puedan realizarse en pequeños grupos, utilizando los recursos disponibles en la comunidad, fuera del recinto de la institución</p>
<p>Entrenamiento en relajación y en el manejo del estrés: las técnicas de relajación y manejo del estrés son especialmente importantes en las UHB, para tratar de minimizar el efecto de los síntomas de muchas condiciones agudas (ansiedad, angustia, etc.) y el impacto del internamiento en el sujeto</p>
<p>Grupos de apoyo o soporte: que sirvan de lugares de encuentro para favorecer la transmisión de información y el apoyo emocional entre los individuos participantes, así como las relaciones interpersonales y afectivas. Las características de estos grupos se adecuan a las peculiaridades de la UHB: son grupos abiertos en los que la incorporación de nuevos sujetos es frecuente, con estancias en el grupo muy breves y cuadros clínicos y diagnósticos variados</p>
<p>Actividades sociales y comunitarias: siempre que las características de la unidad hagan viable su desarrollo y siempre que se cuente con el apoyo necesario para llevarlas a cabo, trataremos de realizar salidas a la comunidad para llevar a cabo estas actividades</p>
<p>Asesoramiento vocacional y entrenamiento en destrezas laborales y prelaborales: en aquellos casos en que sea posible una intervención más prolongada, es posible diseñar actividades encaminadas a la evaluación de la faceta laboral del sujeto y/o a su orientación vocacional o prevocacional, contribuyendo a una evaluación más profunda en la continuidad de cuidados</p>

UHB: unidades de hospitalización breve.

La selección y combinación para cada caso abordado de estas técnicas y espacios terapéuticos nos permitirá elaborar un plan de intervención de terapia ocupacional individualizado.

Unidades de larga estancia o de rehabilitación hospitalaria

Características

Las unidades de larga estancia⁴² (a partir de ahora ULE) (6) proporcionan un entorno residencial estructurado, con programas de tipo rehabilitador y/o asistencial de carácter prolongado, a personas que permanecen ingresadas durante períodos de larga duración.

Están indicadas para atender a personas con trastornos mentales graves y persistentes que necesitan supervisión continua para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestido, alojamiento, así como para preservar su propia seguridad, al presentar un comportamiento gravemente desorganizado que impide o dificulta su vida en comunidad o su participación en otros dispositivos comunitarios. Diferentes circunstancias pueden hacer necesario el internamiento prolongado, entre ellas, la falta de alojamiento o de recursos económicos que posibiliten el alta, la ausencia de una red de apoyo social o familiar o las características clínicas o de la evolución de la enfermedad que impiden residir al individuo de forma independiente en su comunidad.

Antes de la reforma psiquiátrica, el internamiento a largo plazo era una práctica común, más allá de la gravedad de su cuadro clínico muchos pacientes permanecían internados durante meses o años. Hoy en día, el abordaje de personas con enfermedad mental grave se basa en la idea de que la recuperación es más rápida y eficaz cuando tiene lugar en el seno de las propias comunidades. Por desgracia, en muchas ocasiones estas personas no pueden recibir la atención adecuada en la comunidad, ante la falta de recursos especializados, y con frecuencia permanecen en los numerosos hospitales psiquiátricos que fueron creados antes de la reforma, cuando no pasan a formar parte, en el peor de los casos, de la población en riesgo de exclusión.

A partir de la reforma psiquiátrica los antiguos manicomios se ven inmersos en un proceso de conversión que trata de potenciar su carácter rehabilitador, con la perspectiva de su progresiva sustitución por alternativas residenciales comunitarias (minirresidencias, residencias de mayores y pisos protegidos). A pesar de los intentos para potenciar su carácter rehabilitador, en muchos casos están insuficientemente dotadas, tanto de recursos materiales como humanos e infraestructuras, no sólo en lo que respecta a la terapia ocupacional, sino también en servicios médicos, sociales y de enfermería. La financiación puede ser escasa y es habitual que el personal sea limitado, poco especializado y escasamente actualizado en su formación. Además, la población residente suele ser muy numerosa, con una amplia diversidad de diagnósticos, edades y características clínicas. También debemos señalar que estas instituciones fueron concebidas como manicomios para la reclusión duradera, cuando no permanente, de enfermos mentales y, en ocasiones, en ellas la cultura manicomial sigue vigente.

Gran parte del potencial terapéutico de estos recursos reside en su capacidad para cambiar los principios y prácticas que han mantenido, a veces durante siglos, elaborando y poniendo en práctica programas específicos para que los pacientes con enfermedades mentales de larga duración puedan adquirir habilidades, mejoren su autonomía y logren, en última instancia, el mayor grado de integración social posible. Esta transformación depende en gran medida de las iniciativas del equipo para identificar, comprender y actuar sobre los múltiples factores que influyen en el proceso de intervención en estas instituciones. En esta empresa debemos admitir que uno de los factores que puede comprometer la mejora de los residentes es la propia institución. El fenómeno de la institucionalización ha sido ampliamente descrito por algunos autores (22) y, básicamente, consiste en que los individuos institucionalizados de forma progresiva llegan a ser dependientes de la institución en la que se encuentran internados. La cultura, las prácticas y rutinas institucionales pueden limitar el desarrollo y crecimiento personal de los residentes, contribuyendo al proceso de institucionalización. Frecuentemente, se ha asociado el efecto iatrogénico de las instituciones psiquiátricas a:

- La inactividad forzosa.
- Las actitudes del equipo: brutalidad, caciquismo, autoritarismo, mofa, entre otras.
- La pérdida de vínculos y pertenencias personales.
- La pérdida de contacto con el mundo exterior.
- El clima o ambiente de la institución.

Todos estos aspectos pueden reducir en los residentes sus posibilidades de tomar decisiones, ser autónomos, ejercer su libertad de acción y mejorar su propia imagen. Por el contrario, generan apatía, pasividad y falta de iniciativa, así como pérdida de interés por el mundo fuera de la institución⁴³.

Estas circunstancias hacen que las propias instituciones sean uno de los elementos con mayor potencial de cambio para mejorar la atención y cuidado de la población atendida en ellas. Como veremos con más detalle más adelante, las líneas directrices para la modificación del contexto institucional pueden articularse principalmente alrededor de tres ejes: la mejora de entorno físico y del clima terapéutico, de las prácticas profesionales y de la calidad de los programas institucionales de intervención. La modificación de estos aspectos puede tener un gran impacto en la satisfacción y calidad de vida de los residentes, así como en los resultados de las intervenciones terapéuticas.

Objetivos y funciones

Evidentemente, la duración de la estancia no es el elemento esencial que define estas unidades, sino la naturaleza de las prácticas que allí se realizan. En demasiadas ocasiones, quizá por las particularidades que acabamos de citar, los objetivos institucionales de las ULE quedan reducidos, desgraciadamente, a la provisión de cuidados básicos y de custodia y a la prescripción y supervisión de tratamientos farmacológicos. Si limitamos de esta forma las funciones de estos dispositivos estaremos subestimando su potencial para impulsar la salud mental y la calidad de vida de los individuos que residen en ellas. Aunque es innegable el papel que desempeña el tratamiento psicofarmacológico en el abordaje de los trastornos psicóticos, tanto en la reducción de los síntomas agudos como para la prevención de recaídas en el posterior seguimiento del caso, no es menos cierto que debemos enfatizar la reducción de las dosis, especialmente en aquellos casos en los que la sintomatología positiva cause menos problemas que los efectos secundarios de la medicación. Nos gustaría recalcar que el tratamiento farmacológico y la provisión de necesidades básicas constituyen sólo una parte de la intervención en las ULE. Ésta debe ser completada con la modificación del entorno institucional y el diseño e implementación de programas que mejoren la adquisición de habilidades, la autonomía personal y la calidad de vida de los residentes.

Esquemáticamente, las funciones principales de una ULE son:

- Evaluación psicopatológica y de la discapacidad.
- Diseño e implementación de un tratamiento integral: por medio del establecimiento de planes terapéuticos individualizados, incluyendo tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos individuales y grupales.
- Establecimiento de programas individualizados de rehabilitación: a través de la implantación de programas de rehabilitación psicosocial, utilizando en todo momento el medio como elemento terapéutico y ofreciendo soporte a las familias cuando sea necesario.
- Coordinación con los diferentes servicios de la red de atención a personas con enfermedad mental, articulada alrededor de protocolos de ingreso y derivación a otros dispositivos residenciales de la comunidad, con objetivos compartidos y ajustados a los planes de intervención.

Basándonos en la propuesta de Early (23), podemos completar las funciones señaladas estableciendo los siguientes objetivos generales dentro de los encuadres con pacientes en régimen de internamiento a largo plazo:

- Proveer al paciente de un entorno protector, que le aporte la supervisión y el apoyo

necesario para asegurar su seguridad y la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, alojamiento y cuidados básicos.

- Supervisión del tratamiento farmacológico y cuidados de enfermería.
- Evaluación individual del funcionamiento de los pacientes con potencial de rehabilitación.
- Diseño de programas institucionales de intervención, en los que se combinen actividades grupales e individuales.
- Control de la conducta, especialmente de aquellas que puedan poner en riesgo la integridad del individuo y de aquellos que le rodean.
- Tratamiento compensatorio de los déficits cognitivos.
- Modificación y mejora del contexto institucional, tanto del ambiente físico y terapéutico como de la organización institucional.
- Diseñar, implementar y supervisar programas de continuidad de cuidados y gestión de casos.

Es especialmente importante en el abordaje de la población con enfermedad mental grave, diseñar y llevar a cabo diferentes programas que tengan como objetivo la continuidad de cuidados y la coordinación y organización de la atención aportada a largo plazo.

Los criterios generales que nos permiten identificar los aspectos clave para la elaboración e implantación de tales programas de continuidad de cuidados y de gestión de casos son:

- Evaluación multidisciplinaria: habitualmente el equipo participante estará coordinado por un profesional que asume la responsabilidad de la coordinación de cada caso, obteniendo información de forma regular de todos aquellos profesionales implicados.
- Planificación del cuidado a medio y largo plazo.
- Revisión de los casos, al menos cada seis meses: revisiones y seguimiento regular, muchas veces descuidados como consecuencia de los pobres avances en los casos crónicos.
- Asegurar la calidad del tratamiento, valorando la eficacia de las intervenciones y programas implementados.

En la gestión de cada caso particular el diseño de un programa individualizado de continuidad de cuidados requiere una evaluación detallada que contemple de forma periódica:

- Los síntomas y evolución de la enfermedad.
- La red de apoyo social (parientes o allegados).

- El soporte o apoyo emocional recibido.
- El control y supervisión de la ingesta de medicación.
- Los aspectos asociados a la seguridad personal.
- Las necesidades de alojamiento.
- Las condiciones económicas.
- Las condiciones de salud general.
- Las actividades de autocuidados y mantenimiento del hogar.
- Las actividades laborales y de ocio y participación social.

Terapia ocupacional en unidades de larga estancia

Perfil de la población

El perfil de la persona que encontramos en las ULE se caracteriza por la presencia de graves alteraciones con un impacto significativo y duradero en el funcionamiento global del sujeto. La mayor parte de los pacientes ingresados en estos recursos sufren esquizofrenia, aunque también es frecuente encontrar trastornos afectivos (depresión mayor y trastornos bipolares), de la personalidad con carácter crónico (esquizoafectivos, esquizofreniformes, entre otros), por abuso de sustancias (alcoholismo, drogodependencias) y trastornos orgánicos y demencias incipientes⁴⁴.

El deterioro que causa la enfermedad se ve exacerbado en muchos casos por otros factores añadidos que, finalmente, hacen necesario el soporte institucional del internamiento. Entre estos factores podemos destacar el funcionamiento premórbido, con frecuencia significativamente inferior al esperado de acuerdo con el desarrollo evolutivo normalizado, funcionamiento que ha tenido importantes repercusiones psicológicas y sociales a lo largo de la evolución de la enfermedad y que, frecuentemente, se asocia a un inicio temprano de ésta. El comienzo de la enfermedad a edad temprana, en la infancia, en la adolescencia o en la primera juventud, suele interrumpir el aprendizaje, la adquisición y la consolidación del desempeño de actividades, de acuerdo con las etapas normalizadas de desarrollo evolutivo.

A esta circunstancia se añade que las personas con esquizofrenia crónica⁴⁵ suelen presentar algún tipo de deterioro cognitivo. Como advertían Cantero y Moruno (24), los déficits cognitivos traen consigo dificultades significativas para el aprendizaje y la adquisición de las habilidades necesarias para el desempeño ocupacional. Obviamente, no todos los pacientes evolucionan de la misma manera, las alteraciones cognitivas pueden ser muy diferentes y su impacto puede condicionar, pero no determinar, el funcionamiento ocupacional del sujeto. También debemos advertir que a veces es difícil distinguir qué dificultades se deben al deterioro del sujeto y cuáles a otros aspectos, como la motivación, la estimulación y expectativas del medio y las posibilidades de acción en el entorno.

Además, debemos considerar también los efectos secundarios de la medicación utilizada para paliar la sintomatología asociada con la enfermedad. La ingestión durante largos períodos de medicación neuroléptica agrava significativamente la disfunción ocupacional. Los fármacos antipsicóticos pueden causar síntomas extrapiramidales, inhibición motora, temblores, acatisia, discinesia, vértigos y somnolencia que dificultan e interfieren en el desempeño ocupacional. Los terapeutas ocupacionales, así como otros miembros del equipo, desempeñan un papel crucial en la monitorización de los efectos de la medicación y, por tanto, pueden contribuir a asegurar que se prescribe la dosis mínima efectiva.

De lo dicho hasta ahora podemos concluir que los problemas que encontramos

en las ULE no son los característicos de los trastornos psiquiátricos primarios, más bien se caracterizan por la presencia de múltiples, complejos y diversos problemas, algunos de ellos enquistados durante años, que requieren una evaluación detallada para poder determinar qué los causa y mantiene.

En lo que respecta a los cuadros clínicos, éstos se caracterizan principalmente por la presencia de síntomas negativos:

- Aplanamiento afectivo y embotamiento emocional, irritabilidad.
- Apatía, anhedonia y ausencia de motivación.
- Reducción de los niveles de actividad.
- Alteraciones motoras y psicomotoras: por ejemplo, enlentecimiento motor, discinesias, estereotipias.
- Alteraciones de la atención, distraibilidad y pobres niveles de concentración.
- Deterioro de la esfera social y reducción de la conciencia social.

A pesar de no ser lo más característico, tampoco es extraño que los pacientes presenten, al menos de forma transitoria, síntomas positivos, sobre todo alucinaciones auditivas y trastornos del pensamiento, delirios e ideas delirantes. También pueden tener otros síntomas menos característicos, como alucinaciones táctiles, visuales y olfativas, labilidad o incongruencia emocional o inquietud psicomotriz (v. apartado «Perfil de la población»). Asimismo, los síntomas negativos pueden darse a la par que los positivos; habitualmente los primeros persisten durante largos períodos de tiempo después de que los segundos hayan remitido.

Las personas que padecen trastornos mentales graves generalmente presentan alteraciones globales y persistentes de su desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, laborales, de ocio y de participación social. Resumidamente, podemos identificar entre las más características las siguientes⁴⁶:

- Alteraciones en el vestido, aseo, acicalamiento: pueden utilizar prendas pasadas de moda⁴⁷, cantidades excesivas de maquillaje, ropa deteriorada o sucia, colores o prendas poco apropiados para el contexto o momento del día, pobre o deficiente higiene personal.
- Reducción drástica de la exploración y ejecución de actividades de ocio, exceso de tiempo libre y una escasa ocupación satisfactoria de éste.
- Ausencia de actividades de participación social: asociadas con un acusado aislamiento y carencia de referentes sociales, que dificultan la asimilación de patrones de comportamiento habituales en la comunidad.
- Ausencia de actividades laborales: el desempleo se asocia con la enfermedad mental, especialmente la grave; las personas que padecen una enfermedad mental

sufren tasas de desempleo muy altas, menos del 15% están en situación de empleo activo.

En el área laboral es muy frecuente encontrar en esta población factores añadidos a las dificultades laborales de la población general con enfermedad mental; entre ellos podemos citar: las bajas expectativas del equipo, los familiares y los propios pacientes, las actitudes negativas por parte de los empresarios o contratistas, los salarios bajos, la pérdida de prestaciones económicas si se consigue un empleo remunerado, el bajo nivel de formación laboral y la falta de apoyo y supervisión para el mantenimiento del trabajo.

Objetivos de terapia ocupacional

El objetivo general de cualquier programa de terapia ocupacional en las ULE es proporcionar al sujeto la oportunidad de desempeñar actividades personal y culturalmente significativas, promoviendo su capacidad de elección y teniendo como horizonte último su incorporación a la comunidad. Nuestra labor profesional debe centrarse en la rehabilitación de los residentes, con el objetivo último de que alcancen una vida independiente y mejoren su calidad de vida.

Decimos esto, a pesar de que pueda parecer obvio, porque estas instituciones en algunas ocasiones mantienen una concepción de la enfermedad mental alejada de los principios auspiciados por la reforma psiquiátrica, heredando prácticas obsoletas y estigmatizantes. Como describimos anteriormente, la influencia de la institución sobre los residentes nos parece de capital importancia. Pensamos que, en este contexto, no podemos hacer recaer el acento de nuestra intervención únicamente en las destrezas o habilidades que posee el individuo para lograr un desempeño ocupacional que le permita la vida en comunidad, sin tener en cuenta las posibilidades de acción del sujeto en su medio. Dicho de otra forma, no podemos concebir el desempeño ocupacional sin considerar el medio habitual en que se pone en juego. Trataremos de ilustrar esta idea con un ejemplo que, desgraciadamente, se da con frecuencia. Si tenemos éxito, por medio de diferentes programas podemos lograr que un paciente adquiera las destrezas asociadas con el desempeño de determinadas actividades de la vida diaria, por ejemplo, hacer la cama o limpiar su habitación. Sin embargo, adquirirlas no asegura que pueda realizarlas realmente dentro de la institución, si el equipo de auxiliares se ocupa de este cometido. En estas circunstancias podemos confundir el verdadero sentido de la intervención, puesto que las dificultades para la autonomía personal no dependen de las capacidades y habilidades del paciente, sino de la organización institucional. Por tanto, analizar las características de la institución e introducir cambios que favorezcan la consecución de la autonomía de los residentes, incorporando mecanismos para adaptar la organización a las necesidades cambiantes de los individuos, constituyen estrategias de intervención indispensables. A nuestro modo de entender, la independencia de un sujeto no reside únicamente en las destrezas que posea, sino también en la capacidad de adaptación y cambio de la propia institución.

Este planteamiento lo corrobora Creek (18–20) al sugerir que el ejercicio profesional del terapeuta ocupacional en encuadres de larga estancia debe apuntar no sólo a la adquisición de habilidades por parte del individuo, sino también a la modificación de aquellos aspectos institucionales que puede dificultar su autonomía⁴⁸.

Aclarado este punto, en los próximos párrafos describiremos los objetivos que

habitualmente conforman los programas institucionales de terapia ocupacional de las ULE, para que puedan servirnos de orientación para confeccionar planes de tratamiento individualizados.

Es muy frecuente que entre la población atendida encontremos individuos que sufren algún tipo de deterioro cognitivo⁴⁹, afectivo o de la interacción social. Esos déficits pueden condicionar seriamente el desempeño ocupacional del sujeto en las áreas de ocupación, hasta tal punto que sea imprescindible su recuperación antes de abordar la mejora del funcionamiento ocupacional. Por este motivo, los objetivos vinculados con la recuperación de las capacidades cognitivas, sensoriomotoras y de las habilidades sociales suelen ocupar un lugar prioritario en los planes de intervención. Desde este abordaje recuperador perseguimos los siguientes objetivos:

- Recuperación de las habilidades sociales básicas implicadas en el desempeño de roles ocupacionales.
- Recuperación de las capacidades cognitivas y de las destrezas de procesamiento deterioradas o perdidas.
- Recuperación de aquellas capacidades psicomotoras que interfieran gravemente con el funcionamiento ocupacional del sujeto.

En aquellos casos en los que la recuperación cognitiva, de las habilidades sociales y de la psicomotricidad se vea seriamente comprometida, como consecuencia de la larga evolución de la enfermedad, de la presencia de condiciones orgánicas asociadas o cualquier otro factor que impida su mejora, la *compensación* de tales capacidades para lograr un desempeño ocupacional eficaz es un abordaje útil:

- Compensación de las capacidades cognitivas y/o de las destrezas de procesamiento alteradas, para el desempeño funcional de actividades.
- Modificación del contexto y adaptación del desempeño de la actividad, para favorecer la realización eficaz de las actividades de la vida diaria básicas.
- Realización de actividades de ocio, festivas y de participación social adaptadas en el seno de la institución residencial.

Por último, también en las ULE podemos establecer objetivos asociados con la:

- Adquisición de destrezas ligadas al desempeño de las actividades básicas de la vida diaria de higiene personal, acicalamiento, aseo o vestido.
- Realización de actividades e instrumentales de la vida diaria relacionadas con la residencia del sujeto en la institución.
- Adquisición de las destrezas asociadas con el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Exploración e identificación de intereses vinculados a la realización de actividades

de ocio y participación social.

- Orientación y asesoramiento vocacional y laboral.
- Adquisición de destrezas pre-laborales y de búsqueda de empleo.
- Inserción laboral.
- Participación social, en actividades organizadas dentro de la institución, pero también en actividades localizadas en la comunidad.

Un análisis y conocimiento detallado de las posibilidades y recursos de empleo y para el desarrollo de actividades de ocio y participación social en el seno de la comunidad, así como en la propia residencia, puede permitir al terapeuta ocupacional la elaboración de un plan personalizado de rehabilitación más eficaz.

Pautas de intervención

La principal singularidad de la evaluación ocupacional en las ULE es su duración, la posibilidad de realizarla exhaustiva y pormenorizadamente, dedicándole todo el tiempo que sea necesario, para identificar las alteraciones en el desempeño ocupacional y las condiciones relacionadas con ellas. Esto es así debido a la duración del ingreso, que en ocasiones se extiende durante décadas⁵⁰.

Otra particularidad reside en determinar cómo los problemas derivados de la institucionalización pueden magnificar, complicar, agravar o confundir los síntomas negativos experimentados por el sujeto. Para ello analizaremos cómo la institución, su organización y sus prácticas influyen y condicionan tanto los comportamientos de los internos como de los miembros del equipo que trabajan en ella⁵¹.

En lo que respecta a la intervención de terapia ocupacional, Hemphill y Werner (25) lamentan que con demasiada frecuencia su papel queda reducido a realizar actividades de artesanía, físicas y deportivas, lúdicas y asociadas a festividades, generalmente llevadas a cabo en el interior de los centros. Aunque no rechazamos la realización de estas actividades, limitar nuestra acción únicamente a ellas puede dificultar o impedir que los residentes adquieran y consoliden el desempeño ocupacional necesario para salir del hospital y vivir en comunidad. Teniendo en cuenta las limitaciones de estos recursos, los programas de terapia ocupacional deben evitar la realización de intervenciones que no tengan en cuenta las peculiaridades de cada individuo y su potencial de recuperación.

Es imprescindible que el diseño de los planes de intervención en las ULE se base en una evaluación multidisciplinaria coordinada por el responsable o tutor del caso y que se realicen revisiones periódicas, al menos cada 6 meses. Es necesario insistir en este aspecto porque es fácil caer en la desidia, con actuaciones estereotipadas que no se basan en una evaluación, ni tienen en cuenta los cambios a lo largo del tiempo.

Otro de los factores institucionales que pueden influir en el potencial cambio de los residentes es la *consistencia* de las intervenciones. En las ULE muchos individuos padecen una grave desintegración de la volición, del pensamiento y de la capacidad de acción, lo que hace necesario que los *inputs* que reciban sean específicos y consistentes. Esto requiere un trabajo coordinado de todos los agentes implicados en el cuidado del sujeto, una comunicación fluida y un claro entendimiento de los respectivos roles y acciones de cada uno. Los terapeutas ocupacionales, generalmente minoritarios en los equipos multidisciplinarios, necesitan comunicarse de forma efectiva con el resto del equipo para lograr y mantener un abordaje consistente.

Planificar y coordinar los planes de intervención de terapia ocupacional con el resto del equipo (tanto a corto y medio como a largo plazo), nos permite desplegar una labor profesional más eficaz, mitigando en paralelo la dureza del trabajo en

instituciones residenciales de larga duración.

Como en cualquier otro dispositivo, los programas de intervención de terapia ocupacional en las ULE deben estructurarse gracias a la selección y combinación de diversos tipos, abordajes y técnicas de intervención, que se ajusten a las características singulares de las personas a las que vayan dirigidos. En la [tabla 9.5](#) describimos de forma breve algunos de los espacios terapéuticos, actividades y técnicas que usualmente forman parte de los programas de intervención diseñados en las ULE.

Tabla 9.5 Recomendaciones para el diseño de programas y planes de intervención de terapia ocupacional en unidades de larga estancia

Programas y espacios terapéuticos
<p>Entrenamiento individual para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: su objetivo principal es que los residentes realicen aquellas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que potencien su autonomía personal en las ULE. Además de abordar las actividades asociadas con el cuidado personal, al inscribirse en un contexto residencial estos espacios terapéuticos se articulan con aquellas actividades necesarias para vivir en un domicilio habitual (mantenimiento y cuidado del hogar, preparación de la comida, realización de compras, etc.) y la participación social en el medio. Asimismo, sirven de soporte para la organización del tiempo y estructuran gran parte del régimen de actividades dentro de la institución. Persiguen la adquisición y el mantenimiento del desempeño, el establecimiento de hábitos y rutinas normalizadas y, cuando sea necesario, aportan apoyo para un lograr un desempeño eficaz. Estos espacios terapéuticos pueden complementarse con otros, con objetivos focalizados en la adquisición de destrezas vinculadas a la realización de las actividades de la vida diaria (v. tabla 9.1)</p>
<p>Adaptación del entorno y del desempeño: para lograr la realización eficaz de actividades –especialmente las de autocuidado y mantenimiento del hogar–, se realizan intervenciones centradas en la adaptación del lugar de residencia y de adaptación y modificación del desempeño. El establecimiento de prioridades, elaboración de calendarios, descomponer actividades en pequeños pasos, o simplificar el desempeño, son sólo algunos ejemplos de intervenciones de carácter compensatorio eficaces</p>
<p>Técnicas conductuales y cognitivas: en aquellos casos en los que se evidencien limitaciones en las capacidades, conocimientos y destrezas y/o conductas que interfieran o impidan el desempeño ocupacional (verbigracia: procesamiento cognitivo, atención, memoria, o conductas desadaptativas), se aplican técnicas de orientación cognitiva o conductual, como, por ejemplo, moldeamiento y modelado de la conducta, reforzamiento positivo, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, autoobservación, entrenamiento de destrezas. (Las características de estas técnicas se revisarán con detalle en el capítulo 20)</p>
<p>Entrenamiento en habilidades sociales: para la recuperación, adquisición y mantenimiento de las habilidades sociales implicadas en el desarrollo de roles ocupacionales de la vida en comunidad</p>
<p>Grupos de apoyo o soporte: lugares de encuentro que promuevan el apoyo emocional y la convivencia dentro de la unidad, así como las relaciones interpersonales de los residentes. Estos grupos pueden servir también para organizar las actividades semanales y promover la participación activa de los residentes en la toma de decisiones en la institución, respecto a su organización, horario, programación de actividades. Se complementan con los espacios dedicados a las actividades de apoyo</p>
<p>Actividades físicas y deportivas: con los objetivos prioritarios de recuperar aquellas capacidades psicomotoras que interfieran gravemente con el funcionamiento ocupacional del sujeto, mejorar el estado físico, contrarrestar los efectos secundarios de la medicación, favorecer las relaciones interpersonales y el clima terapéutico, la expresión corporal, el disfrute del cuerpo, generar estilos de vida saludables y el uso saludable y significativo del tiempo. Estos espacios terapéuticos pueden convertirse en vehículos para la organización del tiempo y la expresión de intereses. Utilizaremos tanto los recursos de la institución como de la comunidad, fuera de los márgenes de ella</p>

Asesoramiento vocacional, entrenamiento en destrezas laborales y prelaborales y otros espacios terapéuticos para la inserción laboral: entre las referidas en la literatura podemos reseñar diversas actuaciones en las ULE cuyo objetivo último es la integración sociolaboral:

- Creación y gestión de de cooperativas
- Empleo con apoyo: para el logro de un empleo normalizado, con el soporte o monitorización de un entrenador laboral u otra persona del equipo. Los individuos reciben remuneración y pueden ser empleados a tiempo parcial o completo
- Empleo protegido: el entorno de trabajo está formado por otras personas de las mismas características, dentro o fuera de la institución
- Talleres protegidos: no reciben un sueldo por el trabajo realizado, pero sí obtienen beneficios terapéuticos
- Actividades de entrenamiento vocacional: para adquirir habilidades y formación laboral cualificada. Suele vincularse al INEM o a recursos especializados dentro de la comunidad
- Actividades de orientación vocacional: para el asesoramiento o guía profesional o vocacional
- Coordinación con centros o unidades de rehabilitación laboral, en los que se ofrece formación, evaluación y entrenamiento laboral (revisaremos con detalles los pormenores de las acciones para la integración sociolaboral en el [capítulo 11](#))

Actividades recreativas, lúdicas y de ocio: que favorezcan la interacción social entre los residentes, así como el disfrute y la organización del tiempo libre y de ocio. Estas actividades pueden tener especial relevancia durante los fines de semana, períodos en los que se tiene más tiempo libre y cuando el equipo clínico está menos presente. Además, se puede abordar la exploración de intereses respecto al ocio y asesorar al residente respecto al desempeño de actividades de ocio en la comunidad. La ausencia, en muchos casos, de actividades laborales suele crear en este tipo de pacientes un importante desequilibrio entre las áreas de ocupación. Por esta razón una adecuada intervención que plantee objetivos a largo plazo en lo que respecta a la estructuración y disfrute del tiempo de ocio puede ser muy relevante

Actividades sociales y comunitarias: realizadas y organizadas dentro de la institución (asociadas a festividades o celebraciones), pero también en la comunidad

Clubes de ocio: que pueden ofrecer un contacto social más estructurado en una atmósfera de ayuda y apoyo

Actividades de apoyo

Entrenamiento en relajación y en el manejo del estrés

Asesoramiento para la organización y disfrute del tiempo libre y de ocio

Actividades artísticas y expresivas

ULE: unidades de larga estancia; INEM: Instituto Nacional de Empleo.

Conclusiones

- La reforma psiquiátrica sitúa el eje de la asistencia en salud mental en la comunidad.
- Los CSM son el dispositivo sobre el que gira el nuevo modelo de atención auspiciado por la reforma psiquiátrica. Están diseñados para prevenir la aparición de enfermedades psiquiátricas y para la atención y seguimiento de los individuos que presentan una enfermedad mental grave que residen en la comunidad.
- En los CSM el terapeuta ocupacional diseña y realiza planes de intervención que persiguen tanto la prevención de la enfermedad como el mantenimiento de la población con enfermedad mental grave en la comunidad.
- Las UHB están indicadas para individuos con cuadros agudos. Se centran en la eliminación de los síntomas y la supervisión de las necesidades básicas del individuo.
- El terapeuta ocupacional persigue contener y eliminar los efectos de la sintomatología aguda, utilizando como método terapéutico la realización de actividades significativas.
- El HDD es el dispositivo de hospitalización parcial que mayor implantación ha tenido en España.
- La terapia ocupacional es parte primordial de la intervención en los HDD.
- Las ULE son dispositivos con carácter residencial y/o rehabilitador en los que los individuos residen durante períodos largos o indefinidos. Están indicados para atender a personas con trastornos mentales graves que no pueden residir en la comunidad.
- El terapeuta ocupacional consolida la implantación de programas de carácter rehabilitador en estas instituciones, para lograr la reincorporación del paciente a su comunidad de pertenencia y/o mejorar su calidad de vida dentro de la institución.

Bibliografía

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, n.º 102 (25-4-1986).

Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica. Documento general y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención en Salud Mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 1985:204–222.

Espinosa J. Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico. In: Espinosa J., ed. *Cronicidad en psiquiatría.* 1.ª ed. Madrid: AEN; 1983:15–72.

Rodríguez A., Sobrino T. La evolución de la atención al enfermo mental crónico: la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria, Rodríguez A., ed. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos crónicos, 1.^a ed, Madrid: Alianza, 1997.

Hernández M. La psiquiatría comunitaria. In *En: Imágenes de la Psiquiatría Española. Asociación Mundial de Psiquiatría*, 1.^a ed, Barcelona: Glosa; 2004:585–602.

Bravo M.F., Aparicio D., Cuevas C., Díaz B., Eguiagaray M., Fuente J., et al. *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000. Cuaderno técnico: 4

Durante P., Noya B. *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 1998.

Wheeler N. Working for Patients' and «Caring for People» The Same Philosophy?. *Br J Occup Ther.* 1990;(10):409–414.

Jakley F., Kielhofner G., Barris R., Reichler R.K. The Role Checklist: Development and empirical assessment of reliability. *Occup Ther J Res.* 1986:157–170.

Smith N.R., Kielhofner G., Watts J.H. The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *Am J Occup Ther.* 1986;(4):278–283.

Ley de Regulación de las Transferencias sanitarias desde el Estado a las CCAA. Ley 21/2001 de 27 de Diciembre. Boletín Oficial de Estado, n.º 313 (31-12-2001).

Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, de la Sociedad Española de Psiquiatría y del INSALUD. Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2005.

Mas Hesse J., Azcárate J.C., Famoso P., Figuera D., Moreno A., Suárez T., et al. *Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. Cuaderno técnico: 12

Talavera M.A. Intervención de terapia ocupacional en la unidad de hospitalización psiquiátrica de Ferrol. *Bol Ter Ocup.* 2001:42–48.

Talavera MA. Terapia ocupacional en las unidades de hospitalización breve. El encuentro de las ocupaciones. INTERPSIQUIS 2004.

[Terapia-Ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com). El portal en español de Terapia Ocupacional [sede web]. Madrid: [acceso 10 de enero de 2011]. Talavera MA. Terapia ocupacional en las unidades de hospitalización breve. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_unidades_hospitalizacion_breve.shtml

Terapia Ocupacional.com. El portal en español de Terapia Ocupacional [sede web].

Madrid: [acceso 03 de enero de 2011]. Talavera MA. Terapia Ocupacional. La ocupación en las unidades de hospitalización psiquiátricas. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Unidades_Hospitalizacion_Psiquiatrica_TO.shtml

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*, 1.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1990.

Creek J. *Occupational therapy and mental health*, 2.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*, 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Hawkes R., Johnstone V., Yarwood L. Acute psychiatry. In: Creek J., ed. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008:303–409.

Goffman I. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, 1.^a ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1961.

Early M.B. *Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant*, 1.^a ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2009.

Garlito P.A., Moruno P. Actividades de la vida diaria en salud mental. In: Moruno P., Romero D.M. *Actividades de la vida diaria*. 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2006:219–261.

Hemphill B.J., Werner P.C. A role for occupational therapy in the state hospital. *Occup Ther Mental Health*. 1990:85–99.

Autoevaluación capítulo 9

1. ¿Cuáles son los principios rectores de la reforma psiquiátrica en España?:
 - a. Integración de la asistencia psiquiátrica y a la salud mental, en la red de salud general.
 - b. Transformación de los hospitales psiquiátricos, propiciando la desinstitucionalización de los pacientes internados mediante programas adecuados de rehabilitación y reinserción social.
 - c. Reducción de las necesidades de hospitalización y de la duración de la misma, para evitar sus consecuencias negativas añadidas.
 - d. Potenciar programas de rehabilitación para enfermo mental: articulando una adecuada red de recursos de atención, rehabilitación, alojamiento y soporte comunitario que permita la desinstitucionalización y el mantenimiento e integración del enfermo mental crónico en la comunidad.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. La transformación del hospital psiquiátrico constituyó uno de los ejes alrededor de los que se articuló la reforma psiquiátrica. Según los principios de dicha reforma, éste debía transformarse potenciando sus actividades rehabilitadoras y avanzando hacia su paulatina sustitución por alternativas comunitarias. El número de camas y de ingresos de larga duración debía reducirse y la hospitalización, cuando fuese necesaria, debía realizarse en unidades especializadas en hospitales generales. Esquemáticamente, los principios rectores sobre los que se apoya la reforma son los siguientes:

- Integración de la asistencia psiquiátrica y a la salud mental en la red de salud general.
- Transformación de los hospitales psiquiátricos: propiciando la desinstitucionalización de los pacientes internados mediante programas adecuados de rehabilitación y reinserción social.
- Reducción de las necesidades de hospitalización y de la duración de ésta, para evitar sus consecuencias negativas añadidas.
- Nuevo modelo de atención a la salud mental: basado en la comunidad, cuyo objetivo general es atender las necesidades y problemas de salud mental y, en particular, las del enfermo mental crónico en su propio entorno social y familiar.
- Los servicios de salud mental (SSM) se sitúan en el segundo nivel de atención (atención especializada), si bien en conexión con los de atención primaria y los servicios sociales.
- Potenciar programas de rehabilitación para enfermo mental: articulando una

adecuada red de recursos de atención, rehabilitación, alojamiento y soporte comunitario que permita la desinstitucionalización y el mantenimiento e integración del enfermo mental crónico en la comunidad.

- Los nuevos servicios estarán orientados hacia la comunidad con el propósito de generar alternativas al hospital psiquiátrico.
- Creación de sistemas de evaluación y registro: enfatizando la necesidad de coordinación nacional del proceso de reforma.
- Mejora, reciclaje y adecuada formación de los profesionales de salud mental.

2. ¿Cuáles son los objetivos de terapia ocupacional en los centros de salud mental (CSM)?

- a. Generar oportunidades para que un sujeto, de la forma más normalizada posible, forme parte activa de su comunidad, mediante el desarrollo de actividades significativas.
- b. Contención y eliminación de la sintomatología aguda, que favorezca la elaboración de la crisis y la normalización o estabilización de los pacientes en el plazo mínimo posible.
- c. Adquisición o recuperación de las destrezas asociadas con el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas (higiene, aseo, alimentación, vestido, medicación, etc.) e instrumentales (desplazamiento, mantenimiento del hogar, cuidado de la ropa, cocina, etc.), en aquellos casos en que no hayan sido adquiridas o se hayan visto alteradas por la enfermedad.
- d. Sólo a y b son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *a*. El objetivo último de los programas de terapia ocupacional en los CSM es generar oportunidades para que aquellos individuos con enfermedades mentales o en riesgo de padecerlas formen parte activa de su comunidad, de la forma más normalizada posible, mediante el desarrollo de actividades significativas. Perseguimos crear situaciones que posibiliten el desarrollo de dichas actividades, haciendo uso de los recursos disponibles en la comunidad. Los objetivos generales de los programas de terapia ocupacional pueden agruparse en dos grandes categorías, de acuerdo con los grupos de población citados anteriormente: los que persiguen la prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental en la población de riesgo y los que se centran en la rehabilitación, mantenimiento y soporte del enfermo mental grave en su comunidad de pertenencia. Dado el amplio abanico de edad de la población susceptible de recibir tratamiento y la variedad de problemas que pueden presentarse, los objetivos que describimos a continuación deben contemplarse como una guía que oriente las líneas directrices nuestra intervención, en ningún caso objetivos estándar que den lugar a programas rígidos y estereotipados. Siempre será necesario e ineludible realizar una evaluación individualizada que

permita identificar los problemas en el desempeño de cada caso abordado para planificar el tratamiento.

3. ¿Cuál es el perfil ocupacional de las personas atendidas en un hospital de día (HDD)?

- a. Personas con patología mental grave, en una franja de edad comprendida entre los 18 y los 20 años.
- b. Sujetos que acaban de presentar un primer episodio de la enfermedad, sin ingresos psiquiátricos previos, con una red de apoyo social y familiar amplia, que no han sufrido un deterioro en sus vínculos sociales, afectivos y familiares, ni una ruptura en las actividades académicas o laborales y otras esferas de actividad (actividades de autocuidado, automantenimiento, lúdicas o de ocio y de participación social). Asimismo, presentan déficits en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.
- c. Sujetos con episodios recurrentes, ingresos psiquiátricos previos y una historia de enfermedad más prolongada, con una escasa red de apoyo social y familiar que suele ser consecuencia del deterioro progresivo de los vínculos sociales, afectivos y familiares y en los que la enfermedad ha producido una ruptura en las actividades académicas o laborales, así como en la adquisición y mantenimiento de otras actividades propias del sujeto (autocuidado, automantenimiento, lúdicas y de ocio y de participación social). Con cierta frecuencia estos individuos presentan un mayor o menor grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.
- d. Personas con patología mental grave, en una franja de edad comprendida entre los 45 y los 60 años.
- e. Sólo b y c son correctas.

Correcta: *e*. Basándonos en nuestra experiencia clínica en HDD, podemos afirmar que en estos dispositivos es poco frecuente encontrar una población homogénea. Junto a esta peculiaridad debemos señalar, asimismo, otra que quizá tiene mayor relevancia para el trabajo del terapeuta ocupacional: la diversidad, no únicamente clínica, sino también en lo que respecta a los aspectos sociales, familiares y, específicamente, ocupacionales. En nuestra práctica hemos podido constatar que pueden diferenciarse dos perfiles genéricos entre la población atendida en un HDD:

- Sujetos que acaban de presentar un primer episodio de la enfermedad, sin ingresos psiquiátricos previos, con una red de apoyo social y familiar amplia, que no han sufrido un deterioro en sus vínculos sociales, afectivos y familiares, ni una ruptura en las actividades académicas o laborales y otras esferas de actividad (actividades de autocuidado, automantenimiento, lúdicas o de ocio y de participación social). Asimismo, presentan déficits en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.

- Sujetos con episodios recurrentes, ingresos psiquiátricos previos y una historia de enfermedad más prolongada, con una escasa red de apoyo social y familiar que suele ser consecuencia del deterioro progresivo de los vínculos sociales, afectivos y familiares y en los que la enfermedad ha producido una ruptura en las actividades académicas o laborales, así como en la adquisición y mantenimiento de otras actividades propias del sujeto (autocuidado, automantenimiento, lúdicas y de ocio y de participación social). Con cierta frecuencia estos individuos presentan un mayor o menor grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.
 - Factores de carácter coyuntural o singulares de cada HDD (verbigracia: por su ubicación en el territorio, tipo de derivaciones más frecuentes, etc.) determinan que predomine o no uno u otro de los perfiles que acabamos de describir. En consecuencia, las alteraciones en el desempeño ocupacional características de la población abordada en HDD pueden oscilar entre las que presentan los sujetos con cuadros clínicos agudos y subagudos y aquellos estabilizados con problemas secundarios al padecimiento de una enfermedad mental.
 - Los objetivos y el diseño del programa de intervención de terapia ocupacional de un HDD deben ser sensibles a este fenómeno y lo suficientemente flexibles como para adecuarse a las necesidades de la población atendida en cada momento.
4. ¿Cuáles son las características de las unidades de hospitalización breve (UHB)?
- a. Dispositivo hospitalario para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas.
 - b. Dispositivo hospitalario para tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento de corta duración que está indicado en el tratamiento de procesos agudos, recaídas o reagudizaciones de un trastorno mental previo de larga duración.
 - c. Dispositivo hospitalario para tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento de corta duración que está indicado en el tratamiento de procesos agudos.
 - d. Dispositivo hospitalario para tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento de corta duración que está indicado en el tratamiento de procesos agudos, recaídas o reagudizaciones de un trastorno mental previo de larga duración; en el comienzo de la enfermedad para la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. En salud mental los cuadros agudos se caracterizan por constituir problemas graves que implican un alto riesgo para la integridad del individuo. En estos casos el ingreso hospitalario se hace necesario, especialmente si existen un

riesgo potencial de que el sujeto pueda infringir algún daño, tanto a sí mismo como a las personas que lo rodean; dificultades para mantener las actividades vinculadas al autocuidado y automantenimiento, o problemas con la medicación. Las UHB están diseñadas para el tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento de corta duración de personas aquejadas de procesos agudos, recaídas o reagudizaciones de un trastorno mental previo de larga duración, en el comienzo de la enfermedad para la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas.

Las UHB suelen tener alrededor de 20 camas y suelen estar situadas en el seno de los hospitales generales o psiquiátricos. Normalmente, admiten una amplia variedad de diagnósticos, aunque es posible también encontrar unidades con un solo tipo de patología específica. Con frecuencia, aunque pueden variar mucho sus características dependiendo del edificio en el que se ubique la unidad, las habitaciones y las salas son espacios comunes o compartidos que condicionan la privacidad de los sujetos ingresados, al igual que las medidas de vigilancia y seguridad que persiguen preservar la integridad de los residentes.

5. ¿Cuáles son los objetivos de terapia ocupacional en las unidades de larga estancia (ULE)?:

- a. El objetivo general de cualquier programa de terapia ocupacional en una ULE es proporcionar al sujeto atendido la oportunidad de desempeñar actividades personal y culturalmente significativas, promoviendo su capacidad de elección y teniendo como horizonte último su incorporación a la comunidad.
- b. El objetivo general de cualquier programa de terapia ocupacional en una ULE es proporcionar al sujeto atendido la oportunidad de desempeñar actividades personal y culturalmente significativas, inhibiendo su comportamiento desadaptado y tutelando su nivel de actividad, teniendo como horizonte último su incorporación a la comunidad.
- c. El objetivo general de cualquier programa de terapia ocupacional en una ULE es proporcionar al sujeto atendido la oportunidad de desempeñar actividades personal y culturalmente significativas, previniendo el desarrollo de una enfermedad mental.
- d. El objetivo general de cualquier programa de terapia ocupacional en una ULE es proporcionar al sujeto custodia y amparo.
- e. Sólo a y b son correctas.

Correcta: *a*. El objetivo general de cualquier programa de terapia ocupacional en las ULE es proporcionar al sujeto la oportunidad de desempeñar actividades personal y culturalmente significativas, promoviendo su capacidad de elección y teniendo como horizonte último su incorporación a la comunidad. Nuestra labor profesional debe centrarse en la rehabilitación de los residentes, con el objetivo último de que alcancen una vida independiente y mejoren su calidad de vida. Decimos esto, a pesar

de que pueda parecer obvio, porque estas instituciones en algunas ocasiones mantienen una concepción de la enfermedad mental alejada de los principios auspiciados por la reforma psiquiátrica, heredando prácticas obsoletas y estigmatizantes. Como describimos antes, la influencia de la institución sobre los residentes nos parece de capital importancia. Pensamos que en este contexto no podemos hacer recaer el acento de nuestra intervención únicamente en las destrezas o habilidades que posee el individuo para lograr un desempeño ocupacional que le permita la vida en comunidad, sin tener en cuenta las posibilidades de acción del sujeto en su medio. Dicho de otra forma, no podemos concebir el desempeño ocupacional sin considerar el medio habitual en que se pone en juego. Trataremos de ilustrar esta idea con un ejemplo que, desgraciadamente, se da con frecuencia. Si tenemos éxito, por medio de diferentes programas podemos lograr que un paciente adquiera las destrezas asociadas con el desempeño de determinadas actividades de la vida diaria; verbigracia, hacer la cama o limpiar su habitación. Sin embargo, adquirirlas no asegura que pueda realizar tal actividad realmente dentro de la institución, si el equipo de auxiliares se ocupa de este cometido. En estas circunstancias podemos confundir el verdadero sentido de la intervención, puesto que las dificultades para la autonomía personal no dependen de las capacidades y habilidades del paciente, sino de la organización institucional. Por tanto, analizar las características de la institución e introducir cambios que favorezcan la consecución de la autonomía de los residentes, incorporando mecanismos para adaptar la organización a las necesidades cambiantes de los individuos, constituyen estrategias de intervención indispensables. A nuestro modo de entender, la independencia de un sujeto no reside únicamente en las destrezas que posea, sino también en la capacidad de adaptación y cambio de la propia institución.

- ¹ También reflexionaremos sobre su desarrollo e implantación, desde su origen hasta el momento actual.
- ² En la actualidad, todas las CCAA tienen un plan de salud mental vigente. La mayoría comenzaron el diseño de dichos planes en la década de 1990, renovándolos con diferente periodicidad.
- ³ Por citar sólo un ejemplo: ni en la legislación ni en la normativa estatal o autonómica se definió con claridad la responsabilidad (entre la administración sanitaria y la de asuntos sociales) sobre los programas de rehabilitación e inserción de pacientes crónicos y sobre la red de cuidados intermedios. En la práctica, estos aspectos cruciales del modelo comunitario han tenido un desarrollo muy precario.
- ⁴ Para revisar el desarrollo de la reforma psiquiátrica recomendamos consultar los documentos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, editados con el título de *Cuadernos Técnicos*. También se podrá obtener más información en el portal web asociado con este capítulo.

- ⁵ Debemos señalar que la permanencia de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos era en muchos casos muy prolongada, cuando no de por vida, situación que, entre otros aspectos, generó la reforma psiquiátrica.
- ⁶ Para profundizar en los aspectos centrales de la reforma psiquiátrica, véase Rodríguez y Sobrino, 1997 (4).
- ⁷ Después de la Segunda Guerra Mundial, en diversos países europeos y de Norteamérica hubo una corriente crítica hacia los excesos de la práctica psiquiátrica tradicional: las reformas de la asistencia psiquiátrica en Francia, a partir de la década de 1950, con la aparición de la idea de psiquiatría de sector; las ideas de Maxwell Jones sobre la «comunidad terapéutica», en Inglaterra; la eficacia de las intervenciones en crisis en situaciones bélicas, las experiencias de Bion con grupos y los cambios en la legislación de los Estados Unidos durante la presidencia de Kennedy, en 1963, son algunas de las experiencias pioneras más citadas en la literatura como origen de lo que se vino a denominar la *reforma psiquiátrica*.
- ⁸ Los primeros intentos de reforma hacia la desinstitucionalización y el modelo comunitario, en la década de 1960, tuvieron una importante connotación política y chocaron frontalmente con el poder establecido, que respondió con fuertes medidas represivas.
- ⁹ La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, además, propone unos instrumentos para la toma de decisiones que corresponderán asumir conjuntamente al Estado y CCAA. Dichos instrumentos los cataloga como órganos especializados e incluye entre ellos el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Define éste como órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo que proporcionará un «análisis permanente del sistema nacional de la salud en su conjunto mediante estudios comparados de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en el ámbito de la organización, provisión de servicios, gestión sanitaria y resultados». (Cap. VI: de la Calidad, sección 2, art. 63). El Observatorio se creó el 29 de agosto de 2003 (RD 1087/2003, de 29 de agosto). Es un órgano dependiente de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ¹⁰ Nuevamente insistimos en el hecho de que cada CCAA ha gestionado sus recursos de forma independiente del resto, aun siguiendo la misma estrategia general recogida en el Plan de Salud Mental Nacional. Esta situación ha dado lugar a que el nombre de los recursos varíe, incluso ciertas funciones y objetivos. Para evitar confusiones en la terminología, los autores de este capítulo hemos optado por seguir las recomendaciones de la AEN. Para profundizar en este análisis se recomienda la lectura de los documentos: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria-Subcomisión de Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud. Atención a la salud mental organización en las Comunidades Autónomas. Madrid: Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad; 2009. Asociación Española de Neuropsiquiatría. El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en

España a Diciembre de 2003. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2004. Cuaderno Técnico: 7.

- 11 Con diferentes niveles de desarrollo, están presentes en la mayor parte de los planes de salud mental de las CCAA, algunos incluyen entre sus funciones la atención a personas que padecen alcoholismo y/o toxicomanías.
- 12 También definidos como trastorno mental severo (TMS). Para ampliar información recomendamos acceder al portal web de este capítulo.
- 13 En este caso, se incluye este objetivo dentro de este dispositivo, no sin mencionar que los autores somos conscientes de que la intervención con personas con TMG no sólo se circunscribe a un dispositivo concreto. Esta intervención es longitudinal a lo largo de la evolución no sólo del cuadro, sino también de la edad de la persona con diagnóstico de TMG. Por ese motivo, recomendamos la lectura del documento: Grupo de trabajo de la AEN (GTR-AEN) sobre Rehabilitación Psicosocial. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002. Cuaderno Técnico: 6.
- 14 En Inglaterra una forma habitual de intervención de los terapeutas ocupacionales en la comunidad es participando en equipos comunitarios, que proveen sus intervenciones por medio de sesiones individuales y/o programas llevados a cabo en las diferentes instituciones o servicios coordinados con los CSM (v. Wheeler) (8). Así, los terapeutas llevan a cabo sesiones de tratamiento en centros dependientes de los CSM y también utilizando otros recursos comunitarios a los que los pacientes pueden ser remitidos.
- 15 Por otra parte, sería importante también la inclusión en el protocolo del niño sano de aspectos evolutivos del desarrollo psíquico que deben ser vigilados en los controles pautados.
- 16 Las características clínicas y las alteraciones en el desempeño asociadas con los trastornos mentales crónicos las analizamos con más detalle en el apartado «Terapia ocupacional en unidades de larga estancia».
- 17 Aunque debemos advertir que en España, numerosas CCAA han desarrollado dispositivos específicos para la atención de la población infanto-juvenil. Las unidades de salud mental infanto-juvenil son el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y la intervención con menores de edad con problemas de salud mental.
- 18 Cada CCAA desarrolla planes específicos de salud mental para niños y adolescentes. Así, cada una presenta un distinto grado de cobertura en diferentes niveles de asistencia: Castilla-La Mancha, Cataluña, Asturias, Valencia, Aragón y Murcia (en un segundo nivel asistencial); Andalucía (en un tercer nivel asistencial) y otras autonomías que tienen organizada la atención dentro de un plan general de salud mental, con programas específicos de atención dentro de los CSM (País Vasco, Extremadura, Galicia, y Madrid). Por último, Canarias está en fase de organización, Navarra, en estudio de un plan específico, y

pendientes de organizar y planificar Cantabria, Baleares y La Rioja.

- 19 Para ampliar información sobre el proceso de recogida de datos se recomienda la lectura del [capítulo 5](#) y las tablas dedicadas a las herramientas de evaluación ocupacional desglosadas por áreas de desempeño del Apéndice sobre el Documento del Marco para la práctica de la Terapia Ocupacional (2008), que podrá encontrar en la plataforma web.
- 20 Cuando sea necesario, debemos informar a los trabajadores sociales para que evalúen tales necesidades exhaustivamente.
- 21 Los programas de atención a las urgencias y de psiquiatría de enlace son propios de otras disciplinas, por lo que no pasaremos a desarrollarlos en este documento. Para obtener más información sobre ellos, proponemos la lectura de: Bravo MF, Aparicio D, Cuevas C, Díaz B, Eguiagaray M, Fuente J, et al. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000. Cuaderno técnico: 4.
- 22 Con una amplia diversidad respecto a las infraestructuras; desde edificios separados de centros de salud a plantas ubicadas en hospitales.
- 23 En España, las funciones teóricamente asignadas a los centros de día han sido asumidas en muchas CCAA por los centros de rehabilitación psicosocial. Para ampliar la información respecto a los centros de día, remitimos al lector a Moruno P. Terapia ocupacional en programas de hospitalización parcial. En: Durante P, Noya B (eds.). Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica. 1.ª ed. Masson: Barcelona; 1998. p.143-59.
- 24 Se entiende por *tratamiento activo* la aplicación de todas aquellas técnicas y procedimientos terapéuticos que los avances científicos y la experiencia clínica han demostrado efectivos para el alivio, mejoría o curación de procesos psicopatológicos.
- 25 Se entiende por *régimen de día* la asistencia prestada durante la jornada diurna, lo que supone, al menos, una cobertura temporal de 8 horas semanales.
- 26 Puede ser considerado por tanto como un instrumento de prevención secundaria.
- 27 La hospitalización parcial para niños y adolescentes (hasta los 18 años) está sin resolver en la mayoría de la CCAA. Existen grandes disparidades entre ellas. De todas formas en aquellas que existe este recurso es el más adecuado para niños y adolescentes que presentan una patología grave y no pueden seguir una escolarización normalizada. Se realizan diferentes intervenciones, fundamentalmente psicoterapéuticas, con los pacientes y sus familias, incluyendo también actividades educativas y psicopedagógicas para que los sujetos retomen su escolarización. En cuanto a sus funciones y procedimientos son similares a los recogidos en el HDD de adultos, adaptadas a las peculiaridades de esta población. En general se recomienda que los HDD para Niños y Adolescentes tengan una estructura y funcionamiento adaptado a tres grupos de edad: menos de 7 años; entre 7 y 13 años y más de 13 años.

- ²⁸ En algunas CCAA existen HDD monográficos, en los que se atiende a población con patologías específicas. Así, entre ellos, encontramos HDD exclusivamente dedicados a la atención de trastornos de la conducta alimentaria, a trastornos límites de la personalidad y a trastornos psicóticos (en Madrid) e, incluso, alguno destinado a la intervención de pacientes con toxicomanías o alcoholismo (en Álava).
- ²⁹ La Asociación Española de Neuropsiquiatría, en la elaboración de su cuaderno técnico número 12, destaca, entre otros datos, que existe cierta dificultad a la hora de definir y nombrar los programas y atribuciones de los HDD, ya que coexisten diferentes interpretaciones al definir cuándo se considera que un paciente está en seguimiento en un HDD (en estos centros se hacen intervenciones tan dispares como rehabilitación o intervenciones ambulatorias intensivas, que deben diferenciarse del tratamiento de HDD propiamente dicho).
- ³⁰ Sin duda, la ausencia de recursos para la atención del enfermo mental ha contribuido a aumentar la heterogeneidad de la población atendida en este tipo de instituciones, puesto que en muchas ocasiones son admitidos pacientes que por sus características podrían obtener un beneficio mayor en otros recursos especializados, pero que recalcan en un HDD frente a la falta de disponibilidad de otros dispositivos.
- ³¹ Si bien es cierto que es muy aventurado obtener conclusiones relevantes a partir de una experiencia concreta, creemos que ésta puede ser de utilidad para aquellos terapeutas que se enfrenten a problemas similares.
- ³² Recordamos una vez más que para conocer en detalle el proceso de planificación e intervención de terapia ocupacional se recomienda la lectura del [capítulo 6](#).
- ³³ También podemos encontrar un ejemplo concreto que nos oriente a la hora de diseñar un programa de intervención de terapia ocupacional en: Moruno P. Terapia ocupacional en programas de hospitalización parcial. En: Durante P, Noya B (eds.). Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. 1.^a ed. Barcelona: Masson; 1998.
- ³⁴ De igual forma que en el caso de la hospitalización parcial, la hospitalización de niños y adolescentes con cuadros agudos está aún sin resolver. Ésta es, sin duda, la principal carencia de la red de atención a las personas con enfermedad mental en España. Existen grandes dificultades para ingresar a niños con problemas de salud mental en unidades de pediatría, en las que no existe asignación de camas. El desarrollo de unidades específicas para niños y adolescentes es prácticamente inexistente. Esta circunstancia es especialmente grave en el caso de los adolescentes en los que, en general, la patología grave suele acompañarse de trastornos de conducta, lo que hace imposible su abordaje en unidades pediátricas y, asimismo, resultan totalmente inadecuadas como medio terapéutico las UHB de adultos. En la actualidad, el ingreso se realiza en muchas ocasiones en UHB; para que esto sea posible, se requiere la autorización expresa de los padres y una autorización judicial que ordene el internamiento en estas unidades.

- ³⁵ Cada CCAA ha regulado de manera diferente estos dispositivos, por lo que sus características generales varían de forma amplia. Para conocer con más detalle tales características, recomendamos la lectura de: Asociación Española de Neuropsiquiatría. El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en España a Diciembre de 2003. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2004. Cuaderno técnico: 7.
- ³⁶ El hincapié en la contención o desaparición de los síntomas dificulta o condiciona el trabajo del terapeuta ocupacional y aumenta su frustración, dado que, ante la brevedad del período de internamiento, es más difícil abordar las alteraciones en el desempeño ocupacional del sujeto tratado.
- ³⁷ En particular, con los HDD y las unidades de larga estancia y con distintos recursos sociales destinados a la atención de los enfermos mentales y de la población en general (instancias judiciales, recursos para el menor o la mujer u otros agentes sociales).
- ³⁸ Para ampliar información recomendamos la lectura del [capítulo 3](#) de este libro.
- ³⁹ Para revisar con mayor profundidad los efectos en el desempeño de los cuadros psiquiátricos agudos consúltese: Cantero PA, Moruno P. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Moruno P, Romero D (eds.). Actividades de la vida diaria. 1.ª ed. Barcelona: Masson; 2006, y Bonder B. Psychopathology and function. 1.ª ed. Slack: Thorofare; 2004.
- ⁴⁰ Para concretar cuáles son las variables que tendremos que explorar, véase el documento vinculado a la página web sobre el *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional*.
- ⁴¹ Basándonos en nuestra experiencia nos gustaría introducir una reflexión sobre el proceso de intervención en este tipo de unidades. El manejo de grupos tan heterogéneos de personas ingresadas (respecto a su edad, diagnóstico y sintomatología) dificulta en gran medida la gestión de nuestro trabajo. Cuando éste se ve abocado a basarse en intervenciones prioritariamente grupales, es complicado desarrollar planes de intervención que planteen objetivos y técnicas individuales. La selección adecuada de diferentes tipos y abordajes de intervención, adecuados a las características de la población (v. [cap. 6.](#)), facilitará en gran medida nuestro quehacer profesional.
- ⁴² Bajo este título incluimos aquellos dispositivos con diversas denominaciones, dependiendo de la CCAA en que se ubiquen: comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación, por ejemplo. El nombre que los designa no siempre se corresponde con la realidad de sus intervenciones. Son muchas la CCAA que disponen de ellos y, en ciertos casos, encubren una atención residual de índole manicomial ante la ausencia de programas rehabilitadores.
- ⁴³ Cuando examinamos estos efectos de la institucionalización podemos identificar sus similitudes con algunos de los síntomas negativos de la esquizofrenia, lo que dificulta su diferenciación.
- ⁴⁴ Incluso, en algunas ocasiones, podemos encontrar también entre la población

demencias, deficiencia mental, alteraciones congénitas o hereditarias.

- 45 Uno de los diagnósticos más comunes entre la población con trastornos mentales graves, persistentes y duraderos.
- 46 Para una revisión más detallada, véase Cantero PA, Moruno P. Actividades de la vida diaria en salud mental. En: Moruno P, Romero D (eds.). Actividades de la vida diaria. 1.ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- 47 Especialmente llamativo en algunas personas que residen en hospitales psiquiátricos y regresan a la comunidad.
- 48 El quid de la cuestión es determinar si la institución está abierta a analizar y replantearse su forma de concebir la enfermedad mental y las prácticas asociadas a esta concepción. Se trata, al fin y al cabo, de un proceso de cambio en el que las necesidades de los residentes dirijan las prácticas institucionales, con el objetivo último de apoyar y sostener su desarrollo personal e independencia. Si se diesen las condiciones de posibilidad para emprender tal cambio, el trabajo del terapeuta ocupacional incorporaría labores de cooperación y coordinación con otros profesionales, para desarrollar estrategias que apunten a la transformación de la institución que, entre otras cosas, renueve el estilo organizativo, actualice la formación y cualificación de su personal y modernice los programas de intervención. De esta forma, la realización de programas grupales e individuales con los pacientes constituiría sólo una parte del trabajo dedicado a conseguir el objetivo de recuperar la salud mental de los residentes.
- 49 Es necesario que los resultados de la evaluación inicial nos confirmen en cada caso la presencia de tales déficits, diferenciándolos de otros aspectos que también pueden influir en las alteraciones en el desempeño que presenta cada sujeto evaluado.
- 50 Hemos conocido casos en los que la relación terapéutica se ha extendido a lo largo de cuatro décadas.
- 51 No podemos olvidar que Goffman apuntaba la tendencia de la práctica institucional para introducir en primer lugar las necesidades de los profesionales en vez de las de los residentes.

Terapia ocupacional en recursos sociocomunitarios

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Centros de rehabilitación psicosocial

Características

Objetivos y funciones

Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial

Introducción

Perfil de la población

Objetivos de terapia ocupacional

Pautas de intervención

Centros residenciales

Introducción

Características y objetivos

Terapia ocupacional en minirresidencias

Población

Objetivos de terapia ocupacional

Pautas de intervención

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Identificar las características básicas de los centros de rehabilitación psicosocial y de los centros residenciales.
- Identificar el perfil de las personas que acuden a los centros de rehabilitación psicosocial y a los centros residenciales y los objetivos a alcanzar durante la

intervención. Analizar las implicaciones de estas particularidades en la práctica del terapeuta ocupacional.

- Describir cómo se organizan la evaluación y la intervención de terapia ocupacional en los dispositivos de asistencia sociocomunitaria.
- Establecer los objetivos de los planes de intervención de terapia ocupacional en estos dispositivos.

Introducción

Los recursos sociocomunitarios para la atención de personas que presentan una enfermedad mental tienen como cometido principal responder a las necesidades de rehabilitación y atención residencial de las personas que, tras haber recorrido diversos itinerarios para la mejora de sus problemas mentales, residen en su comunidad. Se ubican en el contexto comunitario, lo que indica la principal diferencia con los recursos especializados que hemos descrito en el capítulo anterior.

En su mayoría dependen de la financiación de las Comunidades Autónomas (CCAA), aunque es muy frecuente que sean gestionados por empresas de servicios, fundaciones, asociaciones de familiares u otros organismos, contando con fondos europeos, autonómicos o municipales, subvenciones o capital privado, etc. Esta situación genera numerosas dificultades y desigualdades, dependiendo de la autonomía en que se encuentre el dispositivo. Entre las más importantes podemos señalar la falta de coherencia y uniformidad en la programación y dirección de las instituciones en ocasiones supeditada a las singularidades, cuando no al capricho de las entidades que las gestionan, la ausencia de planificación y continuidad en sus actuaciones e, incluso, la consolidación de los servicios que ofertan, sujetos a los vaivenes económicos, lo que puede poner en peligro su viabilidad.

En la actualidad los dispositivos de *rehabilitación y residenciales* son el mayor exponente de los nuevos recursos, diseñados a partir de la reforma psiquiátrica, destinados a atender a aquellas personas aquejadas de trastornos mentales graves a lo largo de la evolución de su enfermedad.

En España, los dispositivos consagrados a la rehabilitación son primordialmente los centros de rehabilitación psicosocial (de aquí en adelante, CRPS) y los centros de rehabilitación laboral (en adelante, CRL)¹. Los centros dedicados a responder a las necesidades residenciales son, principalmente, las minirresidencias, los pisos protegidos y las unidades residenciales.

En los contenidos de este capítulo examinaremos con detalle sus particularidades, así como la labor de los terapeutas ocupacionales que trabajan en ellos. Comenzaremos por los CRPS.

Centros de rehabilitación psicosocial

Características

Los CRPS son dispositivos ambulatorios de atención a adultos con enfermedades mentales graves que presentan deterioro, déficit o discapacidades, como consecuencia de su enfermedad. Su objetivo general es recuperar, tanto como sea posible, la autonomía personal, social y laboral de las personas atendidas y promover su integración social, además de apoyar a las familias y allegados (1). Sus acciones se centran, por tanto, en tres ámbitos: el individuo, la familia y allegados y la comunidad.

Apoyándose en los principios de la rehabilitación psicosocial (v. capítulo 4), su propósito es paliar, minimizar y recuperar aquellos déficits y discapacidades que se producen en las personas afectadas por enfermedades mentales graves y de carácter crónico, acrecentando en paralelo las capacidades y destrezas que mejoren su calidad de vida y promuevan su mantenimiento e integración en la comunidad. Todo ello gracias a programas individualizados de rehabilitación de las capacidades cognitivas, de las habilidades psicosociales y laborales básicas y acciones psicoeducativas. También llevan a cabo programas de apoyo y asesoramiento a las familias y a la integración comunitaria del enfermo mental crónico.

Estos dispositivos pueden incluirse en la tipología general de centros de día², cuya función es facilitar los procesos de rehabilitación y ofertar el apoyo necesario para una adecuada integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente³.

Podemos ampliar esta definición detallando las características de los CRPS (3):

- Deben insertarse en el tejido de la comunidad: dado que su función implica facilitar la utilización de todos los recursos sociocomunitarios del entorno, no pueden ubicarse aislados o alejados de los lugares comunes de convivencia, lo que dificultaría la consecución de sus propósitos.
- No están diseñados «hacia adentro»: su objetivo final no es que las personas acudan a sus instalaciones, sino la integración, por lo que deben externalizar al máximo sus actuaciones y sus actividades.
- Forman parte de la red de atención sanitaria y social a la salud mental: por tanto, es imprescindible su coordinación con el resto de dispositivos y recursos que intervienen en la atención de las personas que presentan una enfermedad mental.
- No deben concebirse como lugares para suministrar prestaciones, sean éstas económicas o de cualquier otra índole, sino como un elemento activador de los medios necesarios para la integración del individuo en su comunidad de pertenencia.

Dotados de equipos pluridisciplinarios –compuestos usualmente por psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores o monitores y personal administrativo – , los CRPS cuentan aproximadamente con 35 a 40 plazas asistenciales a tiempo completo, aunque puede ser mayor el número de sujetos que asistan a tiempo parcial, en función de cada plan individualizado de rehabilitación.

Asiduamente, la derivación de un individuo tiene lugar desde los centros de salud mental (CSM) y otros recursos especializados (unidad de hospitalización breve [UHB]; hospital de día [HDD]; unidad de larga estancia [ULE])⁴.

La horquilla de edad de la población se encuentra comprendida entre los 18 y los 65 años y se consideran criterios de exclusión la presencia de patrones de comportamiento agresivo –tanto para el propio sujeto como para aquellos que le rodean – , no padecer problemas graves de alcoholismo u otras toxicomanías –que entorpezcan gravemente el proceso de rehabilitación – , ni tener trastornos orgánicos que afecten al sistema nervioso central. Es posible encontrar entre la población tratada personas con un diagnóstico secundario de consumo de tóxicos, siempre que sigan un tratamiento médico especializado para abordar estos problemas. Además, se recomienda que el sujeto presente un cuadro psicopatológico estabilizado, de tal forma que pueda participar sin dificultades en los programas del centro.

Objetivos y funciones

A grandes rasgos, los objetivos genéricos de los CRPS son los siguientes (4):

- Favorecer y potenciar el mantenimiento e integración de las personas con trastornos mentales graves en su comunidad de pertenencia.
- Evitar la marginación y/o la institucionalización de los que viven en la comunidad.
- Posibilitar la reinserción social de personas que, por sus características, se encuentren institucionalizados.

Estas metas se alcanzan por medio de diferentes intervenciones. Las más comunes persiguen la adquisición o consolidación del desempeño de roles sociales normalizados; aportar apoyo y soporte social para prevenir o reducir el deterioro de la participación social; evitar la marginación y/o institucionalización y asegurar la continuidad de cuidados para que el individuo viva en su comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso. En consecuencia, los CRPS incluyen entre sus cometidos la instauración de programas individuales de rehabilitación y reinserción, de actividad funcional y de intervención comunitaria.

Los objetivos generales citados, compartidos por la totalidad de los componentes del equipo clínico, se despliegan para cada individuo en los siguientes objetivos específicos (4):

- Favorecer la recuperación o adquisición de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida.
- Prevenir y reducir el riesgo de recaídas y descompensaciones, evitando los ingresos hospitalarios.

El funcionamiento individual óptimo se logra mediante el mantenimiento y el fortalecimiento de las destrezas y de las competencias personales que posea el sujeto, recuperando las que se han deteriorado o perdido, desarrollando destrezas nuevas o compensando las residuales. Como es bien sabido, las descompensaciones y las recidivas de la enfermedad están estrechamente relacionadas con el funcionamiento del sujeto, que a su vez se ve influido por el número de crisis e ingresos hospitalarios en régimen de internamiento.

Así, estos dos objetivos están intrínsecamente ligados a otros (4):

- Apoyar, colaborar y coordinarse con el resto de servicios de salud mental, los servicios sociales generales y otros recursos sociocomunitarios que aseguren la articulación de una atención integral que posibilite procesos de rehabilitación y

apoyo comunitario ajustados a las necesidades de cada persona. Este objetivo se concreta estableciendo protocolos de derivación, proyectos terapéuticos y rehabilitadores conjuntos y gestionando de manera adecuada la continuidad de cuidados en cada caso.

- Atención, apoyo y orientación a la familia y allegados del enfermo crónico. Deben desarrollarse programas de atención a las familias, que destaquen su papel en el mantenimiento de la salud de sus miembros enfermos.

De los aspectos mencionados hasta ahora se deduce que los CRPS funcionan en estrecha coordinación con los CSM, las unidades hospitalarias y los servicios sociales, garantizando una intervención integral con la población de enfermos mentales graves. También se coordinan con los recursos destinados a la integración laboral, para favorecer la reinserción laboral de las personas que estén preparadas para ello.

Asimismo, entre sus cometidos se encuentra también la formación de los integrantes de recursos o instituciones que puedan afectar o estar relacionados con este colectivo y la sensibilización a la población general sobre la realidad y los problemas de los enfermos mentales crónicos, con el propósito último de eliminar las barreras y prejuicios que dificultan la integración social.

En los últimos años, el ideario de los CRPS se ha visto respaldado y amparado por los principios rectores de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (2). Esta ley incluye dentro de los colectivos beneficiarios de las prestaciones propuestas en ella a las personas con enfermedad mental grave. Trata, además, de superar las diferencias entre las distintas CCAA respecto a la oferta de servicios y su tipología, estableciendo un marco general de derechos de las personas con trastorno mental grave y en situación de dependencia.

En lo que respecta a los CRPS (que se incluyen en el catálogo de servicios previstos en la ley), se subraya la mejora del funcionamiento psicosocial, de la red de apoyo social y afectivo y del soporte social, entre sus objetivos específicos, detallados de la forma siguiente (3):

- Dotar al individuo de las habilidades relacionales necesarias para que éste pueda llevar a cabo el mayor número de roles socialmente valiosos.
- Entrenar las habilidades instrumentales necesarias para alcanzar el mayor nivel posible de autocuidados y autonomía.
- Promover la educación para la salud modificando conductas de riesgo y adquiriendo conductas de protección.
- Asesorar, informar y apoyar a las familias cuidadoras para que tengan una interacción lo más adecuada y positiva posible con su familiar enfermo, a la vez

que se habilita el soporte imprescindible para asegurar el apoyo necesario a estas familias cuidadoras (asociaciones de familiares, grupos de autoayuda, entre otros).

- Proporcionar soporte y apoyo comunitario, organizando actividades propias que sirvan para estructurar la rutina diaria y para fomentar intereses personales y también apoyando a los que lo necesiten en el empleo de recursos comunitarios normalizados.

Los objetivos y las funciones que acabamos de describir se alcanzan gracias a la participación de los individuos que asisten a los CRPS en los programas de intervención que se desarrollan en ellos y en los que participan los distintos componentes del equipo de rehabilitación. Según González y Rodríguez (5), estos programas son los siguientes:

- Programas individualizados de rehabilitación psicosocial (PIR) y apoyo a la integración social.
- Programas y actividades de apoyo y soporte social.
- Programas de seguimiento y apoyo comunitario.
- Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación de familias⁵.

Los *programas individualizados de rehabilitación psicosocial (en adelante, PIR) y apoyo a la integración social* son el eje principal alrededor del que se articula la intervención en cada caso. Se establecen a partir de una evaluación exhaustiva –realizada por un comité o junta de evaluación, formada por los diferentes componentes del equipo clínico – , de todas aquellas áreas que afecten al funcionamiento autónomo del sujeto en la comunidad.

En consecuencia, cada persona atendida en los CRPS sigue un PIR⁶.

Resumidamente, las diferentes áreas de trabajo que conforman el PIR son las siguientes:

- Autocuidados y autonomía personal (actividades de la vida diaria).
- Integración comunitaria.
- Medicación y cumplimiento del tratamiento médico.
- Autocontrol y manejo del estrés.
- Psicomotricidad.
- Psicoeducación.
- Habilidades sociales.
- Déficits cognitivos.
- Orientación laboral y apoyo a la inserción laboral.
- Ocio y tiempo libre.

- Familia.
- Apoyo a la integración social y soporte comunitario.
- Seguimiento en la comunidad.

El diseño de cada PIR permite afrontar de forma progresiva y ordenada, de acuerdo con una secuencia negociada con el sujeto y las prioridades de cada caso, los diferentes problemas del individuo. También debe ser lo suficientemente flexible como para introducir modificaciones frente a los cambios que se produzcan a lo largo de la intervención. Cada PIR debe pactarse con la persona para la que ha sido diseñado, acordando sus objetivos, programas y fases, de tal forma que logremos la máxima implicación y colaboración del individuo y de su familia⁷.

También debemos señalar que la atención dispensada en los CRPS se organiza en distintas fases que persiguen objetivos diferenciados. En la [tabla 10.1](#) se describen brevemente estas fases y los objetivos prioritarios de cada una de ellas.

Tabla 10.1 Fases de intervención y objetivos de los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)

Fases de intervención en CRPS					
	Primer contacto	Acogida	Evaluación	Intervención	Seguimiento
Objetivos	Captación y acercamiento del paciente al CRPS, identificando y tratando de eliminar los impedimentos que puedan dificultar o impedir la participación en el programa	Adaptación al recurso e implicación del paciente y de la familia en la intervención	Identificar aquellos aspectos que condicionan el funcionamiento autónomo del sujeto en la comunidad y, basándose en sus resultados, diseñar y proponer un programa individual de rehabilitación (PIR)	Llevar a cabo el PIR, así como modificarlo de acuerdo con los cambios que ocurran a lo largo del tiempo	Apoyar el proceso de integración sociolaboral y el mantenimiento de la autonomía en la comunidad alcanzado por el individuo

Una vez establecido y consensuado el PIR, la participación efectiva del individuo en los diversos programas que lo conforman se produce mediante intervenciones de carácter individual y de grupo.

La atención individual se realiza principalmente por medio de *sesiones de trabajo individual y tutorías*.

Realizadas por cualquier componente del equipo, habitualmente con una frecuencia quincenal, las tutorías tienen como objetivo prioritario el seguimiento del PIR. Propician la modificación de éste, para ajustarlo a los cambios que se produzcan, recabando información para trasmitirla a la familia y al resto del equipo sobre la evolución del caso. También sirven de soporte para el seguimiento y la continuidad de cuidados, cuando termina la participación del sujeto en el dispositivo.

Por su parte, las sesiones de trabajo individual persiguen reforzar y consolidar el trabajo en grupo e implementar intervenciones individuales cuando lo requiera el caso o área tratada⁸.

No obstante, las intervenciones más características y con mayor cobertura temporal en los CRPS son las grupales. Se instauran gracias a programas que acometen preferentemente diferentes áreas de trabajo.

Mediante las intervenciones grupales se persigue que cada participante alcance los objetivos específicos planificados en su PIR. Los programas de carácter grupal⁹ que dan forma a los PIR suelen ser:

- Programa de prerrequisitos¹⁰.
- Programa de actividades de la vida diaria (también denominado de autocuidado y salud).
- Programa de competencias personales, autocontrol y manejo del estrés.
- Programa de entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
- Programa de psicoeducación, automedicación y prevención de recaídas.
- Programa de ocio y tiempo libre.
- Programa de psicomotricidad y actividades físicas y deportivas.
- Programa de rehabilitación cognitiva.
- Programa de orientación y participación sociocultural e integración comunitaria.
- Programa de generalización (con el objetivo de consolidar y mantener los logros alcanzados).

Los programas que acabamos de mencionar nos permiten contemplar un panorama común a numerosos CRPS. Sin embargo, cada recurso concreto, dependiendo de sus particularidades, diseña y lleva a cabo programas diferentes que se ajustan a las necesidades de la población a la que atiende.

Junto con estos programas, cuyo énfasis recae en el proceso de rehabilitación, se llevan a cabo otras acciones *de apoyo y soporte social* para aquellos individuos que tienen mayores dificultades de integración y autonomía en la comunidad. Diseñados para que los propios programas sean contextos de interacción y socialización,

fomentan, paralelamente, la estructuración del tiempo cotidiano y el apoyo y soporte emocional del sujeto. Los programas de apoyo o soporte social se ordenan alrededor de la realización de actividades corporales y deportivas, recreativas y expresivas, salidas de ocio y vacacionales, clubes sociales o de ocio. Algunas iniciativas novedosas han puesto en marcha *pisos de apoyo* asociados a los CRPS, como parte de los programas de apoyo y soporte social. Esta idea persigue facilitar el cumplimiento del tratamiento y su continuidad, en especial en los casos en los que los CRPS se ubican en entornos rurales, lo que dificulta su accesibilidad a parte de la población atendida (6).

Por último, hay que advertir que, en coordinación con los CSM, los profesionales que trabajan en los CRPS también planifican y realizan actividades fuera de la institución. Especialmente de apoyo a otros recursos en los que se llevan a cabo procesos de rehabilitación¹¹, aunque también docentes, investigadoras y de sensibilización a la población general sobre la realidad de los enfermos mentales crónicos.

Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial

Introducción

En muchos casos las personas que presentan una *enfermedad mental grave*¹² experimentan a lo largo de la evolución de su enfermedad situaciones de falta de capacitación para afrontar de manera conveniente las demandas habituales del entorno en el que viven. Estas personas presentan déficits importantes en la esfera social. Los déficits en el funcionamiento psicosocial no deben concebirse exclusivamente como consecuencia de la enfermedad, sino que se encuentran relacionados con diversos factores (como veremos más adelante). Esto implica que intervenciones psicoterapéuticas y respuestas sociales adecuadas contribuyan a solventar o paliar muchas de estas dificultades.

Las personas que participan en los CRPS requieren actuaciones rehabilitadoras que minimicen las condiciones de discapacidad y modifiquen la respuesta social a la minusvalía, bien sea capacitando a la persona o bien aportándole el apoyo social necesario para lograr un funcionamiento mínimamente aceptable. Así, la *rehabilitación* de personas con enfermedad mental grave de curso crónico tiene como metas: por un lado, el ajuste de la persona a la vida diaria y, por otro, la mejora de la calidad de vida, ayudando al individuo a asumir la responsabilidad sobre su vida y a funcionar en sociedad, tan activa e independientemente como sea posible.

Perfil de la población

La población de los CRPS se caracteriza por presentar enfermedades mentales graves y dificultades graves para un funcionamiento autónomo y para su integración en la comunidad, por lo que requieren de apoyo específico en su proceso de rehabilitación e integración comunitaria. Diagnosticadas frecuentemente de esquizofrenia y otras psicosis graves o crónicas, trastornos graves del estado del ánimo y de la personalidad, presentan cuadros clínicos que varían ampliamente de un sujeto a otro, dependiendo del inicio y curso de la enfermedad, del número de ingresos previos o de la red de apoyo social que posean¹³.

Respecto a las alteraciones del desempeño ocupacional que presentan, podemos clasificarlas en tres grandes áreas: actividades de la vida diaria, laborales y de ocio y participación social.

Debemos prestar especial atención a las alteraciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, dada su importancia para que las personas con trastorno mental severo alcancen un nivel óptimo de normalización y calidad de vida. Su desempeño normalizado es condición *sine qua non* del éxito del proceso de rehabilitación, puesto que estas alteraciones impactan de manera notable y decisiva sobre el resto de las áreas del desempeño ocupacional (trabajo, ocio y participación social).

Es muy habitual que encontremos alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria ligadas a:

- Aseo: ducha y baño.
- Mantenimiento de la higiene personal, a saber: cuidado del pelo, uñas y dientes, empleo de cosméticos y de maquillaje.
- Vestido: adecuación de la ropa al momento del día, estación, limpieza y cuidado de las prendas, uso de prendas y accesorios extravagantes, entre otras.
- Sexualidad: con frecuencia el desarrollo del comportamiento sexual se ve seriamente afectado por la enfermedad mental, lo cual incide en la identidad y autoestima del sujeto.

También se evidencian numerosas dificultades en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria:

- Movilidad en la comunidad: uso de transporte público o privado.
- Administración y cuidado del hogar.
- Preparación de la comida.
- Gestiones financieras: en especial relacionadas con la planificación de los ingresos

y de los gastos.

- Mantenimiento de la salud, en particular con la alimentación y el mantenimiento de una dieta saludable y la ingesta de medicación.

Las personas que acuden a los CRPS residen con frecuencia en el domicilio de sus padres¹⁴, que suelen ser personas de avanzada edad, y nunca han vivido de manera independiente. Por este motivo, muchas de las actividades instrumentales de la vida diaria no han formado nunca parte de su repertorio de conductas, con la consiguiente ausencia de conocimientos y destrezas para su realización. Además, es común identificar una falta de expectativas en el entorno familiar y/o actitudes de sobreprotección, que dificultan que el sujeto realice tales actividades. Es imprescindible evaluar con detalle otros factores ambientales que también pueden estar interfiriendo en el desempeño ocupacional (apoyo familiar, recursos económicos, particularidades culturales).

Algunas de las circunstancias que acabamos de reseñar inciden también negativamente en el área laboral. Numerosas personas con trastorno mental grave vieron interrumpida su formación académica, como consecuencia de la aparición de la enfermedad y de las recaídas posteriores, en el momento en el que estaban iniciando su formación durante la adolescencia o en la madurez temprana. En otros casos, en el momento en que se logran los primeros empleos o experiencias laborales es cuando comienza la enfermedad, lo que supone una ruptura en la historia laboral del individuo.

En uno u otro caso, el menoscabo causado, tanto de la formación académica como en la adquisición de experiencia laboral, dependerá de la edad de inicio de la enfermedad, de su gravedad y del número de recaídas y de ingresos, aspectos que, en su conjunto, influirán, en mayor o menor grado, en el desarrollo educativo y laboral de formas diferentes. A estas circunstancias se puede añadir, dependiendo de cada caso abordado, el deterioro de las capacidades cognitivas, afectivas y de las habilidades sociales, que aumentan las dificultades para identificar, buscar, conseguir y mantener un puesto de trabajo normalizado (o, si es el caso, para terminar su formación académica).

No es infrecuente identificar un escaso o nulo interés para acceder al mercado laboral, desinterés que puede verse reforzado por el cobro de prestaciones sociales de carácter económico, bajas expectativas del entorno próximo y barreras y prejuicios sociales respecto al acceso de los enfermos mentales al mundo laboral. La familia y allegados desempeñan un papel determinante en el proceso de integración laboral del enfermo mental grave, tanto para promoverlo como para dificultarlo. Además, en muchos casos, sobre todo en aquellas personas con esquizofrenia residual, a la carencia de habilidades prelaborales, hábitos básicos de trabajo, experiencia laboral previa y habilidades sociales en el ambiente laboral, se le suma un desconocimiento generalizado del mundo del trabajo, que dificulta también el acceso al mercado de

empleo normalizado. En estos casos, es muy habitual utilizar diferentes fórmulas de empleo adaptado, como el empleo protegido o el empleo con apoyo¹⁵.

Siguiendo la propuesta de Anthony (8,9), podemos resumir las principales limitaciones para el acceso de los enfermos mentales graves al mercado laboral en la tabla 10.2.

Tabla 10.2 Limitaciones para la integración laboral de la persona con problemas mentales crónicos

Dificultades en la elección del trabajo
Incapacidad para identificar sus intereses laborales Incapacidad para identificar sus habilidades Incapacidad para relacionar ocupación e intereses Incapacidad para relacionar ocupación y habilidades No sabe valorar alternativas laborales basadas en la valía individual No puede hacer una lista con más de un trabajo alternativo Falta de planificación profesional para conseguir objetivos Incapacidad para identificar sus carencias laborales
Dificultades en la consecución del trabajo
Incapacidad para identificar las ventajas relativas al trabajo Incapacidad para identificar las fuentes de empleo Incapacidad para identificar las fuentes de información No puede elaborar un currículum vitae No puede cumplimentar un formulario Desconoce cómo abordar una entrevista de trabajo
Dificultades en el mantenimiento del trabajo
No cuida su apariencia personal, su aseo y su vestido No puede usar transporte público Tiene dificultades para ser puntual No puede controlar su carácter en el trabajo No puede dar directrices No puede trabajar durante largos períodos de tiempo No puede evaluar su propio trabajo

En la población que acude a los CRPS se evidencian, igualmente, alteraciones del desempeño en las áreas ocupacionales de las actividades de ocio y participación social. Algunas de las más frecuentemente reseñadas en la bibliografía son:

- Ausencia de participación en actividades asociadas al ocio y la participación en la comunidad, especialmente escasa en actividades deportivas y culturales.
- Exceso de tiempo libre y desequilibrio entre las áreas de desempeño.
- Escasa ocupación satisfactoria del tiempo de ocio.

Por un lado, estas alteraciones se encuentran estrechamente relacionadas con las dificultades para el afrontamiento y el manejo de las relaciones sociales y de situaciones de interacción social, vinculadas a su vez éstas últimas con los déficits en las destrezas de comunicación, característicos de los trastornos mentales severos y

más acusados aún en aquellos casos en los que la enfermedad es de larga duración o gravemente incapacitante (como en los casos de la esquizofrenia residual). Por otro lado, el aislamiento y la escasa o inexistente red social dificultan la realización de actividades de ocio y participación social que, generalmente, se realizan en grupo. A estas circunstancias se añaden, dependiendo del caso, las limitaciones económicas, la pobre o nula disponibilidad de ofertas de ocio o programas culturales (dependiendo del lugar en que resida el la persona), el estigma asociado con la enfermedad mental y la pobre capacidad de gestión personal y de los recursos comunitarios, que pueden dificultar todavía más el desempeño de actividades asociadas al ocio y al tiempo libre¹⁶.

Objetivos de terapia ocupacional

El énfasis de la labor profesional del terapeuta ocupacional en los CRPS se coloca en fomentar y apoyar la implicación del individuo en aquellas actividades que hagan posible que cuide de sí mismo y viva de forma independiente, sea productivo, participe activamente en su comunidad y disfrute de su tiempo libre y de ocio. Dicho de otra forma, tratamos de colaborar con el sujeto en la construcción de un proyecto de vida vinculado, entre otras cosas, con la realización de actividades significativas en su medio. Desde esta perspectiva es imprescindible implicar y comprometer al sujeto en su proceso de rehabilitación, colocando como pilares sobre los que se construya la relación terapéutica la autodeterminación de las prioridades personales respecto a la ocupación y la colaboración entre el terapeuta y la persona atendida. En coordinación y consensuado con el equipo multidisciplinario, el terapeuta ocupacional de los CRPS desarrolla actuaciones en cualquiera de los programas de rehabilitación y fases de intervención diseñados en estos dispositivos.

En la [tabla 10.3](#) resumimos un conjunto de objetivos, estructurados en torno a diferentes abordajes de intervención que, a modo de guía y en función de las características particulares de cada caso, nos permitan elaborar un plan de intervención individual.

Tabla 10.3 Abordajes y objetivos de intervención de terapia ocupacional en los centros de rehabilitación psicosocial

Abordajes	Objetivos asociados
<p>Mantenimiento y consolidación: de la capacidad de desempeño, que permita al sujeto satisfacer sus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición y mantenimiento del desempeño de las actividades básicas de la vida diaria: especialmente aquellas relacionadas con el autocuidado, a saber: hábitos de alimentación, higiene personal, aseo, acicalamiento, vestido. • Adquisición y mantenimiento del desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria: asociadas a la movilidad en la comunidad, la comunicación (dispositivos de comunicación convencional y TIC, alfabetización, entre otras); el mantenimiento de la salud (nutrición, conducta sexual, manejo del estrés, ingestión de medicación o ejercicio físico); la realización de compras (manejo del dinero y elaboración de presupuestos); realización de trámites burocráticos; cuidado de la ropa; preparación de comidas; medidas de seguridad personal y respuestas a emergencias y el mantenimiento y cuidado del hogar

<p>necesidades ocupacionales o afrontar sus deseos y preferencias en las áreas de ocupación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de intereses y preferencias vinculados a la realización de actividades de ocio y participación social • Exploración, identificación y gestión de recursos comunitarios para la realización de actividades de ocio, culturales o de participación social • Realización de actividades de ocio y participación social deseadas: práctica de deportes aficiones o actividades culturales. • Orientación y asesoramiento vocacional y laboral • Adquisición de destrezas prelaborales y de búsqueda activa de empleo • Capacitación y formación laboral específica • Desempeño de actividades laborales en el mercado de trabajo ordinario o adaptado
<p>Restablecimiento o recuperación: haciendo hincapié en la recuperación o adquisición de aquellas capacidades o destrezas deterioradas o perdidas como consecuencia de la enfermedad, que interfieren o dificultan el desempeño ocupacional de individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición y/o recuperación de las habilidades sociales y de comunicación implicadas en el desempeño de roles ocupacionales • Adquisición y/o recuperación de las habilidades asociadas con el manejo del estrés y a las estrategias de afrontamiento de la vida en comunidad • Recuperación y consolidación de las capacidades cognitivas y de las destrezas de procesamiento de la información deterioradas por la enfermedad • Recuperación y mejora de la psicomotricidad y de la condición física general
<p>Modificación, adaptación y compensación: del desempeño y del contexto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compensación de las capacidades cognitivas y/o de las destrezas de procesamiento alteradas, para el desempeño funcional de actividades • Modificación del contexto social (familia, allegados) que apoye el desempeño de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales • Realización de actividades de ocio y participación social adaptadas

TIC: tecnologías de la información y de la comunicación.

Dependiendo de las características particulares de cada caso, elaboramos un plan de intervención individualizado, basándonos en estos objetivos genéricos. Como

hemos repetido en numerosas ocasiones, la combinación singular de estos objetivos para la elaboración del plan de intervención individual depende de las características y circunstancias de cada caso abordado, determinadas durante la evaluación ocupacional inicial¹⁷.

Pautas de intervención

El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo de manera diferente dependiendo del recurso concreto en el que se realiza, del objetivo prioritario de la evaluación y del estado clínico de la persona evaluada. Como recomendación general, la evaluación debe ser lo más flexible posible, considerando las características sintomatológicas y el grado de colaboración del sujeto.

La estancia media de los individuos en los CRPS nos permite realizar una evaluación pormenorizada, dedicándole el tiempo necesario para identificar las alteraciones en el desempeño ocupacional y las condiciones relacionadas con ellas. Es viable que apliquemos herramientas de evaluación estandarizadas para evaluar de manera minuciosa las áreas de ocupación afectadas. El uso de dichas herramientas no es óbice para emplear también otras fuentes de información, como la entrevista, la observación o consultar informes de otros profesionales.

Como describimos en otra publicación (10), algunas de las particularidades de la población que debemos considerar de forma detenida durante la evaluación ocupacional son: por un lado, la situación económica en la que viven inmersas la mayor parte de las personas con trastornos mentales graves, dado que el actual sistema de pensiones fija las pensiones no contributivas en alrededor de 350 € mensuales, ingresos que dificultan considerablemente las posibilidades de imaginar una vida independiente, en especial en núcleos urbanos. Por otro lado, la importancia que tiene sobre el desempeño ocupacional –tanto en un sentido favorecedor como en un sentido limitador– la familia y los allegados. Tradicionalmente, la familia ha representando un papel destacado en la atención a las personas con enfermedad mental grave, constituyéndose en un «recurso» de cuidado y de soporte, así como para el mantenimiento en la comunidad de sus miembros enfermos. No obstante, esta situación no ha estado exenta de dificultades.

Como es bien sabido, en numerosas ocasiones la convivencia con un enfermo mental grave se asocia con una sobreimplicación emocional de la familia respecto al problema que la persona padece, circunstancia que puede dificultar la intervención. Dependiendo del caso es necesario identificar en los patrones de interacción familiar un aumento de las críticas respecto a las iniciativas del individuo, sobreprotección, hostilidad o indiferencia, aunque también es frecuente reconocer entornos familiares que aportan apoyo al sujeto. Por tanto, conocer las características de la familia y allegados y de los estilos de interacción familiar es clave durante la evaluación, puesto que son aspectos que deben modificarse, dada su influencia sobre el desempeño ocupacional del individuo.

Por último, nos gustaría hacer una última reflexión sobre el entramado social y cultural en el que vive la persona con enfermedad mental y su influencia en su proceso

rehabilitador. En particular, sobre el papel del *estigma* social en la recuperación de las personas con trastorno mental grave. La estigmatización social de la enfermedad mental también forma parte del contexto en el que se desarrolla nuestra intervención. En determinadas circunstancias como, por ejemplo, cuando el sujeto reside en un entorno rural o con poca densidad de población o cuando se ha visto involucrado en conflictos o situaciones violentas, puede ser un hándicap difícil de superar. Aquellas acciones de los profesionales y otros agentes sociales que promueven la normalización social de las personas con enfermedad mental adquieren gran relevancia en el abordaje e integración de las personas que presentan enfermedades mentales graves.

Al realizar la evaluación debemos considerar tres aspectos fundamentales: la capacidad la persona tiene para realizar sus actividades cotidianas de forma eficaz y con la suficiente autonomía (11), su motivación y su nivel de funcionamiento premórbido. Durante la evaluación estos aspectos deben examinarse con detalle, tratando de diferenciar lo que podría ser una falta de conocimiento, destrezas, rutinas o hábitos y la ausencia de la motivación o del deseo imprescindible para llevarlas a cabo. Además, debemos tener siempre presente cuál fue el nivel de funcionamiento del individuo antes del inicio de la enfermedad y el momento en el que ésta apareció, puesto que tal funcionamiento marca la pauta y condiciona los objetivos de la intervención.

En lo que respecta a la intervención de terapia ocupacional en los CRPS (3), ésta se organiza a través de la participación del terapeuta ocupacional en cada uno de los diferentes programas específicos descritos anteriormente: en los PIR, en los de apoyo a la integración social y en los de seguimiento y apoyo comunitario. Dependiendo de la idiosincrasia de cada equipo, el terapeuta ocupacional puede participar en cualquiera de las fases de intervención por medio de intervenciones tanto individuales como grupales.

Los diferentes componentes del equipo rehabilitador entre ellos el terapeuta ocupacional, aportan la perspectiva singular de sus disciplinas en la confección del PIR, incorporando programas específicos que acometan aspectos concretos de las diferentes áreas de trabajo que dan forma al programa. Así, la intervención de cada profesional está coordinada y consensuada con el resto del equipo, aportando coherencia y cohesión a los programas individuales de rehabilitación (3).

Las actuaciones del terapeuta ocupacional pueden ser de carácter individual y/o grupal, dependiendo de las necesidades que presente cada sujeto y de las características del grupo en el momento de la intervención. Como criterio general, siempre que el sujeto se beneficie de los fenómenos grupales para lograr la consecución de los objetivos de intervención, estará indicada la intervención grupal. No obstante, cuando las peculiaridades del caso o del momento requieran una intervención específica y focalizada, deberemos desarrollar intervenciones de carácter individual.

A pesar de lo que hemos mencionado, lo más habitual es que la participación más activa del terapeuta ocupacional se centre en las intervenciones de carácter grupal que conforman los programas individuales de rehabilitación. En ellos se introducen los objetivos específicos vinculados con el desempeño en las áreas de ocupación de cada caso. Éstos deben ser coherentes con el conjunto de objetivos planteados por el resto del equipo. De esta forma, nos aseguramos que se afrontan el conjunto de problemas y necesidades del individuo con quien trabajamos.

Durante nuestra intervención trataremos de implicar al sujeto en los espacios terapéuticos propuestos desde terapia ocupacional. Para lograrlo, la relación terapéutica debe basarse en la *colaboración*, fomentando la responsabilidad y autodeterminación del sujeto, su participación activa y el consenso respecto a los objetivos, métodos y resultados esperados.

Es importante cerciorarse de que el individuo comprende y considera apropiados los objetivos de terapia ocupacional y percibe con claridad su vinculación con los objetivos generales del PIR. Esto último puede verse favorecido por el encuadre temporal de los objetivos –a corto, medio y largo plazo – , que permite clarificar cómo la consecución de objetivos particulares se engrana con los generales y, finalmente, con la salud y el funcionamiento autónomo del sujeto en su comunidad de pertenencia. Apoyándonos en la realización de autorregistros, que permitan identificar los avances y logros obtenidos, fortaleceremos aún más este efecto.

Realizar revisiones periódicas (en colaboración con la persona) de los planes de intervención, no sólo nos permite identificar los objetivos alcanzados, sino también los cambios en la situación personal del individuo y la efectividad de nuestras acciones. Ello nos permite introducir modificaciones a lo largo de la intervención y aumentar su eficacia.

Al igual que en otros dispositivos, la gestión de nuestra intervención es diferente según los grupos o individuos a los que prestamos atención. No obstante (como hemos hecho en capítulos anteriores), para orientar al lector a la hora de diseñar los planes de intervención individual de terapia ocupacional, incorporamos un conjunto de recomendaciones (recogidas en la [tabla 10.4](#)), que puedan servir de orientación para seleccionar los programas, espacios terapéuticos y actividades que conforman tales planes.

Tabla 10.4 Recomendaciones para el diseño de programas y planes de intervención de terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial

Programas, espacios terapéuticos, técnicas y actividades^a
<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de entrenamiento de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria • Entrenamiento en habilidades sociales • Entrenamiento en relajación y en el manejo del estrés • Técnicas conductuales y cognitivas • Asesoramiento vocacional y entrenamiento en destrezas laborales y prelaborales y otros espacios

terapéuticos para la inserción laboral^b

- Asesoramiento para la organización y disfrute del tiempo libre y de ocio
- Actividades físicas y deportivas
- Actividades sociales y comunitarias
- Adaptación del entorno y del desempeño
- Grupos de educación para la salud mental

^a Consultar las tablas del [Capítulo 9](#) para obtener una breve descripción de las características básicas de estos espacios terapéuticos, técnicas y actividades.

^b Recordamos que los CRPS de algunas CCAA incluyen en sus objetivos y cometidos la rehabilitación e integración laboral.

Centros residenciales

Introducción

Muchas personas con enfermedades mentales graves o crónicas tienen serias dificultades para resolver de forma autónoma sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, cuidado de la salud y seguridad. Esta situación se da en individuos con perfiles diferentes: personas *institucionalizadas* durante largo períodos de su vida, lo que les impide vivir hoy por hoy de forma autónoma; aquellos casos en los que el *curso de la enfermedad*, a pesar de su participación en programas de rehabilitación, les imposibilita vivir de manera independiente; personas sin *recursos económicos* (v. apartado «Pautas de intervención» en «Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial»), como consecuencia del deterioro social, laboral y económico asociado con la enfermedad y/o sin el mínimo apoyo social para emanciparse.

Para poder responder a la situación de este colectivo, los distintos planes de salud mental de las CCAA han planificado y puesto en marcha distintas actuaciones –materializadas en los centros residenciales y los programas de apoyo residencial –, destinadas a proveer alojamiento, minimizar la carga familiar y promover la autonomía, la permanencia y participación activa en la vida social y comunitaria.

Los centros residenciales, dependiendo de la región en la que se localicen, tienen diferentes denominaciones y se han diversificado en diversos recursos con cometidos específicos; así, entre otros podemos encontrar pisos, hogares, comunidades protegidas, unidades residenciales, minirresidencias y viviendas y pisos protegidos¹⁸.

Sea cual fuere su nombre, dan respuesta a las necesidades de alojamiento de aquellos individuos que presentan un trastorno mental grave y, por diversas razones, necesitan una supervisión gradual –de acuerdo con su estado psicopatológico, grado de discapacidad, o momento del proceso rehabilitador– para vivir de manera independiente. No obstante, su cometido no se centra sólo en conseguir al paciente un lugar en el que vivir; en estos centros también se supervisan los planes de continuidad de cuidados, se promueve la calidad de vida de los residentes creando un ambiente saludable y se favorece el acceso a actividades normalizadas en la comunidad y a otros dispositivos sanitarios y de rehabilitación.

Por definición, deben tener un tamaño reducido, no más de 30 plazas, que haga viable la necesaria supervisión de los residentes, aunque su capacidad puede aumentar si requieren un menor grado de supervisión.

Habitualmente, estas plazas se distribuyen en tres tipos de estancias distintas:

- Plazas de descanso familiar o para estancias cortas: entre un fin de semana y un mes, aproximadamente. Su función es atender urgencias familiares o sociales,

como separación preventiva del ambiente familiar y para evitar situaciones temporales de abandono o crisis. Dan también respuesta a situaciones de urgencia familiar o social y de sobrecarga y tensión.

- Plazas de estancias medias o transitorias: de un mes a un año aproximadamente. Su cometido es la preparación para la reinserción familiar o paso a opciones residenciales más autónomas. Permiten una adecuada transición desde el hospital a la comunidad.
- Plazas de estancia indefinida: de más de un año, para evitar situaciones de hospitalización prolongada, institucionalización o exclusión social, asegurando un adecuado nivel de autonomía y calidad de vida.

En función de sus características y los objetivos diferenciados que persiguen distinguimos cuatro dispositivos (12) distintos con un grado de supervisión decreciente¹⁹:

- Residencias asistidas o unidades residenciales.
- Minirresidencias.
- Pisos protegidos.
- Pensiones supervisadas.

Gracias a la creación y desarrollo de la red de programas y recursos residenciales y rehabilitadores se ha podido avanzar en la atención dentro del entorno comunitario del colectivo de personas con enfermedad mental grave, evitando situaciones de marginación e institucionalización y favoreciendo una adecuada integración social en la comunidad²⁰.

Examinaremos a continuación brevemente sus características básicas y los objetivos específicos que persiguen.

Características y objetivos

Dada la diversidad de recursos y programas residenciales implantados en el territorio español, para no extraviarnos al describir sus peculiaridades hemos seleccionado las minirresidencias²¹ como prototipo de dispositivo residencial. De esta forma, podremos examinar con más detalle sus particulares y la labor profesional del terapeuta ocupacional, sin exceder en demasía la extensión del presente capítulo.

Aun así nos gustaría advertir que las viviendas o pisos protegidos y los programas de apoyo residencial forman parte de las actuaciones de la mayoría de los planes de salud mental implantados en España. Por esta razón, aunque sólo sea esquemáticamente, nos gustaría señalar sus características básicas.

Las viviendas o *pisos protegidos* son alternativas residenciales normalizadas para personas con una enfermedad mental grave que tienen dificultades para cubrir de modo totalmente independiente sus necesidades de alojamiento y soporte social. Concebidas como un recurso comunitario ubicado en pisos o viviendas, tienen un número pequeño de residentes (4 o 5 como máximo) y la supervisión que aportan se ajusta a las necesidades de cada individuo. Por su parte, los *programas de apoyo residencial* están indicados para aquellas personas que no residen en recursos residenciales específicos, pero que necesitan apoyo para mantenerse en su propio domicilio u otras fórmulas normalizadas de alojamiento (por ejemplo, domicilio parental, pensiones con plazas concertadas, pisos compartidos).

Como avanzábamos antes, veamos a renglón seguido con más detenimiento qué define y cuáles son los objetivos de las *minirresidencias*.

Según el Decreto 122/1997, de 2 de octubre (14), las minirresidencias (en adelante, MR) son centros residenciales destinados a personas afectadas de enfermedades mentales graves o crónicas, que padecen un deterioro en su autonomía personal y social. Con una capacidad de 20-30 plazas proporcionan, con carácter temporal o indefinido, alojamiento, manutención, cuidado, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo a la integración comunitaria, a personas que no cuentan con apoyo familiar y social y/o que, debido a su grado de deterioro psicosocial, requieren los servicios de este tipo de recursos.

Con un régimen de atención residencial abierto y flexible, en un ambiente lo más familiar y normalizado posible, persiguen evitar situaciones de institucionalización, minimizar la carga familiar y favorecer la autonomía y el mantenimiento en la comunidad de las personas con enfermedad mental que no cuenten con el alojamiento o soporte necesario. Habitualmente, cuentan con una mayor supervisión y apoyo a los residentes que las viviendas supervisadas aunque, al igual que ellas, organizan la participación activa de los residentes en las diferentes tareas domésticas y de funcionamiento diario de la institución.

Normalmente, la derivación a las MR la realiza el tutor o responsable del caso del CSM del área en la que el individuo está siendo tratado. Dicha derivación se realiza en coordinación con el equipo de las MR, aportando la información necesaria para determinar la pertinencia de la derivación y para elaborar un plan de acogida y adaptación de la persona derivada. En ese plan se establecerá en cada caso el modo concreto de incorporación, ya sea éste progresivo o total, cuando las condiciones así lo recomienden. Debemos subrayar que las estancias son voluntarias y su duración, variable, ajustadas a las necesidades de cada caso. Se clasifican en (15): estancias cortas, transitorias e indefinidas (v. apartado «Centros residenciales»).

Su objetivo principal es asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte de los residentes. Este objetivo se despliega en diferentes objetivos específicos, en función de las particularidades de cada caso (12):

- Proporcionar alojamiento a personas con una enfermedad mental de curso crónico que por su nivel de deterioro o carencia de vivienda necesitan un apoyo constante e indefinido.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Aumentar la autonomía personal y social, en aquellos casos en los que las características de su entorno familiar y social la impidan o dificulten, para que adquieran un funcionamiento lo más normalizado posible.
- Dotar a las personas atendidas, mediante un entrenamiento supervisado, de las habilidades necesarias para ser autosuficientes e integrarse en su entorno.
- Adquisición y/o recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socioafectivo. Con este propósito se potenciará la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.
- Posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de dignidad y de calidad de vida.
- Evitar situaciones de institucionalización y/o marginación (16).
- Favorecer la progresiva integración social de los residentes.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar enfermo.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles de la persona a su ambiente familiar.

- Fomentar el establecimiento de relaciones significativas con la comunidad, incorporando a los residentes en recursos relevantes para una mejora efectiva de su calidad de vida.
- Concienciar a la sociedad, y especialmente al entorno próximo a la residencia, de la necesidad que tiene la comunidad de equiparse con este tipo de recursos, trabajando para eliminar el estigma y la discriminación.

Estos objetivos se logran diseñando un programa de atención residencial individual adecuado a las necesidades de cada residente. En el apartado «Objetivos de terapia ocupacional» examinaremos las particularidades de estos programas desde la perspectiva del terapeuta ocupacional.

Terapia ocupacional en minirresidencias

Población

Como anticipábamos en apartados anteriores, el perfil de las personas atendidas en las MR se caracteriza por presentar una enfermedad mental grave, crónica y discapacitante de larga evolución. Su diagnóstico más común es de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, aunque también podemos encontrar etiquetas clínicas con cursos crónicos y sintomatología grave tendente a la cronicidad. Consecuencia de todo ello es la presencia de un deterioro importante de sus capacidades, de su nivel de en su autonomía personal, social y laboral y serias dificultades para desenvolverse de forma autónoma en la comunidad, lo que supone un notable hándicap para su integración social.

Por tanto, los criterios de inclusión en las MR (12,16) son los siguientes:

- Padecer una enfermedad mental grave de curso crónico.
- Participar en los programas de atención de los servicios de salud mental del área sanitaria de referencia de la MR y ser remitido por ellos.
- Tener necesidad de alojamiento y/o soporte social a causa de dificultades en el funcionamiento psicosocial y/o por carecer de apoyo familiar o social adecuado.
- Tener entre 18 y 65 años.
- Situación psicopatológica estabilizada, sin presentar conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves, que supongan la necesidad de asistencia especializada y/o continua.

No obstante, estos criterios no son estrictos. No es infrecuente que personas que viven en MR abusen del alcohol, consuman tóxicos o presenten ideación autolítica o conductas disociales. Estas circunstancias requerirán un grado de coordinación con los servicios de salud mental alto y una capacidad de respuesta rápida, si la situación de convivencia se ve seriamente alterada por alguno de estos factores que no se ajustan al perfil idóneo del recurso. Será necesario, por tanto, valorar el apoyo de otros recursos y profesionales, acelerar los ingresos hospitalarios del residente, cuando sean necesarios, y establecer cauces eficaces para gestionar cualquier servicio sanitario o social en el menor tiempo posible.

Objetivos de terapia ocupacional

Los objetivos de terapia ocupacional en centros residenciales son muy similares a los objetivos descritos en las ULE, dispositivos con los que comparte el perfil característico del sujeto tratado y los propósitos últimos de la institución. Para revisarlos remitimos al lector al [capítulo 9](#), apartado «Terapia ocupacional en unidades de larga estancia».

No obstante, nos gustaría referir que estos objetivos están condicionados por la coyuntura particular de cada MR y por las particularidades del grupo que viva en ella en un determinado período.

La mayor diferencia respecto a las ULE es la duración del ingreso; mientras que en éstas la estancia es indefinida, en las MR podemos encontrar sujetos con ingresos temporales, por sobrecarga familiar o en situaciones de crisis. Estas situaciones pueden condicionar los objetivos planificados en los programas de intervención de terapia ocupacional, hasta el punto de que se haga necesario establecer itinerarios o programas diferentes para atender a las particularidades de los residentes.

Pautas de intervención

La incorporación de un nuevo residente en el programa de MR tiene lugar por medio de diferentes fases o etapas:

- Incorporación y acogida.
- Evaluación.
- Elaboración de un plan individualizado de atención residencial.
- Implementación del plan.
- Seguimiento.

El terapeuta ocupacional contribuye con su labor a todas y cada una de las etapas de atención que estructuran la participación de un individuo en este tipo de institución. Veamos, por tanto, las actuaciones que se realizan en ellas.

Al incluir a un nuevo residente debemos considerar algunos aspectos de especial relevancia: el tiempo de estancia previsto y su motivo, la previsión residencial al alta, su estado psicopatológico actual, si el residente está tutelado y sus recursos económicos. Basándonos en esta información podremos estimar la duración de cada una de las fases establecidas y en qué actividades y grupos podrá participar inicialmente la persona. De esta forma, facilitamos la adaptación y evitamos situaciones no deseadas como, por ejemplo, proponer al residente actividades que no pueda afrontar económicamente. En este primer momento también se determina qué profesional del equipo será la persona de referencia o tutor del caso dentro de la MR, responsable directo durante la acogida.

Durante la fase de acogida –en una visita previa o el primer día en que se incorpore– es habitual mantener una entrevista de bienvenida con el sujeto y su familia, si fuese el caso. En ella se le informa de las normas y funcionamiento general de la institución, la duración prevista de la estancia, cómo se conforma el equipo, las actividades del programa, su forma de participación y otros aspectos prácticos, como, por ejemplo, los permisos para las salidas. También se entrega al residente un manual o guía de acogida en el que se resume la información que le hemos aportado, de tal forma que pueda consultarlo si tuviese dudas y haga las veces de contrato terapéutico (siempre que se especifiquen los compromisos adquiridos por el sujeto y sus derechos).

Otra actuación que no debe soslayarse es orientar de la persona durante los primeros días en el centro. Deberemos tomarnos tiempo para acompañarlo a su habituación, ayudarle si fuese necesario para que se instale, señalarle los espacios comunes, presentarle al resto de sus compañeros y a los componentes del equipo y comentarle los horarios, el lugar en el que se encuentra la MR, cómo acceder, los

medio de transporte públicos disponibles o los lugares próximos del vecindario que proveen distintos tipos de servicios.

En lo que respecta a la evaluación, la principal singularidad en las MR viene dada por la necesidad de obtener la mayor cantidad de información posible durante los primeros momentos de la incorporación del sujeto al recurso. La ausencia de un período de evaluación previo al ingreso hace necesario que conozcamos algunos aspectos básicos sobre los hábitos y costumbres de la persona, para que disponga de todo lo que necesita (medicación, tabaco o dinero), teniendo en cuenta que desde el primer momento participará con el resto de residentes en las actividades que estructuran la convivencia.

Esta necesidad se resuelve empleando un cuestionario que recoja información básica sobre:

- Tratamientos médicos.
- Pauta farmacológica.
- Hábitos de aseo, alimentación, sueño y descanso, consumo de tabaco, entre otros.
- Actividades de la vida diaria que el sujeto suele realizar.
- Actividades laborales o formativas en las que participa en la actualidad.
- Recursos económicos.
- Uso de transportes públicos.
- Aspectos legales.
- Expectativas del residente.

La recopilación de estos datos nos permitirá también acelerar el proceso de adaptación y negociar la forma de participación del sujeto en el programa. Asimismo, podremos hacernos una idea inicial de las necesidades y competencias del individuo, completada durante la evaluación, de cara a la planificación de los objetivos de terapia ocupacional durante su estancia en el centro.

Posteriormente, dependiendo de la duración prevista para la estancia, nuestra evaluación puede extenderse en el tiempo y realizarse con mayor profundidad y detenimiento, para identificar las alteraciones en el desempeño ocupacional y las condiciones relacionadas con ellas.

Otra de las particularidades de la evaluación en los recursos residenciales —donde la persona vive y desarrolla sus actividades cotidianas durante gran parte del día—, es que la *observación* se encumbra a un lugar privilegiado entre las fuentes de información. Por medio de la observación podemos obtener datos directos sobre el desempeño ocupacional en la áreas de ocupación, en especial en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, para relacionarlos con los déficits y el cuadro psicopatológico del sujeto, con su motivación y expectativas de futuro, sus

formas de interacción personal y cualquier otro aspecto que pueda influir en el funcionamiento cotidiano del individuo.

Recabar información de otros profesionales del equipo, como los auxiliares o educadores, que en este tipo de recursos pasan mucho tiempo con los residentes, aumenta el abanico de situaciones de observación –por ejemplo, durante la noche o los fines de semana– sobre las que obtener datos del desempeño ocupacional del individuo.

También es útil establecer grupos de autoevaluación que exploren la situación actual, las expectativas futuras y el grado de ajuste de los objetivos que quieren alcanzarse. Paralelamente estos grupos animan a la participación activa del residente en el programa y a la interacción social entre los residentes (15).

De manera complementaria, también podemos emplear otras fuentes, como la entrevista o la aplicación de herramientas de evaluación estandarizadas, que nos aporten datos específicos de cualquier aspecto relacionado con las alteraciones en el desempeño ocupacional del individuo evaluado.

Finalizado el proceso de evaluación ocupacional inicial, se establece junto con el tutor del caso, los psicólogos y los educadores, un plan individualizado de atención residencial, en el que se incorporan los objetivos específicos de terapia ocupacional.

La intervención de terapia ocupacional se pone en juego prioritariamente gracias al desarrollo de actividades, lo más normalizadas posible, vinculadas, sobre todo, con las áreas de ocupación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria *en el propio entorno de la residencia*.

En consecuencia, los *programas de entrenamiento individual para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria*²² son un espacio terapéutico privilegiado en las MR.

Estos programas tienen carácter individual y su objetivo prioritario es lograr la adquisición, mejora y mantenimiento del desempeño de aquellas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que permitan un funcionamiento autónomo real del individuo en la residencia. Además, al inscribirse en un contexto residencial, contribuyen a organizar el tiempo dentro de la vivienda y a generar un clima terapéutico que promueva la participación, la interacción social y el soporte afectivo.

Otra de las particularidades de la intervención en las MR es la duración y frecuencia de los espacios terapéuticos. Debemos plantearnos actividades de menor duración, aunque puede aumentar su frecuencia, para contrarrestar la sintomatología negativa, tan frecuente en esta población, que dificulta el aprendizaje y el funcionamiento del individuo.

Los programas dedicados a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se complementan con otros espacios terapéuticos, actividades y técnicas, conformando la intervención institucional de terapia ocupacional en las MR. Gracias a ellos logramos objetivos específicos para cada caso individual, vinculados al

desempeño en otras áreas de ocupación. Por su similitud con las actividades, técnicas y espacios terapéuticos implementados en las ULE, remitimos al lector a la tabla 9.5. para revisar sus características.

Por último, como recomendación final y siempre que sea viable, el terapeuta ocupacional debe llevar a cabo actividades en grupos pequeños –que tendrán mayor posibilidad de éxito si se plantean de acuerdo con los deseos y las preferencias de los participantes – , adecuadas al nivel de desempeño de sus miembros y considerando el nivel de demanda o estrés que se introduce en cada sesión. También debemos considerar cómo planificamos y diseñamos las actividades y espacios terapéuticos, para que sean lo suficientemente flexibles y así se ajusten a las necesidades fluctuantes de la persona o del grupo tratado.

Conclusiones

- Las personas atendidas en recursos sociocomunitarios se caracterizan por padecer una enfermedad mental grave, crónica y discapacitante de larga evolución.
- Los CRPS son dispositivos ambulatorios de atención a adultos con enfermedades mentales graves. Su objetivo general es recuperar la autonomía personal y la integración social y laboral de la población atendida. Sus acciones se centran en tres ámbitos: el individuo, la familia y la comunidad.
- En los CRPS, el terapeuta ocupacional diseña y realiza planes de intervención que persiguen que el individuo cuide de sí mismo y viva de forma independiente, sea productivo, participe activamente en su comunidad y disfrute de su tiempo libre y de ocio.
- Las MR son centros residenciales destinados a las personas afectadas de enfermedades mentales graves en los se proporciona alojamiento, manutención, apoyo y rehabilitación.

Bibliografía

Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide, 1997.

Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39 de 14 de diciembre Boletín Oficial del Estado, n.º 299. (15 de diciembre de 2006).

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS). Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psíquicos (AGIFES). Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos n.º 21016.

Bravo M.F., Aparicio D., Cuevas C., Díaz B., Eguiagaray M., Fuente J. *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000. Cuaderno técnico: 4

Jonzález J, Rodríguez A (coords.). Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención. Madrid: Consejería de Servicios Sociales; 2002.

Santero Garlito P.A., Blanco Vila M. La Terapia Ocupacional en un Centro de

Rehabilitación Psicosocial. In: Congreso V., ed. *Virtual de Psiquiatría.com*. Madrid: Psiquiatría.com, 2004.

Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) [sede web]. Madrid: FEMASAM; 1992 [Actualizada 20 de enero de 2011; acceso 20 de de enero 2011]. Disponible en: <http://www.femasam.org/origenes.asp>

Anthony W.A., Nemeck P. A Rehabilitation Model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabil Couns Bull*. 1984:6–21.

Anthony W., Cohen M., Cohen B. *Psychiatric Rehabilitation. The Chronic Mental Patient: Five years later*. 1.ª ed. New York: Grunne & Stratton; 1984.

Moruno P., Romero D.M. *Actividades de la vida diaria*, 1.ª ed. Barcelona: Masson; 2006.

Cañamanes JM. *Esquizofrenia*, 1.ª ed, Madrid: Síntesis, 2001.

Florit Robles A., Cañamares Yelmo J.M., Collantes Olmeda B., Rodríguez González A. *Atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: recursos residenciales y programas básicos de intervención*, 1.ª ed, Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. BOCM, 2007.

American Psychiatric Association. *Task Force On Community Services A Typology of Community Residential Services*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1982.

Régimen jurídico básico de servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario. Decreto 122/1997 de 9 octubre Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (9 de octubre de 1997).

Consejería de Familia y Asuntos Sociales *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007*. 1.ª ed. Madrid: Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid; 2003.

Sánchez Alfonso J. *Atención residencial para enfermos mentales graves y crónicos en mini-residencias*. Nure Investig (Revista en Internet) 2009 Sep-Oct (20 enero 2011); 6 (42): (aprox. 21 p). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyminires4227

Autoevaluación capítulo 10

1. ¿Cuál es el cometido principal de los recursos sociocomunitarios para la atención de personas que padecen una enfermedad mental?
 - a. Dar respuesta a las necesidades de rehabilitación y atención residencial de aquellas personas que, tras haber recorrido diversos itinerarios para el tratamiento de sus problemas mentales, se encuentran en situación de vivir en la comunidad.
 - b. Dar respuesta a las necesidades de recuperación sintomatológica de una fase aguda de aquellas personas que, tras haber recorrido diversos itinerarios para el tratamiento de sus problemas mentales, se encuentran en situación de vivir en la comunidad.
 - c. Dar respuesta a las necesidades de rehabilitación y prevención sintomatológica de episodios agudos de personas que padecen un trastorno mental.
 - d. Dar respuesta a las necesidades de recuperación sintomatológica de una fase subaguda de aquellas personas que se encuentran en situación de vivir en la comunidad.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *a*. Los recursos sociocomunitarios para la atención de personas que padecen una enfermedad mental tienen como cometido principal dar respuesta a las necesidades de rehabilitación y atención residencial de aquellas personas que, tras haber recorrido diversos itinerarios para el tratamiento de sus problemas mentales, se encuentran en situación de vivir en la comunidad. Su acción se enmarca en el contexto comunitario, lo que supone la principal diferencia con los recursos especializados que hemos descrito en el [Capítulo 9](#). En su mayoría dependen de la financiación de las Comunidades Autónomas (CCAA), aunque es muy frecuente que sean gestionados por empresas de servicios, fundaciones, asociaciones de familiares u otros organismos, contando con fondos europeos, autonómicos o municipales, subvenciones, capital privado, etc. Esta situación genera numerosas dificultades y desigualdades, dependiendo de la autonomía en que se encuentre el dispositivo. Entre las más importantes podemos señalar la falta de coherencia y uniformidad en la programación y dirección de las instituciones —en ocasiones supeditada a las singularidades, cuando no al capricho de las entidades que las gestionan—, la ausencia de planificación y continuidad en sus actuaciones e, incluso, la consolidación de los servicios que ofertan, sujetos a los vaivenes económicos, lo que puede poner en peligro su viabilidad.

2. ¿Cuáles son los objetivos de los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)?:

- a. Favorecer y potenciar el mantenimiento e integración de las personas con trastornos mentales graves en su comunidad de pertenencia.
- b. Evitar la marginación y/o la institucionalización de aquellos que viven en la comunidad.
- c. Posibilitar la reinserción social de personas que por sus características se encuentren institucionalizados.
- d. Las respuestas a, b y c son correctas.
- e. Sólo b y c son correctas.

Correcta: *d*. A grandes rasgos, los objetivos genéricos de los CRPS son:

- Favorecer y potenciar el mantenimiento e integración de las personas con trastornos mentales graves en su comunidad de pertenencia.
- Evitar la marginación y/o la institucionalización de aquellos que viven en la comunidad.
- Posibilitar la reinserción social de personas que por sus características se encuentren institucionalizados.

Estas metas se alcanzan por medio de diferentes intervenciones. Las más comunes persiguen la adquisición o consolidación del desempeño de roles sociales normalizados; aportar apoyo y soporte social para prevenir o reducir el deterioro de la participación social; evitar la marginación y/o institucionalización y asegurar la continuidad de cuidados para que el individuo viva en su comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso. En consecuencia, los CRPS incluyen entre sus cometidos la instauración de programas individuales de rehabilitación y reinserción, de actividad funcional y de intervención comunitaria.

3. ¿Cuál es el perfil de la población atendida en los CRPS?

- a. La población de los CRPS se caracteriza por presentar enfermedades mentales graves y dificultades importantes para un funcionamiento autónomo y para su integración en la comunidad.
- b. Es una población diagnosticada frecuentemente de esquizofrenia y otras psicosis graves o crónicas, trastornos graves del estado del ánimo y de la personalidad.
- c. Son personas que presentan cuadros clínicos que varían mucho de un sujeto a otro, dependiendo del inicio y curso de la enfermedad, del número de ingresos previos o de la red de apoyo social que posean.
- d. Son personas que requieren de apoyo específico en su proceso de rehabilitación e integración comunitaria.
- e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. La población de los CRPS se caracteriza por presentar enfermedades

mentales graves y dificultades importantes para un funcionamiento autónomo y para su integración en la comunidad, por lo que requieren de apoyo específico en su proceso de rehabilitación e integración comunitaria. Diagnosticadas frecuentemente de esquizofrenia y otras psicosis graves o crónicas, trastornos graves del estado del ánimo y de la personalidad, estas personas presentan cuadros clínicos que varían mucho de un sujeto a otro, dependiendo del inicio y curso de la enfermedad, del número de ingresos previos o de la red de apoyo social que posean²³. Respecto a las alteraciones del desempeño ocupacional que presentan, podemos clasificarlas en tres grandes áreas: actividades de la vida diaria, laborales y de ocio y participación social. Debemos prestar especial atención a las alteraciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, dada su importancia para que las personas con trastorno mental grave alcancen un nivel óptimo de normalización y de calidad de vida. Su desempeño normalizado es condición *sine qua non* del éxito del proceso de rehabilitación, puesto que tales alteraciones impactan de manera notable y decisiva sobre el resto de las áreas del desempeño ocupacional (trabajo, ocio y participación social).

4. ¿Cuáles son los objetivos de terapia ocupacional en los CRPS?

- a. Tratamos de colaborar con el sujeto en la construcción de un proyecto de vida vehiculado, entre otras cosas, con la realización de actividades significativas en su medio.
- b. Implicar y comprometer al sujeto en su proceso de rehabilitación, colocando como pilares sobre los que se construya la relación terapéutica la autodeterminación de las prioridades personales respecto a la ocupación y la colaboración entre el terapeuta y la persona atendida.
- c. En coordinación y consensuado con el equipo multidisciplinario, el terapeuta ocupacional de los CRPS desarrolla actuaciones en cualquiera de los programas de rehabilitación y fases de intervención diseñados en estos dispositivos.
- d. Todas son correctas menos la respuesta e.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. El énfasis de la labor profesional del terapeuta ocupacional en los CRPS se coloca en fomentar y apoyar la implicación del individuo en aquellas actividades que hagan posible que cuide de sí mismo y viva de forma independiente, sea productivo, participe activamente en su comunidad y disfrute de su tiempo libre y de ocio. Dicho de otra forma, tratamos de colaborar con el sujeto en la construcción de un proyecto de vida vehiculado, entre otras cosas, con la realización de actividades significativas en su medio. Desde esta perspectiva es imprescindible implicar y comprometer al sujeto en su proceso de rehabilitación, colocando como pilares sobre los que se construya la relación terapéutica la autodeterminación de las prioridades personales respecto a la ocupación y la colaboración entre el terapeuta y la persona

atendida. En coordinación y consensuado con el equipo multidisciplinario, el terapeuta ocupacional de los CRPS desarrolla actuaciones en cualquiera de los programas de rehabilitación y fases de intervención diseñados en estos dispositivos.

5. En función de sus objetivos y funciones: ¿cómo podríamos clasificar los centros residenciales?

- a. Residencias asistidas o unidades residenciales, minirresidencias.
- b. Pisos protegidos, pensiones supervisadas.
- c. Centros de rehabilitación psicosocial y centros de rehabilitación laboral.
- d. Unidades de hospitalización parcial y hospitales de día.
- e. Sólo las respuestas a y b son correctas.

Correcta: *e*. Por definición, deben tener un tamaño pequeño, no más de 30 plazas, que haga viable la necesaria supervisión de los residentes, aunque su capacidad puede aumentar si requieren un menor grado de supervisión.

Habitualmente estas plazas se distribuyen en tres tipos de estancias distintas:

- Plazas de descanso familiar o para estancias cortas: entre un fin de semana y un mes, aproximadamente. Su función es atender urgencias familiares o sociales, como separación preventiva del ambiente familiar y para evitar situaciones temporales de abandono o crisis. Dan también respuesta a situaciones de urgencia familiar o social y de sobrecarga y tensión.
- Plazas de estancias medias o transitorias: de un mes a un año aproximadamente. Su cometido es la preparación para la reinserción familiar o paso a opciones residenciales más autónomas. Permiten una adecuada transición desde el hospital a la comunidad.
- Plazas de estancia indefinida: de más de un año, para evitar situaciones de hospitalización prolongada, institucionalización o exclusión social, asegurando un adecuado nivel de autonomía y calidad de vida.

En función de sus características y los objetivos diferenciados que persiguen distinguimos cuatro dispositivos distintos con un grado de supervisión decreciente:

- Residencias asistidas o unidades residenciales.
- Minirresidencias.
- Pisos protegidos.
- Pensiones supervisadas.

Gracias a la creación y desarrollo de la red de programas y recursos residenciales y rehabilitadores se ha podido avanzar en la atención dentro del entorno comunitario del colectivo de personas con enfermedad mental grave, evitando situaciones de

marginación e institucionalización y favoreciendo una adecuada integración social en la comunidad.

- ¹ Las características de estos últimos se describirán en el [capítulo 11](#) de este libro.
- ² Recogida en el artículo 24 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2).
- ³ Como anticipábamos en el [capítulo 9](#), en España las funciones teóricamente asignadas a los centros de día han sido asumidas en muchas CCAA por los CRPS.
- ⁴ Aunque su inclusión en el programa no debe depender únicamente del diagnóstico, el criterio fundamental es la presencia de dificultades para llevar una vida autónoma en la comunidad.
- ⁵ En algunas CCAA también se desarrollan en los CRPS programas específicos de apoyo a los recursos residenciales y de rehabilitación laboral, apoyo a la inserción sociolaboral y mantenimiento en el trabajo, especialmente en aquellos casos en los que no existen dispositivos especializados que aborden los aspectos laborales.
- ⁶ En la documentación de cada PIR deben constar: un informe de derivación (en el que se incluye el diagnóstico psiquiátrico); una evaluación funcional de las áreas cognitiva, de habilidades psicosociales y la historia laboral; una evaluación de factores de estrés del entorno social y familiar; la prescripción, objetivos, duración prevista y formas de evaluación de los programas de rehabilitación y, por último, un informe de alta cuando ésta se produzca.
- ⁷ Siempre que las condiciones lo permitan, tratamos de implicar activamente al sujeto y a su familia en el proceso de evaluación e intervención.
- ⁸ Por ejemplo, si se realiza una intervención cuyo propósito sea la inclusión de la persona en una minirresidencia o si el cuadro clínico requiere una atención focalizada.
- ⁹ Los programas reseñados tratan de compendiar los diferentes programas, y sus denominaciones, reflejados en los diferentes planes de salud mental de las CCAA.
- ¹⁰ Este programa tiene como objetivo principal la adquisición de aquellas destrezas cognitivas y de comunicación e interacción básicas, consideradas como prerequisites para la participación eficaz del individuo en los CRPS.
- ¹¹ Especialmente aquellas actuaciones que aseguren la continuidad de cuidados en la comunidad, evitando la desvinculación de la red de las personas más graves.
- ¹² Este colectivo de población ha sido denominado también con los términos: trastorno mental grave y persistente, trastorno mental severo y enfermedad mental grave de larga evolución.
- ¹³ No obstante, es muy frecuente encontrar condiciones clínicas que se caracterizan

por la presencia de sintomatología negativa que, aunque con un menor deterioro, son muy similares a la que hemos descrito en el apartado «Terapia ocupacional en unidades de larga estancia» del [capítulo 9](#).

- 14 Si tenemos en cuenta los datos de una encuesta realizada por la Federación Madrileña de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FEMASAM), un 80% de los enfermos mentales viven con sus familias y, en especial, con sus padres ([7](#)).
- 15 Véase el [capítulo 11](#). Aun así, en los [capítulos 9](#) y [10](#) hemos hecho referencia a estrategias de intervención vinculadas con el área laboral, por lo que proponemos al lector que revise los temas citados.
- 16 Para completar esta información el lector puede consultar el [capítulo 19](#), en el que se detallan los obstáculos con que suelen encontrarse las personas con enfermedad mental para realizar actividades físicas y deportivas.
- 17 Insistimos nuevamente en que la evaluación adecuada de cada caso requiere conocer con detalle las particularidades del proceso de evaluación (revisadas en el [capítulo 5](#), del razonamiento clínico del terapeuta (analizadas en el [capítulo 14](#)) y aplicar y usar diversas fuentes y herramientas de evaluación para cada área de desempeño evaluada (contempladas en las tablas asociadas al apéndice sobre el Documento del Marco para la práctica de la Terapia Ocupacional (2008) que se encuentran en la plataforma web).
- 18 Con diferente dependencia administrativa –sistema de salud, servicios sociales, diputaciones, fundaciones–, todos estos recursos aportan, en mayor o menor grado, supervisión y apoyo a las personas a quienes acogen. En la actualidad, son claramente insuficientes para el conjunto de la población que necesita los objetivos que ellos persiguen.
- 19 La Asociación Americana de Psiquiatría ([13](#)) estableció una tipología de seis grandes grupos de dispositivos residenciales articulados progresivamente desde más restrictivos y supervisados a menos restrictivos y menos supervisados. Dicha tipología incluía los siguientes tipos de servicios residenciales con su correspondiente paralelismo con los términos en castellano: *a*) Nursing Facility (unidad sociosanitaria residencial); *b*) Group Home (residencias, hogar de grupo, casa hogar.); *c*) Personal Care Home; *d*) Foster Home (hogares sustitutos, familias sustitutas); *e*) Satellite Housing (pisos supervisados, pisos protegidos), y *f*) Natural Family Placement (reinserción en familia propia).
- 20 Debemos advertir que en la actualidad estas alternativas residenciales coexisten con instituciones psiquiátricas de larga estancia, que permanecen abiertas después de la reforma psiquiátrica, en las que viven enfermos mentales crónicos que han residido siempre en ellas y, por tanto, cumplen también una función residencial (v. [capítulo 9](#)).
- 21 La selección de este recurso responde a que el número de minirresidencias en España es significativamente mayor que el número de otros recursos de estas características.

- ²² Como relatábamos en el [capítulo 9](#), debemos diferenciar estos programas de los programas clásicos de entrenamiento en actividades de la vida diaria (v. [tabla 9.4](#)).
- ²³ No obstante, es muy frecuente encontrar condiciones clínicas que se caracterizan por la presencia de sintomatología negativa que, aunque con un menor deterioro, son muy similares a la que hemos descrito en el [Capítulo 9](#), en el apartado «Terapia ocupacional en unidades de larga estancia».[0]

Terapia ocupacional en recursos para la integración sociolaboral

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde, N. Lamy Fernández, P.A. Cantero Garlito

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

El contexto de la rehabilitación laboral

Dificultades de las personas con enfermedad mental crónica para la integración laboral

Rehabilitación laboral: definición y objetivos

Centros de rehabilitación laboral: definición y características

Terapia ocupacional en centros de rehabilitación laboral

Objetivos

Pautas de intervención

Orientación vocacional

Aspectos básicos del proceso de orientación vocacional

Formación y entrenamiento para el empleo

Entrenamiento del ajuste laboral

Entrenamiento de hábitos básicos de trabajo

Entrenamiento de la asertividad laboral

Apoyo a la formación

Entrenamiento de las habilidades de búsqueda activa de empleo

Inserción laboral

Adaptación-readaptación y diseño de puestos de trabajo

Apoyo al acceso y mantenimiento del puesto de trabajo

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer la importancia de los procesos de rehabilitación e inserción laboral, así como los programas y dispositivos en los que se llevan a cabo estas intervenciones con personas con enfermedad mental.
- Comprender el potencial laboral de las personas con enfermedad mental, para lograr el desplazamiento del rol de enfermo al rol de trabajador.
- Identificar las características específicas y el perfil de las personas que acuden los centros de rehabilitación laboral, así como los objetivos a lograr, y analizar las implicaciones de tales particularidades en la práctica del terapeuta ocupacional.

Introducción

El trabajo es el camino principal para la inclusión social y el desarrollo personal. Nuestra sociedad lo entiende como un elemento de gran valor, que materializa el aporte exigido a sus miembros, estableciendo una marcada línea divisoria entre quienes pertenecen al grupo social y quienes están excluidos de él.

Realizar un trabajo remunerado con regularidad es quizá el reto más importante que afronta una persona con enfermedad mental en su proceso de recuperación y participación plena como ciudadano.

La integración en el mercado laboral ordinario es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier individuo.

Sin embargo, la mayoría de las personas con enfermedad mental crónica están en situación de desempleo o, incluso, claramente excluidas del mundo laboral (1). En este colectivo una de las mayores dificultades que encontramos –y, por lo tanto, uno de los mayores retos al que nos vamos a enfrentar como profesionales– son las relacionadas con la esfera del trabajo: problemas para el acceso e inserción en el mercado laboral, escasez de dispositivos especializados destinados a la orientación y formación profesional, ausencia de programas de rehabilitación e inserción laboral, estigma, son algunos de los hándicaps actuales para la participación plena de las personas con enfermedad mental en el mercado laboral. Estas circunstancias, más allá de las secuelas propias de la enfermedad, convergen en situaciones de desventaja para ser independiente, realizar ocupaciones significativas y ser económicamente autosuficiente.

De forma genérica, las actuaciones dirigidas a conseguir la integración social y laboral pueden agruparse en torno a distintos niveles de intervención, estrechamente relacionados con las condiciones de salud del sujeto y los objetivos que deben lograrse. Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podemos distinguir distintas medidas para la integración laboral:

- De carácter preventivo.
- Rehabilitación laboral.
- Para la igualdad de oportunidades y participación en la vida social y laboral.

En la [figura 11.1](#) representamos gráficamente los diferentes tipos y niveles de intervención, tratando de mostrar su secuencia temporal, dentro de un continuo limitado por los polos de la salud y la marginación.

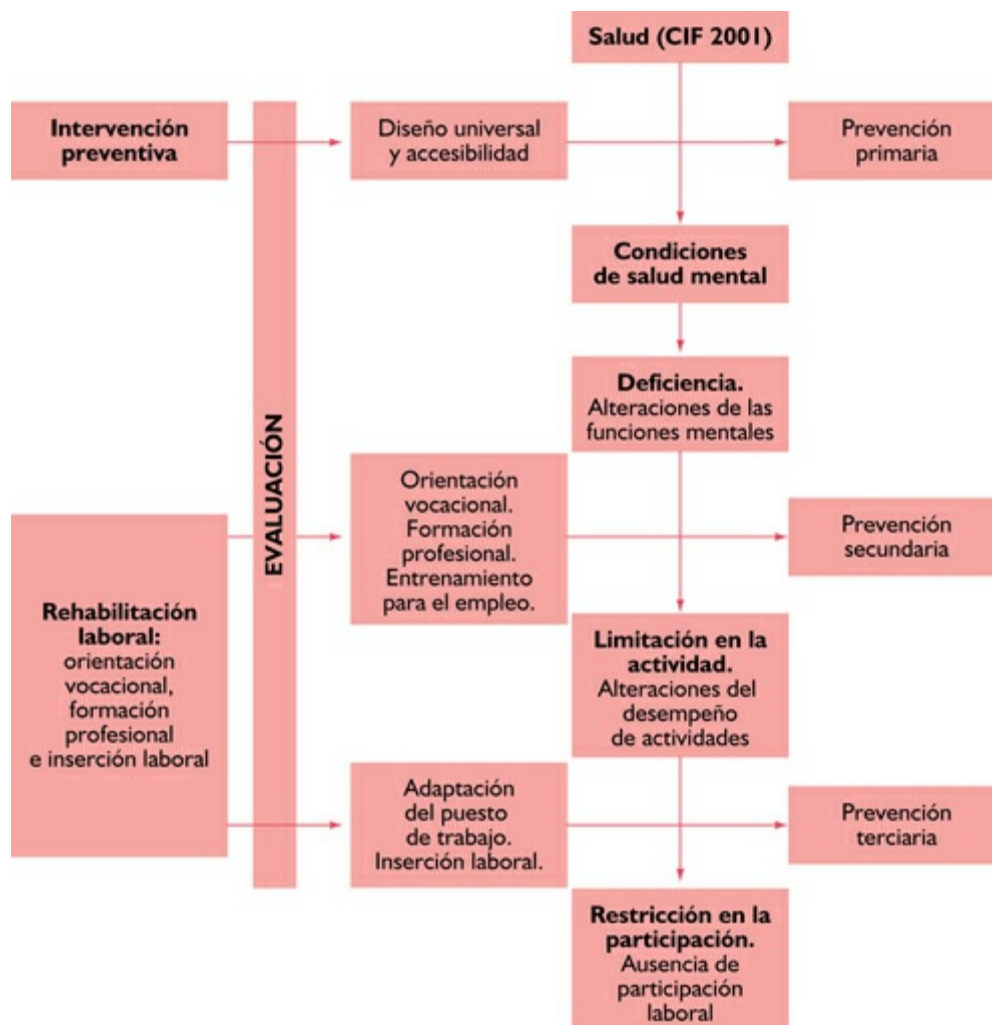


Fig. 11.1 Niveles de intervención para la integración sociolaboral.

Tradicionalmente, *rehabilitación laboral* se ha definido como el proceso de adquisición, recuperación, mantenimiento y/o potenciación de aquellos conocimientos, habilidades, competencias y hábitos necesarios para que un individuo consiga su integración sociolaboral plena. Este proceso tiene lugar gracias a un conjunto de actuaciones encaminadas a establecer, restablecer y/o mantener las competencias de un individuo en el área laboral o profesional, aunque también a equiparar las oportunidades¹ para participar en el mercado de trabajo.

La rehabilitación laboral comprende, por tanto, actuaciones de muy distinto tipo, entre ellas:

- Orientación vocacional.
- Formación y entrenamiento para el empleo.
- Adaptación-readaptación de puestos de trabajo.
- Inserción laboral.
- Mantenimiento del empleo.

Comparte los mismos principios básicos de la rehabilitación psicosocial: la consideración de que la persona con enfermedad mental puede aprender y mejorar su funcionamiento, los abordajes empleados tenderán hacia su normalización y las intervenciones irán encaminadas a propiciar una mayor autonomía e independencia.

Para enfrentar las necesidades en el área laboral, los planes de salud mental de las Comunidades Autónomas (CCAA) han diseñado diversos dispositivos, recursos y programas para dar soporte a los procesos de rehabilitación laboral. Como ocurre con otros dispositivos de atención sociosanitarios, dependiendo de la CCAA en que se ubiquen, o incluso en una misma provincia, los recursos para la rehabilitación laboral varían en su denominación, organización, personal y/o servicios ofertados. Por poner un ejemplo: en Castilla-La Mancha en los centros de rehabilitación psicosocial y laboral se abordan las necesidades laborales; en Extremadura coexisten centros y programas de rehabilitación laboral con puntos de orientación e inserción laboral insertos en los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS); en la Comunidad de Madrid se denominan centros de rehabilitación laboral².

Veamos en los apartados siguientes el marco legal e institucional en el que tiene lugar el proceso de rehabilitación e inserción laboral, paralelamente a las características y singularidades de las personas que padecen una enfermedad mental que se ven envueltas en él.

El contexto de la rehabilitación laboral

Desde la época clásica hasta las corrientes contraculturales actuales, pasando por la cultura judeocristiana o las ideas de la Revolución Industrial, se ha destacado la importancia social, cultural y económica que posee y proporciona el trabajo. Las personas trabajamos por razones serias y consistentes: para sostenernos económicamente, para conectarnos con la realidad, para formar parte de una comunidad, para producir bienes y servicios, para satisfacer nuestras necesidades psicológicas o para alcanzar un estatus; aunque no se puede negar que, a veces, el trabajo ha sido considerado como una condena³ (2). Sea como fuere, en la actualidad, en los países industrializados, el trabajo representa aproximadamente una tercera parte de la actividad humana de las personas adultas.

Además, teniendo en cuenta que la disponibilidad de un trabajo, junto con la obtención de unos beneficios económicos, son los dos indicadores que más altamente se correlacionan con los niveles de satisfacción de la persona con enfermedad mental (3), resulta evidente que conseguir estos objetivos se convierte en algo prioritario en los programas de rehabilitación. De hecho, Liberman (4) ya planteaba que «el trabajo es, a la vez, un resultado y un determinante del curso de un trastorno mental crónico».

Franco (5) hace un recorrido por los diferentes modelos de intervención que han surgido a lo largo de la historia de la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental:

- Los primeros se centraban en dar una oportunidad a la persona de experimentar un rol productivo, pero su objetivo no era lograr que ésta llegara a tener un empleo y/o pudiese integrarse en la sociedad. En algunas de estas experiencias se contemplaba el dar a la persona un «dinero de bolsillo» por su trabajo, aunque no tenían un contrato laboral ni un salario ajustado al mercado de trabajo. Algunos ejemplos de este tipo de programas serían la laborterapia o muchas de las prácticas llevadas a cabo de manera tradicional por los centros ocupacionales.
- Posteriormente surgieron los modelos de empleo protegido, donde la persona llega a tener un empleo remunerado con contrato laboral en un entorno o empresa especial donde la persona estuviera más «protegida» y pudiera recibir apoyos de cara a intentar en el futuro integrarse en el mercado ordinario.
- En la actualidad los modelos que más se están desarrollando y que se han mostrado más eficaces de cara a favorecer la inserción laboral son el entrenamiento prelaboral, las empresas sociales o de inserción y el empleo con apoyo. Éstos son los más eficaces para lograr que la persona se integre en el mercado laboral ordinario.

Recordemos que la rehabilitación psiquiátrica –y, dentro de ella, la rehabilitación laboral– no es, en absoluto, cualquier tratamiento para personas con esquizofrenia (6); nada parece haber de rehabilitador e integrador, por ejemplo, en la reiterada producción de objetos inútiles (7). Tejer alfombras, hacer tortillas, leer la prensa o dar los buenos días no abren espacios en el mundo laboral (8), tampoco lo hacen en lo comunitario. La rehabilitación ha de tener un sentido y una finalidad, las intervenciones centradas en el área laboral deben estar incluidas en un programa integral de rehabilitación que suponga un auténtico proyecto personal de vida orientado hacia el futuro (9).

Además, las actuaciones que centran su foco de atención en la obtención de un empleo de aquellas personas con enfermedad mental que tienen dificultades para lograrlo, deben basarse en un conocimiento profundo de las dificultades y barreras con las que se encuentra este colectivo para acceder al mercado de trabajo. Veámoslas sucintamente.

Dificultades de las personas con enfermedad mental crónica para la integración laboral

En la situación de desempleo de las personas con enfermedad mental influyen muchos factores (10) que podemos dividir en tres grupos (9–12):

Dificultades derivadas de la situación del mercado laboral. Estas dificultades vienen marcadas por la propia evolución del mercado de trabajo, resultado de los cambios económicos, sociales y políticos, comunes a la población general: tendencia a la internacionalización y globalización de los procesos económicos, deslocalización de la producción industrial, incremento de la competitividad, disminución del trabajo físico, demanda de un mayor nivel de cualificación, precarización laboral o incremento de los colectivos afectados por el paro de larga duración.

Dificultades derivadas del prejuicio social. La sociedad mantiene todavía una visión medieval del loco y de la locura, amplificada tanto por los medios de comunicación como por la ficción literaria y cinematográfica, en la que sus personajes responden al estereotipo de persona con comportamientos imprevisibles e instintos asesinos. La relación entre enfermedad mental y conductas antisociales es exagerada por parte de la prensa más sensacionalista, a pesar de que no se ha conseguido demostrar una relación causal entre enfermedad mental y violencia. El empresariado, como parte de esta sociedad, también posee una imagen negativa de este colectivo, y considera a las personas con enfermedad mental incapaces o conflictivas para ejercer como trabajadores productivos en el mercado laboral ordinario.

Dificultades derivadas de la propia enfermedad. Entre ellas podemos destacar las siguientes:

- Sintomatología positiva persistente, así como sintomatología negativa y efectos secundarios de la medicación.
- Escasa formación académica y profesional: debido a que la enfermedad surge en la adolescencia o inicio de la edad adulta, cuando la persona se está formando. También se da el caso de individuos con formación que no les sirve para afrontar un empleo apropiado a su cualificación. Un ejemplo de esto último es el de personas con estudios superiores que tienen que bajar sus expectativas laborales al no ser capaces de afrontar la responsabilidad y el estrés de empleos altamente cualificados.
- Escaso o nulo interés para acceder al mercado laboral.
- Ausencia de experiencia laboral previa: muchos jóvenes con enfermedad mental no han conseguido llegar a trabajar. Esto provoca un sentimiento de ineficacia, miedo

y una carencia de habilidades para afrontar el mundo laboral.

- Experiencia laboral previa vivida como frustrante: entre los que han trabajado son muchos los que han fracasado por no haber sabido adaptarse a las exigencias del puesto o por problemas de relación con los compañeros o con los jefes. En algunas ocasiones han finalizado el contrato, pero se atribuyen un mal rendimiento. Ambos acontecimientos generan miedo a un nuevo fracaso, baja autoestima y actitudes negativas frente al trabajo.
- Déficits de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en el ambiente laboral.
- El papel de la familia: ésta puede ser un gran apoyo para la rehabilitación laboral, pero puede también obstaculizarla por diferentes motivos:
 - Su propio desconocimiento del mundo laboral.
 - Su experiencia negativa respecto a trabajos anteriores.
 - Desconfianza en cuanto a los intereses y las aptitudes de su familiar.
 - Rigidez en las expectativas laborales de su familiar y rechazo a ciertos trabajos por considerarlos «inferiores»: verbigracia, barrendero, basurero, limpiador.
 - Sobrevaloración de los inconvenientes de trabajar e infravaloración de sus ventajas.
 - Miedo a posibles recaídas.
 - Miedo al cambio de vida familiar que supone el rol de trabajador: por ejemplo, amigos, dinero para gastar, horarios.
- Desconocimiento del mundo laboral y sus exigencias.
- Dificultades para disponer y utilizar todas aquellas habilidades y conocimientos necesarios para elegir, conseguir y mantener un empleo.

Pese a que todas estas dificultades conforman un panorama en principio bastante desalentador, es fundamental destacar que la integración laboral es posible puesto que son muchas las personas con enfermedad mental que pueden trabajar y, de hecho, lo hacen con los debidos apoyos.

La literatura especializada señala una serie de predictores de éxito en la integración laboral de personas con enfermedad mental crónica (13). Estos factores abarcan tanto variables sociodemográficas como clínicas. En resumen, diferentes autores coinciden en que *no* predice un posible éxito o fracaso laboral:

- El diagnóstico psiquiátrico.
- La historia psiquiátrica.
- Los resultados en tests de inteligencia, aptitudes y personalidad.
- El funcionamiento en ambientes no laborales.
- La sintomatología presente.

Los factores que *sí* predicen y correlacionan con un desempeño adecuado en el

mundo laboral son:

- Poseer una adecuadas habilidades de ajuste laboral.
- La historia laboral previa.
- Poseer expectativas e intereses ajustados al mercado laboral.
- Los resultados en pruebas que miden autoimagen y autoconcepto como trabajador.
- Haber participado con éxito en programas de entrenamiento en búsqueda de empleo.
- El apoyo profesional.
- La motivación para trabajar.

Rehabilitación laboral: definición y objetivos

Aunque la inserción laboral puede realizarse mediante los recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas sin empleo, en muchos casos la consecución y mantenimiento del trabajo requiere acciones especializadas y estructuradas de rehabilitación laboral (12). Esto es debido a que la mera existencia de recursos, incluso aquellos que están destinados de manera genérica a personas con discapacidad, no asegura su adecuado aprovechamiento por parte de las personas con enfermedad mental.

Evidentemente, el horizonte último de la rehabilitación es la integración social y laboral plena de la persona que presenta una enfermedad mental. Por tanto, no está de más plantearnos cuál es el resultado final de este proceso.

Podemos considerar que un individuo ha alcanzado plenamente su inserción o integración laboral cuando ejerce en el medio laboral ordinario una actividad significativa en términos económicos y/o personales y, además, dicha actividad laboral está relacionada con la adquisición de una vida personal y relacional autónoma. Este criterio nos permite perfilar un itinerario teórico para la integración sociolaboral, teniendo en cuenta las condiciones de salud de cada caso abordado, que condicionan los objetivos y acciones que deben implementarse, concibiendo la esfera del trabajo estrechamente relacionada con otras áreas de actividad propias del individuo. De esta forma, una integración sociolaboral eficaz implica la consecución de diferentes objetivos relacionados entre sí:

- Lograr un grado de autonomía suficiente, con o sin apoyo, en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, relacionadas con el desempeño de un puesto de trabajo.
- Desempeñar un puesto de trabajo o profesión, adaptado o no, en un medio laboral ordinario.
- Favorecer las relaciones sociales, con o sin apoyo, en un medio no segregativo.
- Alcanzar y mantener un equilibrio satisfactorio entre las actividades laborales y otras no laborales.

Podemos definir *rehabilitación laboral* como un proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con enfermedad mental crónica para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral (14). La rehabilitación laboral se plantea para conseguir la integración sociolaboral plena y se entiende como un procedimiento, con una estructura y unas fases flexibles que se ajusten a las características de cada persona.

Los objetivos genéricos de la rehabilitación laboral son:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse de manera adecuada en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción en el mercado laboral protegido o, muy especialmente, en el normalizado.
- Ofrecer el seguimiento y apoyo que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en el mundo laboral, del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.
- Articular y organizar el contacto y la coordinación con los recursos de formación y con el mercado laboral para facilitar los procesos de rehabilitación e inserción laboral.
- Fomentar la colaboración del empresariado, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de inserción laboral.

Genéricamente, la inserción en el mercado de trabajo puede realizarse a través de distintas vías: en empresas públicas o privadas, por medio de la contratación en la Administración pública y el empleo autónomo. También a través del empleo protegido: principalmente, a través de los centros especiales de empleo y de las empresas de inserción. Revisemos brevemente estas alternativas.

Mercado laboral ordinario. La inserción en el mercado laboral ordinario es la fórmula ideal, es la que más puestos de trabajo ofrece, aunque existen dificultades ajenas a los procesos de rehabilitación que ya han sido explicadas con anterioridad. La legislación actual establece medidas específicas para el fomento del empleo de las personas con discapacidad, que se han ido ampliando con sucesivas medidas legislativas (incentivos a la contratación para el empresariado, cuotas de reserva para personas con discapacidad, entre otras).

Diferenciamos a continuación las diferentes formas de acceso al mercado laboral ordinario:

- Acceso autónomo: la persona con enfermedad mental busca empleo y lo encuentra, poniendo en funcionamiento todas las estrategias aprendidas en el proceso de rehabilitación o que ya poseía sin la supervisión directa de ningún profesional.
- Acceso tutelado: la persona localiza el puesto de trabajo y accede a él sin la intermediación visible de ningún agente. En este caso, el equipo rehabilitador puede intervenir, por ejemplo, realizando entrenamientos en todos los pasos para conseguir empleo (verbigracia: seleccionar ofertas de empleo, concertar citas preparar las entrevistas y analizar después cada una de ellas).
- Intermediación laboral: la intermediación laboral entre el trabajador y el empresariado se lleva a cabo con empleadores concienciados o con buenas experiencias con personas con enfermedad mental, para aquellos casos que

presentan mayores dificultades a la hora de acceder al mundo laboral.

- **Empleo con apoyo:** se puede definir como aquel empleo integrado en la comunidad, dentro de empresas normalizadas, para personas con discapacidad, en el que se aporta al trabajador apoyo dentro y fuera del lugar de trabajo a lo largo de su vida laboral y en condiciones de empleo lo más similares posibles a las de otro trabajador sin discapacidad en un puesto equiparable dentro de la misma empresa (15). En este caso es frecuente que la persona acceda a un puesto de trabajo en una empresa normalizada sin entrenamiento ni formación previa y, una vez en el puesto de trabajo, reciba el apoyo de un preparador laboral para facilitar su adaptación a éste.
- **Autoempleo:** supone la creación del propio puesto de trabajo en el sector que se considera más adecuado, según la formación propia o según las expectativas de negocio que se prevean. Las personas que trabajan para sí mismas se denominan autónomos o trabajadores por cuenta propia y pueden a su vez tener otros empleados a su cargo.

Empleo protegido. El empleo protegido en España se articula a través de los centros especiales de empleo y de las empresas de inserción.

Centros especiales de empleo. Los centros especiales de empleo (en adelante, CEE) se crean en la década de 1980, fundamentalmente promovidos por el movimiento asociativo de personas con discapacidad. Su misión es intentar asegurar un empleo remunerado para aquellas personas con un grado de discapacidad reconocido de al menos el 33% y que no pueden acceder al mercado laboral ordinario. Están definidos en la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, Ley 13/1982 de 7 de Abril) (16), en su título VII, como «aquellos [centros] cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado». El objetivo de los CEE es doble: por un lado, garantizar un empleo remunerado a personas con discapacidad que por sus condiciones no puedan acceder a un empleo normalizado, e intentar prepararlas para el paso al mercado ordinario.

El *enclave laboral* es el contrato entre una empresa del mercado ordinario de trabajo, llamada empresa colaboradora y un CEE para la realización de obras o servicios que guarden relación directa con la actividad principal de la empresa y para cuya realización un grupo de trabajadores con discapacidad del CEE se desplaza temporalmente al centro de trabajo de la empresa colaboradora.

Empresas de inserción. Las empresas de inserción (en adelante, IE) son aquellas que realicen cualquier actividad económica de producción de bienes o prestación de servicios y cuyo objeto social tenga como fin la integración y formación sociolaboral de personas en situación de exclusión social como tránsito al empleo ordinario.

A estos efectos proporcionarán a sus trabajadores, procedentes de situaciones de

exclusión, como parte de sus itinerarios de inserción, procesos personalizados y asistidos de trabajo remunerado, formación en el puesto de trabajo y habituación laboral y social. Asimismo, estas empresas deberán tener servicios de intervención o acompañamiento para la inserción sociolaboral que faciliten su posterior incorporación al mercado de trabajo ordinario.

Para favorecer el proceso de inserción de las personas con enfermedad mental en cualquiera de las formas que acabamos de describir, los diversos planes de atención a la salud mental han diseñado dispositivos especializados para la rehabilitación laboral. Veamos a renglón seguido las particularidades de estos recursos.

Centros de rehabilitación laboral: definición y características

Actualmente en España coexisten diferentes programas y recursos de rehabilitación laboral. Desgraciadamente, en la gran mayoría de las CCAA no existe una normativa específica que regule su funcionamiento. La diversidad del contexto asistencial y sociodemográfico en el que se ubican los recursos para la rehabilitación laboral, su cometido y dotación presupuestaria, la experiencia del dispositivo o los recursos materiales y humanos disponibles hacen que sus actividades y cartera de servicios se adapten a las circunstancias. Sería deseable que esta adaptación fuera siempre coherente con el modelo y la filosofía en que se asientan los principios de la rehabilitación laboral. De igual modo, resulta preciso recordar que los objetivos de la rehabilitación deben adaptarse a los recursos de los que se dispone (8), por escasos que éstos sean, aprovechando todos los recursos posibles en la comunidad (9). Sin embargo, en algunas CCAA, como es el caso de la de Madrid, sí se reglamentan estos dispositivos⁴. Tomemos este caso como referencia para describir sus características.

Los *centros de rehabilitación laboral* (en adelante, CRL) se definen como: «un recurso social específico cuya misión fundamental es favorecer la rehabilitación vocacional y laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comunidad, de modo que propicie su integración laboral, bien en fórmulas de empleo protegido, bien en la empresa ordinaria o en sistemas de autoempleo».

La población atendida en los CRL debe encontrarse en edad laboral, presentar déficits en su integración social y laboral, tener una mínima motivación para trabajar, presentar una situación psicopatológicamente compensada, estar en seguimiento por el centro de salud mental (CSM) de referencia y aceptar voluntariamente las condiciones del recurso. Se consideran criterios de exclusión la presencia de patrones de comportamiento disruptor o agresivo, pautas habituales de consumo de tóxicos como problema principal, problemas y dificultades objeto de rehabilitación psicosocial⁵, patologías que dificulten el abordaje y el trabajo de rehabilitación o cualquier impedimento legal para el ejercicio laboral. La [tabla 11.1](#) recoge las características fundamentales del perfil de los usuarios de distintos dispositivos de rehabilitación laboral.

Tabla 11.1 Perfil de usuario de CRL según propuesta de trabajo

Perfil del usuario según dispositivos				
	CO	F	CEE	EO
Diagnóstico de enfermedad mental	Sí	Sí	Sí	Sí
Recibe atención sanitaria en salud mental	Sí	Sí	Sí	Sí
No presenta conductas disruptivas que imposibiliten su participación en actividades grupales	Sí	Sí	Sí	Sí
Coordinación y apoyo sociofamiliar	Sí	Sí	Sí	Sí
Sintomatología negativa	Medio Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Habilidades cognitivas	–	Medio Alto	Medio Alto	Alto
Hábitos básicos de trabajo	Bajo	Medio Alto	Alto	Alto
Productividad (rendimiento de la actividad ocupacional-laboral)	Bajo	–	Medio Alto	Alto
Interesado en integrarse sociolaboralmente	Sí	–	–	–
Interesado en integrarse laboralmente	–	Sí	Sí	Sí
CO: centros ocupacionales/enclaves ocupacionales; F: formación; CEE: centro especial de empleo; EO: empresa ordinaria. Modificada de FEAFES, 2000.				

La derivación a los CRL tiene lugar habitualmente desde los CSM de referencia, que se encargan de su atención psiquiátrica y seguimiento. En algunas CCAA se plantea también la posibilidad de remitirlos desde otros dispositivos de la red de recursos comunitarios de salud mental. La inclusión en este programa no debe depender únicamente del diagnóstico, sino de las limitaciones que esta persona está encontrando en los diferentes momentos de la integración laboral (dificultades para la elección, consecución y/o conservación del trabajo) (18).

El equipo profesional es interdisciplinario y su número y composición puede variar entre las distintas CCAA. A modo orientativo, podemos encontrar los siguientes profesionales:

- Psicólogo.
- Técnico de inserción laboral o técnico de apoyo a la inserción laboral.
- Terapeuta ocupacional.
- Maestro de taller.
- Educador o monitor.
- Preparador laboral.
- Auxiliar administrativo.

Respecto a sus objetivos, de acuerdo con Rodríguez (1), los CRL persiguen:

- Posibilitar la rehabilitación laboral, dotando al sujeto de las habilidades sociolaborales necesarias para desenvolverse en el mundo del trabajo, favoreciendo el desarrollo de recursos personales, sociales y comportamentales que les preparen y capaciten para acceder y mantenerse en un empleo.
- Recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en éste.
- Favorecer la inserción laboral, en el empleo ordinario prioritariamente, y, si fuese necesario, en el empleo protegido (centros especiales de empleo, empresas de inserción) o mediante la creación de empresas sociales o autoempleo.
- Articular y organizar los contactos con los dispositivos de formación profesional.
- Fomentar la implicación de empresarios, instituciones, asociaciones y organizaciones en la inserción laboral de este colectivo.

En lo referente a la intervención, en los CRL ésta se estructura gracias a planes individualizados de rehabilitación e inserción laboral. Las conclusiones obtenidas a partir de los resultados de la evaluación inicial nos permiten elaborar tales planes, en los que quedan reflejados las dificultades a superar, las conductas que deben extinguirse y las habilidades y hábitos que deben recuperarse o potenciarse. Todo ello se organiza mediante la formulación de objetivos a largo y corto plazo, que deben alcanzarse con diversos abordajes, tipos y técnicas de intervención, desarrollados por los profesionales implicados, en espacios terapéuticos de carácter individual o grupal.

Cada plan individual debe ser flexible, dado que será objeto de continuas revaluaciones, revisiones y modificaciones que permitan su ajuste a la evolución de cada caso. Además, la secuenciación de los objetivos no debe ser arbitraria, ya que una adecuada organización temporal condiciona en gran medida la eficacia y el éxito de la intervención (19). El diseño de un plan ajustado a las características de cada individuo favorece la conexión de las diversas intervenciones, su nivel de concreción, maximizándolo, y facilita la coordinación de recursos (sin descartar *a priori* ninguno, evitando de esta manera reducir las posibilidades de éxito). Finalmente, cada plan de rehabilitación o inserción es consensuado o acordado con el individuo para el que ha sido diseñado.

Estos dispositivos funcionan en régimen de atención diurna. Los sujetos que participan en los CRL lo hacen en función de sus objetivos y necesidades individuales, de acuerdo con su plan individualizado de rehabilitación e inserción laboral. Por tanto, la duración de la estancia es variable y ajustada a las necesidades de cada caso.

El equipo del CRL trabaja de forma coordinada y coherente desde la misma confección del plan y a lo largo de su desarrollo, aportando cada cual la visión y

conocimientos propios de su disciplina.

Terapia ocupacional en centros de rehabilitación laboral

Los principales objetivos de terapia ocupacional en estos dispositivos son fomentar y apoyar la implicación de la persona en actividades que hagan posible la preparación de su incorporación al mercado del trabajo. No obstante, también es necesario preservar el equilibrio entre la actividad profesional y otras áreas de ocupación; esto es, lograr que la persona sea productiva, pero que también se ocupe de su automantenimiento, disfrute de su tiempo de ocio y decida cómo, con quién y dónde quiere participar de manera activa en la comunidad. Tratamos de facilitar que la persona pueda otorgarle sentido a un proyecto vital, el suyo propio, en el que se incluyan actividades laborales como parte de dicho proyecto. Por tanto, a nuestro modo de entender, resulta imprescindible comprometer a todos aquellos agentes, tanto familiares como sociales, que rodean al individuo, puesto que sirven de soporte y apoyo durante el proceso de rehabilitación laboral.

Objetivos

De modo orientativo, los principales objetivos de terapia ocupacional en los CRL son:

- Evaluar el funcionamiento ocupacional de la persona y colaborar en la evaluación de aquellas áreas vinculadas con el desempeño de un puesto de trabajo.
- Evaluar y modificar el desempeño ocupacional diario de la persona en sus actividades cotidianas; verbigracia: cuidado y aseo personal, actividades de ocio y participación social, realización de trámites o utilización de recursos comunitarios. El planteamiento es tratar de determinar cómo tal funcionamiento impacta o puede hacerlo en la obtención y mantenimiento de un puesto de trabajo.
- Favorecer la exploración de intereses formativos y laborales, así como la toma de decisiones para poder iniciar un proceso que le permita obtener un empleo.
- Participar en el proceso de orientación y ajuste vocacional, vinculándolo con el equilibrio de las diferentes áreas del desempeño ocupacional, con la satisfacción personal y la participación del individuo en su entorno más inmediato.

Estos objetivos se alcanzan de forma coordinada con el resto de los componentes del equipo interdisciplinario de los CRL.

Pautas de intervención

Al igual que hemos venido realizando en el resto de capítulos dedicados al quehacer profesional del terapeuta ocupacional en los diferentes dispositivos de atención a la salud mental, en éste seguiremos criterios idénticos para desarrollar de manera más extensa y pormenorizada las diferentes pautas de intervención propias de nuestra disciplina. Nos referiremos, por tanto, a aquellos aspectos vinculados con la evaluación y el proceso de intervención.

En lo que respecta a la evaluación, supone la fase inicial del proceso de rehabilitación laboral y es el elemento clave que articula el continuo de la intervención, sirve pues de guía para reajustar las estrategias de intervención y apoyo⁶.

La especificidad de la evaluación laboral se concreta en la exploración de tres grandes áreas, recabando información acerca de los siguientes aspectos:

- Historia formativa y laboral previa y posterior al inicio de la enfermedad:
 - Formación reglada.
 - Formación no reglada.
 - Historia laboral.
- Aspectos vocacionales:
 - Motivación laboral: objetivos laborales actuales.
 - Intereses vocacionales.
 - Expectativas laborales.
 - Relación con el mundo laboral.
- Habilidades de búsqueda de empleo
 - Ajuste laboral y social: hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.
 - Conocimiento y acceso a fuentes de información sobre empleo.
 - Estrategias y continuidad en la búsqueda de empleo.
 - Elaboración de un Currículum vitae.
 - Cumplimentación de solicitudes o formularios.
 - Uso del teléfono y otras tecnologías de información y comunicación para concertar entrevistas laborales.
 - Manejo de entrevistas laborales.
 - Asertividad laboral.
 - Apoyo familiar y social.

Asimismo, durante la evaluación debemos considerar el desempeño actual del sujeto en otras áreas de ocupación, específicamente en aquellas actividades que

pueden influir de manera directa en el proceso de rehabilitación laboral:

- *Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)*: nivel de autonomía personal, autocuidado o higiene y aseo personal.
- *Sueño y descanso*: capacidad para ajustar horas de sueño y evitar el cansancio que pueda influir en el adecuado desempeño del puesto de trabajo.
- *Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*: movilidad en la comunidad, manejo de dinero y transportes, limpieza del hogar, realización de trámites burocráticos, entre otras.
- *Tiempo libre y participación social*: identificación de intereses y realización de actividades asociadas con estas áreas, así como el grado de satisfacción sobre su tiempo libre y la percepción de apoyo social.

Además, como siempre hemos sostenido en estas páginas, el desempeño en cualquier área de ocupación, también en la laboral, no puede comprenderse separado del contexto o entorno social, familiar, cultural y económico o político, dado que influye de forma determinante en el proceso de exploración vocacional, en la búsqueda activa de empleo y/o el mantenimiento de un puesto de trabajo. En consecuencia, los aspectos contextuales que condicionan y dan sentido al quehacer laboral deben ser evaluados de manera exhaustiva.

Los resultados obtenidos gracias a la evaluación nos permitirán diseñar un plan de intervención individualizado, seleccionando una o varias actuaciones, organizadas secuencialmente, para abordar las necesidades particulares de cada individuo en su proceso rehabilitador.

Como hemos apuntado con anterioridad, podemos considerar la rehabilitación laboral como un conjunto de medidas, de distinta naturaleza, encaminadas a favorecer la integración laboral de la persona con enfermedad mental crónica. Por tanto, la intervención óptima sería aquella en la que el puesto de trabajo concreto está disponible y es posible la realización del entrenamiento *in situ*.

Cuando esto no es posible, se lleva a cabo de forma previa, a través de diferentes medidas, que respondan a las particularidades y necesidades de cada caso abordado:

- Orientación vocacional.
- Formación y entrenamiento para el empleo:
 - Entrenamiento de habilidades para el ajuste laboral.
 - Entrenamiento de hábitos de trabajo.
 - Entrenamiento de la asertividad laboral.
 - Apoyo a la formación profesional y mejora de la cualificación profesional.
 - Entrenamiento de las habilidades de búsqueda activa de empleo.
- Inserción laboral:

- Adaptación-readaptación de puestos de trabajo.
- Apoyo al acceso y mantenimiento del puesto de trabajo.

La realización de actuaciones de un tipo u otro, así como su orden cronológico, se establece en el plan individualizado de rehabilitación laboral, a la luz de las conclusiones obtenidas durante la evaluación inicial, para dar respuesta a las necesidades, motivaciones e intereses de cada individuo. La secuencia e intensidad de la intervención se marca de común acuerdo entre el profesional y el sujeto.

A continuación, examinaremos las particularidades de las diferentes intervenciones que más se utilizan en los procesos de rehabilitación e inserción laboral de personas con enfermedad mental.

Orientación vocacional

Según Rodríguez Moreno (2), orientación vocacional es: «el proceso de ayuda para que una persona pueda desarrollar e integrar un adecuado concepto de sí misma y de su papel en el mundo del trabajo, a fin de contrastarlo con la realidad y convertirlo en realidad para la satisfacción de sí misma y de la sociedad». Consecuentemente, el propósito último de cualquier intervención orientadora es relacionar las preferencias, deseos y aptitudes de un sujeto con las oportunidades profesionales o académicas de su medio, determinando su ajuste y estimando la capacidad del sujeto para responder a ellas, de tal forma que sea posible satisfacer sus propios intereses y los del contexto social. En otras palabras, la tarea orientadora consistirá en determinar, por un lado, los intereses del individuo, sus metas laborales o de formación y, por otro, fijar con qué ocupaciones puede alcanzar la satisfacción de estos intereses.

Orientar vocacionalmente implica un proceso continuo de *maduración* vocacional (conocimiento y desarrollo personal de la faceta laboral); *desarrollo* vocacional, gracias a las sucesivas elecciones del individuo y *elección* vocacional, que se concreta en períodos vitales críticos. Consiste en realizar un *diagnóstico vocacional*, en el que se analizan y establecen las características personales respecto al área laboral e *informar*, describiendo al interesado las exigencias y características de los distintos puestos de trabajo y actividades de formación. Por último, permite *predecir* las posibilidades de éxito, valorando el logro del sujeto.

Por tanto, el proceso de orientación vocacional debe ser considerado desde una perspectiva diacrónica; a lo largo del tiempo el sujeto desarrolla su capacidad para decidir, aceptar y consolidar su autoconcepto y para responsabilizarse respecto a las actividades vinculadas con su formación y el desempeño satisfactorio de una profesión.

Informar es un elemento crucial de la orientación vocacional –especialmente, sobre el mercado laboral o las ofertas formativas de la comunidad en el que reside el individuo – . Para suministrar una información rica y actualizada, el profesional debe tener siempre presente los rápidos cambios sociales, económicos y tecnológicos que influyen en la oferta de trabajo actual⁷. Usando otras palabras, el proceso de orientación está en estrecha relación con las demandas y cambios del mercado laboral, hoy por hoy en constante evolución, lo que imprime al proceso de orientación la necesidad de una constante atención a los nuevos yacimientos de empleo, en especial aquellos en los que las personas con las que trabajamos puedan tener una mayor facilidad para insertarse.

En resumen, orientar vocacionalmente es formar para la flexibilidad y adaptabilidad, persiguiendo elecciones realistas y satisfactorias, que optimicen las posibilidades y capacidades de los sujetos orientados, teniendo como horizonte

último la actualización del potencial del individuo mediante su actividad laboral.

Aspectos básicos del proceso de orientación vocacional

Cualquier procedimiento concreto de orientación vocacional debe considerar las múltiples variables que entran en juego al proporcionar una orientación eficaz. Entre ellas, las que logran un mayor consenso en la literatura especializada son habitualmente las siguientes.

En primer lugar, la edad del sujeto a quien se está orientando. Este aspecto influye de manera determinante, hasta tal punto que condiciona la denominación del mismo proceso de orientación vocacional. Así, se denomina orientación prevocacional cuando se realiza con individuos con una edad inferior a 16 años, mientras que se denomina orientación vocacional cuando la persona tiene una edad superior.

Los criterios resumidos en la [tabla 11.2](#) pueden servirnos de guía para relacionar el estadio de desarrollo vocacional, los objetivos del proceso orientador y las acciones genéricas que deben realizarse.

Tabla 11.2 Etapas de desarrollo vocacional, objetivos y acciones

Etapa de desarrollo	Objetivos de orientación	Acciones
Orientación prevocacional antes de los 16 años Etapa: Intereses-aptitudes	Favorecer aptitudes y habilidades Promover relaciones interpersonales Informar sobre amplios campos ocupacionales	Actividades grupales que fomenten el desarrollo interpersonal Actividades de desarrollo cognitivo y psicomotor
Orientación vocacional 16-19 años Etapa: Exploración	Formación polivalente Descubrir intereses, motivaciones, capacidades Informar sobre amplios campos laborales	Explorar el interés por el desempeño de actividades Actividades de formación general Actividades grupales que fomenten el desarrollo interpersonal
Asesoramiento académico-profesional 19-25 años Etapa: Elección de área ocupacional	Ayudar al conocimiento de las propias aptitudes Informar sobre diferentes formaciones académicas y profesiones Asesorar la elección de una formación u profesión acorde a las capacidades, intereses y aptitudes	Actividades de información del mercado laboral Actividades de entrenamiento en habilidades sociales
Asesoramiento para la promoción y el cambio Después de la formación	Asesorar en la elección de una especialidad Informar sobre las características	Actividades de orientación y

académica y/o durante el desempeño de un trabajo Etapa: Maduración profesional	específicas de un puesto de trabajo para la promoción Orientar para la formación continuada	formación laboral específica
Cambio como consecuencia de sufrir una discapacidad	Valoración de la capacidad residual Reorientar la formación o elección de un empleo tras padecer cualquier tipo de discapacidad Adaptación ergonómica del puesto de trabajo	Actividades diagnósticas de habilidades laborales Adaptación ergonómica Actividades de entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo Fichas profesiográficas Readaptación-adaptación de puestos de trabajo
Orientación en la jubilación	Ayudar para realizar ocupaciones no laborales Informar sobre los recursos comunitarios de ocio y tiempo libre Orientar para realizar ocupaciones concordantes con los intereses, aptitudes y motivaciones	

Inmediatamente después de la edad, la *motivación* es el aspecto más relevante que debe tenerse en cuenta. Dependiendo del autor que se consulte, la elección de una determinada profesión (o de la formación necesaria para ejercerla) está íntimamente relacionada con las *expectativas* y el *autoconcepto* del sujeto, así como con sus *valores e intereses*, además de, como es obvio, con las condicionantes sociales, culturales y económicas. Todos estos factores se relacionan e influyen mutuamente formando la motivación del individuo para elegir su profesión o área laboral⁸.

Una de las perspectivas teóricas más generalmente admitida para explicar la motivación humana, sobre todo en relación con la capacidad de acción, es aquella que subraya las relaciones de la motivación con las *expectativas*. Tanto las del propio sujeto como las de su entorno inmediato influyen de forma determinante en el comportamiento. A su vez, las expectativas están estrechamente relacionadas con los *estilos atribucionales* de cada individuo⁹.

Por su parte, los *valores* personales que atribuimos a los distintos ámbitos ocupacionales, otro factor íntimamente ligado a la motivación, tienen también un papel determinante en la elección vocacional. El término valores hace referencia a aspectos más generales que los intereses profesionales, más concretos, y afectan a otros ámbitos más amplios de la vida del sujeto. Conocer los valores de los individuos nos permitirá delimitar la intención general de sus decisiones respecto a sus elecciones vocacionales y laborales.

Diferentes autores (20,21) han definido distintos valores en relación con las

ocupaciones laborales. Una de las clasificaciones de valores más usada en relación con el ámbito del trabajo establece una diferencia entre los de carácter intrínseco y extrínseco. Por un lado, podemos considerar valores intrínsecos: altruismo, estético, teórico, independencia, social, político o religioso. Por otro lado, nos referimos a valores extrínsecos cuando hablamos de aspectos económicos, estilo de vida, seguridad en el trabajo, liderazgo, prestigio o reconocimiento.

Para su evaluación, existen pruebas estandarizadas que permiten determinarlos, como el cuestionario de Allport, Vernon y Lindsey (22, 23), o el cuestionario de valores de Gordon (24).

En lo que respecta a los *intereses*, podemos concebirlos como objetivos profesionales concretos hacia cuya consecución se dirigen los comportamientos de los sujetos; es decir, los intereses están detrás de lo que el individuo persigue o quiere conseguir en su área laboral.

En el proceso de orientación vocacional –específicamente, en las etapas de exploración y elección del ámbito ocupacional –, la exploración de los intereses profesionales manifiestos del sujeto tiene una importancia capital para predecir la probabilidad de éxito del proceso. Además, una vez conocidos, podremos informarle sobre las características específicas de las áreas en las que el individuo muestra interés. Muchas veces los intereses son reflejo de las necesidades emocionales básicas del individuo y, por lo tanto, tendrán gran repercusión en la integración y adaptación general del sujeto.

Para el análisis de los intereses profesionales o vocacionales se han desarrollado herramientas de evaluación e inventarios de intereses, que aportan información sobre áreas ocupacionales genéricas. Los datos obtenidos por medio de estas herramientas, para un sujeto determinado, pueden ser posteriormente contrastados con sus habilidades y capacidades, relacionándolos con las exigencias particularidades de ciertas profesiones contenidas en los distintos ámbitos o áreas ocupacionales que interesan al sujeto. De esta forma, podemos mejorar nuestra orientación vocacional para la elección vocacional o profesional adecuada. Algunas de estas herramientas son el inventario de intereses profesionales de Strong (25), Registro de preferencias vocacionales de Kuder (Kuder-C) (26), IP de Thurstone (27), RMI de Rothwell-Miller (28) o el Temario Vocacional de García Yagüe (29). Entre las más utilizadas en nuestro contexto y en los CRL se encuentran las siguientes¹⁰:

- **Test CIPSA**, de F. Seara (30), que permite valorar, desde un punto de vista personal, social y económico, más de 160 profesiones de todos los ámbitos.
- **Test IPP (Intereses y preferencias profesionales)** (31): recoge más de 200 profesiones, actividades y tareas sobre las que el usuario expresa su opinión: me gusta, no me gusta, la desconozco, me resulta indiferente. El resultado nos permite clasificar sus intereses vocacionales por áreas de trabajo: administrativa, creativa, manual, técnica, etc.

- **Cuestionario de motivación laboral para personas con enfermedad mental crónica (9)**: mide el grado de motivación para trabajar. Nos permite diferenciar distintos factores motivacionales: satisfacción laboral, integración al entorno laboral, aceptación social, desempeño social o asertividad laboral.
- **Listado de ítems sobre acercamientos laborales (9)**: indica el número de aproximaciones que realiza el usuario hacia el mercado laboral, así como el tipo, la frecuencia, métodos que emplea o apoyos con los que cuenta.
- **Inventario de preferencias profesionales (9)**: describe más de 50 tareas y trabajos, a las que el usuario debe responder si las elige o no para desempeñarlas a corto y/o medio plazo, así como si precisa formación para realizarlas. También indicará el grado de preferencia con el que elige las distintas profesiones.
- **Listado de ítems de intereses vocacionales (9)**: aporta información general sobre las preferencias laborales del usuario, motivación para trabajar, apoyos recibidos de su red social, expectativas laborales, entre otras.

Los datos obtenidos a través de estas pruebas estandarizadas constituyen únicamente una fuente más de información, de entre todas las consultadas, para interpretar la realidad del sujeto. Por tanto, no deben ser interpretados en ningún caso como el resultado definitivo de la evaluación¹¹.

Por último, otro de los aspectos determinantes en la elección de una profesión y, por tanto, en el proceso de orientación vocacional son las circunstancias sociales, culturales y económicas del sujeto. Verbigracia, la influencia de modelos familiares, la clase social, el género, los recursos económicos o la disponibilidad de instituciones educativas próximas a la comunidad en la que reside son aspectos de enorme importancia que condicionan la elección vocacional.

Antes de dar por finalizada esta rápida descripción de las variables exploradas durante el proceso de orientación vocacional, nos gustaría destacar que cada una de ellas tiene un peso específico para cada caso abordado, peso que debemos calibrar en nuestras conclusiones y pautas de orientación. El peso particular de cada variable puede ser determinante en el proceso de orientación. Pongamos un ejemplo; no siempre los datos obtenidos a través de pruebas estandarizadas o tests serán los datos de mayor importancia; la edad del sujeto, su entorno social y familiar pueden tener mayor relevancia que sus intereses o valores. No podemos actuar de manera automatizada, debemos contemplar cada caso, cada persona, como única y realizar un análisis de los múltiples factores intervinientes como paso previo a cualquier pauta o indicación. La exploración de todas estas variables es ineludible en todos los casos y los datos aportados deben ponerse en relación con las características idiosincrásicas (capacidades, conocimientos, aptitudes y habilidades) del sujeto evaluado. Dependiendo de las características del individuo, los objetivos de la orientación y las actividades diseñadas con tal fin son distintos.

Formación y entrenamiento para el empleo

Entre las intervenciones dirigidas a la *formación y entrenamiento* para la consecución y mantenimiento de un empleo podemos diferenciar las centradas en el entrenamiento del *ajuste laboral*, de *hábitos básicos* de trabajo, de la *asertividad laboral*, de las *habilidades de búsqueda de empleo* y las de *apoyo a la formación* profesional y mejora de la cualificación profesional. Veamos sucintamente sus principales particularidades.

Entrenamiento del ajuste laboral

Podemos definir *ajuste laboral* como aquel conjunto de hábitos de trabajo básicos y de habilidades sociales en el ambiente laboral que posibilitan que una persona se mantenga en un puesto de trabajo en las mejores condiciones posibles.

Según Liberman (4), su evaluación debe realizarse en el propio lugar de trabajo o, en su defecto, en un ambiente estructurado lo más parecido posible a éste. Watts (32) sostiene la utilidad de emplear un ambiente de trabajo simulado, «el taller rehabilitador», que debe funcionar de la manera más parecida a una pequeña fábrica, cuando no es posible llevar a cabo una evaluación en circunstancias reales.

Resumidamente, las principales habilidades de ajuste laboral que se abordan en el entrenamiento son las siguientes:

- Hábitos básicos de trabajo: asistencia, puntualidad, hábitos de higiene, manejo de equipo y herramientas, cuidado del material, continuidad en la tarea, resistencia a la fatiga, resistencia a la monotonía, reacción a los cambios de trabajo, cumplimiento del horario laboral, higiene y seguridad en el trabajo, utilización de ropa de trabajo.
- Habilidades sociales en ambiente laboral: interacción con compañeros, capacidad para iniciar y mantener conversaciones, para ofrecer o solicitar ayuda, para expresar críticas o valoraciones, administración del tiempo libre, independencia de la supervisión o autonomía en el trabajo, capacidad de dirigir el trabajo de los compañeros, para tolerar críticas, aceptación de la autoridad.
- Habilidades centradas en la tarea: velocidad y calidad de la producción, habilidades para cambiar de tarea, iniciativa y creatividad, habilidades para trabajar en equipo, capacidad de adaptación a diferentes tareas.
- Habilidades cognitivas: atención y concentración, comprensión y seguimiento de instrucciones, memoria para las instrucciones, habilidades de resolución de problemas, capacidad de aprendizaje.

Entrenamiento de hábitos básicos de trabajo

El entrenamiento de hábitos básicos de trabajo se lleva a cabo en un entorno laboral simulado, en el que el individuo adquiere o recupera hábitos y habilidades laborales comunes a cualquier empleo. Resumamos esquemáticamente las características básicas de este tipo de entrenamiento.

- Ha de tener un carácter polivalente y multidisciplinario. Resulta, por tanto, aconsejable no sólo centrarse en una tarea o actividad laboral concreta durante el entrenamiento, sino abarcar un espectro más amplio, diseñado por el terapeuta ocupacional en función de las habilidades o hábitos específicos que formen parte de los objetivos a trabajar con la persona en cuestión.
- No tiene carácter productivo, no prima la obtención de un rendimiento económico, ya que de esta manera el objetivo principal (adquirir habilidades básicas para la inclusión en el mercado laboral) puede verse comprometido.
- Reproduce un marco de trabajo «normalizado», ya que dentro de él se reproducen espacios lo más similares a la realidad (respecto a los horarios, objetivos y relaciones personales). Incluso cambia la forma en que se denomina de forma genérica a la persona que participa en él; al integrarse en este taller pasa de ser usuario o paciente a convertirse en *trabajador*, con toda la carga simbólica que este término posee. El desplazamiento de este rol al lugar que ocupaban otros supone uno de los factores esenciales en la integración sociolaboral.
- No es específicamente formativo, ya que el objetivo principal es dotar al trabajador de una serie de habilidades o hábitos de trabajo que pueda mantener en diversos ambientes laborales normalizados.
- La tarea propiamente dicha la establece el jefe de taller o monitor; esta figura es distinta a la del terapeuta ocupacional y se aleja en su naturaleza de lo puramente terapéutico. Antes de la realización de esta supervisión, este profesional, que forma parte del equipo interdisciplinario del dispositivo, debe reunirse con el terapeuta ocupacional para concretar las líneas de actuación, abordando posibles estrategias de intervención. De igual modo, debe conocer muy bien los entresijos de la rehabilitación laboral (objetivos, principios y métodos), lo que permite resaltar logros, respetar tiempos de adaptación y aprendizaje de cada trabajador, servir de modelo, incentivar, reforzar, etc.

La tarea o actividad laboral que el individuo realiza en el taller debe tener las siguientes características, que el jefe de taller o monitor tiene que conocer. Estos elementos nos permiten graduar las diferentes actividades y extraer el mayor partido posible:

- *Ajustada a las necesidades*: tareas individualizadas, destinadas al adiestramiento manual, al aprendizaje, al aumento de la capacidad de esfuerzo, a la adquisición de una mayor capacidad de concentración. Otras tareas pueden estar enfocadas a lograr un incremento de la tolerancia al trabajo repetitivo y a las frustraciones.
- *Interesante para el trabajador*: ya que de esta forma se despertará y mantendrá el interés y motivación por su realización.
- *Ajustada a sus posibilidades*: que no exceda las capacidades del sujeto que la realiza y se convierta en un motivo de desajuste psicopatológico o estrés.
- *Adaptable en su grado de complejidad*: resulta necesario que la complejidad de las tareas puede graduarse progresivamente.
- *De desarrollo grupal o individual*: las actividades realizadas pueden tener un carácter individual y/o grupal.

En su conjunto, el *taller rehabilitador* debe poseer aquellas características que hagan de él un lugar que contribuya a:

- Despertar los intereses vocacionales de las personas que participan en él: favoreciendo la exploración y consolidación de aquéllos a lo largo del tiempo. El planteamiento, por tanto, es eminentemente práctico y, de preferencia, con actividades de índole grupal.
- Modificar intereses desajustados: las tareas que se realicen dentro del taller no tienen que reforzar el desajuste, deben asignarse favoreciendo el objetivo de despertar nuevos intereses y la competencia del individuo.
- Posibilitar un ámbito de trabajo abierto: que favorezca la formación reglada de sus miembros (si hubiese necesidad), en momentos en los que la persona necesite actualizar los conocimientos que tiene o adquirir otros nuevos.
- Adecuar un marco espacial y temporal en el que se aborden hábitos como la puntualidad que, como señala Anthony (33), es presumiblemente una de las primeras dificultades que deben entrenarse; la iniciativa, quizá la más difícil de alcanzar (34), pero la más necesaria para planificar y organizar el trabajo y favorecer la toma de decisiones. El miedo al error es la principal causa de inhibición de la iniciativa. Además, se abordarán todas aquellas actividades asociadas con otras áreas de ocupación (aseo personal o vestido, entre otras).
- Adquirir una serie de actitudes frente al trabajo: responsabilidad en el manejo de herramientas, materiales, ritmos de ejecución, resistencia al trabajo (evitar observaciones continuas del trabajador que puedan llevar al equívoco de éste en su desempeño) (35). Relación laboral entre trabajador y jefe: hacerla bien visible, definirla claramente y que se encuentre encaminada a resolver dificultades formativo-laborales.

En resumen, el entrenamiento de hábitos básicos de trabajo debe llevarse a cabo en un ambiente dinámico, en el que se incorporen todos aquellos elementos implicados en el proceso de rehabilitación laboral de las personas que participan en este tipo de entrenamiento.

Entrenamiento de la asertividad laboral

El entrenamiento de la asertividad laboral es una esfera de intervención específica, acotada gracias a la evaluación de la competencia social y de las habilidades sociales que posee un individuo¹². Como señala Castel (36), las intervenciones genéricas para el entrenamiento de las habilidades sociales generan en ocasiones una importante dispersión de los objetivos, que se asocia con dificultades significativas a la hora de generalizar lo aprendido fuera de las sesiones de entrenamiento. Por este motivo, es necesario que para que el programa de entrenamiento resulte eficaz delimitemos de forma clara las habilidades concretas que deben entrenarse, en un contexto lo más real posible. Al principio, el entrenamiento puede dar comienzo en la institución, centrándose en las habilidades de interacción del sujeto con los monitores o jefes de taller, pero es imprescindible continuarlo en espacios diferentes, más ecológicos, ya que el trabajador debe adquirir habilidades ante posibles situaciones reales que generen situaciones de estrés. El entrenamiento en asertividad laboral favorece el aprendizaje del trabajador en escenarios conflictivos generados por la relación laboral y genera respuestas positivas en el ambiente.

De manera genérica, podemos considerar los siguientes objetivos del entrenamiento de la asertividad laboral, metas que deben ajustarse a las necesidades y requerimientos de la intervención contempladas para cada persona:

- Dotar de habilidades de comunicación e interacción social necesarias para desenvolverse de modo eficaz en un entorno social y laboral normalizado.
- Generar estilos de conversación asertivos en el entorno laboral (decir no, expresar opiniones propias, negociar, hacer y recibir valoraciones sobre el trabajo, o aceptación de críticas).
- Dotar de estrategias de afrontamiento ante situaciones potencialmente generadoras de estrés.
- Aumentar las capacidades para la toma de decisiones o de iniciativas.
- Incrementar el sentido de eficacia y competencia como trabajador.

Como se describe de manera pormenorizada en el capítulo dedicado a la intervención grupal en terapia ocupacional (v. [capítulo 18](#)), el entrenamiento de la asertividad laboral, como de cualquier otra habilidad social, se basa en la evaluación previa de las habilidades de comunicación e interacción social específicas de cada trabajador. Las conductas verbales y no verbales pueden ser grabadas en vídeo para mejorar el entrenamiento, que se apoya en técnicas y procedimientos propios del marco teórico cognitivo-conductual (v. [capítulo 20](#)).

Apoyo a la formación

Este tipo de actuación es necesaria dada la escasa formación y cualificación profesional que poseen muchas de las personas con enfermedad mental. La aparición de la enfermedad a edades tempranas, como la adolescencia o la primera juventud, interrumpe el ciclo académico e impide la obtención de un título o formación profesional y/o laboral específica. El apoyo a la formación se realiza contando con la participación de instituciones de formación o profesorado especializado, siguiendo una programación específica que conduzcan a la consecución de una titulación y con horarios fijos no comprendidos dentro de los itinerarios generales de los CRL. Una de las grandes ventajas de este tipo de programas es que, en ocasiones, ofrece la posibilidad de incorporación a prácticas laborales en empresas u otro tipo de organismos normalizados.

Los objetivos genéricos de este tipo de intervención son los siguientes:

- Aumentar la cualificación profesional, acrecentando de esta manera los intereses vocacionales y las oportunidades de empleo.
- Posibilitar el acceso a módulos de técnicas específicas de formación, dentro de recursos normalizados o protegidos, donde se interactúa con otros grupos sociales.
- Incrementar las oportunidades de acceso a bolsas de empleo.

Durante el proceso formativo, el terapeuta ocupacional se encarga de facilitar que la persona afronte los posibles problemas y dificultades que encuentre, favoreciendo la probabilidad de éxito y, por tanto, de finalización de la formación (37, 38). El soporte a la persona puede realizarse bien a través de sesiones destinadas a reforzar contenidos específicos del programa que se está cursado o bien como apoyo en el lugar de realización de la formación.

Entrenamiento de las habilidades de búsqueda activa de empleo

La búsqueda activa de empleo implica la adquisición y entrenamiento de diversas técnicas para identificar puestos de trabajo y el desarrollo de las habilidades necesarias para consumirla, con el objeto último de lograr la inserción de la persona con enfermedad mental en el mercado laboral ordinario. Buscar activamente un empleo implica distintas acciones por parte del trabajador, desde la mentalización necesaria para focalizar su interés en la actividad que se va a llevar a cabo, hasta la elección, aceptación o rechazo de un puesto ofertado.

Las personas que se benefician de esta intervención son aquellas que se encuentran en edad de trabajar, que poseen hábitos básicos de trabajo consolidados y un adecuado ajuste laboral, que además tienen la motivación suficiente para desempeñar un empleo y para realizar la búsqueda.

Los objetivos generales de la intervención centrada en la búsqueda activa de empleo, dentro del proceso de rehabilitación laboral son los siguientes:

- Conocer los instrumentos que posibiliten que la persona realice una búsqueda de empleo activa, planificada y organizada para la consecución de su objetivo profesional y aprender a utilizarlos.
- Desarrollar las habilidades sociales específicas asociadas con la búsqueda y la consecución de un empleo.
- Conocer las diferentes posibilidades del mercado laboral en el entorno más inmediato de la persona.
- Promover la creación de grupos de motivación y apoyo, denominados «grupos de búsqueda», entre los participantes en estos espacios terapéuticos.

A la hora de realizar el entrenamiento para la búsqueda activa de empleo es necesario acotar áreas laborales, en función de las destrezas y habilidades personales, así como de los intereses, la formación laboral e, incluso, la experiencia laboral previa.

Por un lado, uno de los elementos fundamentales de este tipo de intervención es el conocimiento pormenorizado del mercado, los perfiles exigidos y las características del puesto. Por otro, el manejo de los instrumentos y canales básicos para la búsqueda de un empleo: realización de entrevistas laborales, gestión telefónica, utilización de tecnologías de la información y de la comunicación, completar impresos y solicitudes, elaboración del Currículum y de cartas de presentación, pruebas básicas, análisis de anuncios, redacción de autocandidaturas, etc. Asimismo, es necesario completar estas actuaciones con un entrenamiento

específico de habilidades laborales y de comunicación e interacción; entre ellas: escucha activa, presentación, hablar en público, asertividad, relación con los compañeros, trabajo en equipo, seguimiento de instrucciones, manejo de dinero, organización de tareas, organización de tiempos de descanso, derechos y deberes del trabajador, conocimiento del entorno más próximo.

Los espacios terapéuticos para llevar a cabo este entrenamiento puede ser tanto de índole individual como grupal, primando intervenciones dinámicas y prácticas, ligadas al siguiendo de modelos eficaces. Para muchas tareas es recomendable grabar en vídeo la sesión, para posteriormente observar y analizar el comportamiento de los participantes. En ocasiones se realizan visitas a empresas y a otros organismos con el objeto de conocer *in situ* el contexto, las características y las tareas que se realizan en ellas.

Los factores que mejor predicen el éxito en la búsqueda activa de empleo son los siguientes:

- Selección de ofertas de empleo ajustadas: además de informarse de cómo, cuándo, dónde y qué hay que hacer para acceder al puesto.
- Solicitar ayuda ante las dificultades.
- Compartir con la familia y su entorno la búsqueda de empleo.
- Cuidar el aspecto personal.
- Poseer un ajuste laboral adecuado.
- Mostrar expectativas coherentes con un apoyo familiar adecuado.
- Buen autoconcepto y buena autoimagen personal.
- Poseer una motivación laboral real (no sólo expresada).

Obviamente, todas las habilidades que acabamos de describir en los diversos tipos de intervención se abordan aplicando distintas técnicas, en general articuladas en torno a la realización de actividades laborales, prelaborales o de búsqueda de empleo. Con frecuencia, los procedimientos y las técnicas empleados se basan en los principios del marco teórico cognitivo-conductual y del trabajo con grupos (para revisar con detenimiento sus características, véanse los [capítulos 20 y 18](#)).

Inserción laboral

Cuando las alteraciones asociadas con la enfermedad mental de un individuo causan una discapacidad—esto es, cuando el sujeto tiene una restricción de su capacidad para realizar actividades dentro del margen que se considera normal, en nuestro caso, actividades laborales — , podemos desarrollar medidas dirigidas a la adaptación y readaptación¹³ de puestos de trabajo y al apoyo para el acceso y mantenimiento del empleo.

En los siguientes apartados veremos con más detalle los aspectos fundamentales de dichas medidas.

Adaptación-readaptación y diseño de puestos de trabajo

Sintéticamente, la readaptación y la adaptación (o diseño) de puestos de trabajo tienen como objetivos principales: la primera, la reincorporación de un sujeto a un puesto de trabajo que realizaba anteriormente, modificándolo para que se adecue a las capacidades del individuo; la segunda, el ajuste del puesto, de forma que éste no resulte incompatible con las características del sujeto o el perfil de los individuos que lo ha de ocupar.

El planteamiento en el que se apoya la adaptación de puestos de trabajo se basa en el concepto de *ajuste del trabajo* («job matching»), que implica la adecuación o el acomodamiento entre las demandas requeridas para la realización de una actividad laboral concreta y las capacidades, competencia o destrezas del individuo que ha de realizarla. Se basa en el análisis y evaluación de las características del trabajo y del funcionamiento del trabajador, de forma que se puedan determinar las incompatibilidades en la interacción trabajador-puesto de trabajo y corregirlas o modificarlas si es necesario.

Básicamente, tratamos de modificar las demandas de un puesto de trabajo para que el sujeto, con las capacidades que posee, pueda realizarlo. Su carácter es compensatorio, no se centra en la recuperación funcional, sino que procura la compensación de las capacidades de un individuo para que pueda realizar un trabajo normalizado. Por tanto, su foco de atención es la participación activa de las personas con enfermedad mental en el mercado laboral.

De forma genérica, el proceso de adaptación de puestos de trabajo puede contemplarse desde dos enfoques complementarios:

- Adaptación del sujeto al puesto de trabajo, mediante la selección de personal, la formación y el entrenamiento.
- Adaptación del puesto laboral al trabajador, por medio de adaptaciones, ayudas técnicas y/o selección o diseño de puestos de trabajo.

El segundo enfoque es el que nos resulta más interesante en relación con la integración laboral de las personas con trastornos mentales, sobre todo en aquellas que presentan enfermedades graves, crónicas y de larga duración. Partimos de la premisa que sostiene que la causa de una discapacidad no siempre está ligada al factor humano, sino que, por el contrario, puede depender de factores ambientales, por tanto, externos al propio sujeto y susceptibles de modificación. La modificación de las características del puesto laboral es la directriz que guía este tipo de actuaciones, desde nuestro punto de vista, de especial importancia en el proceso de

integración sociolaboral de este colectivo.

Los procedimientos de adaptación y readaptación se sustentan en el *análisis del puesto de trabajo*. Su objetivo principal es determinar las demandas de un puesto de trabajo –entendidas básicamente como conocimientos y capacidades y destrezas motoras, sensoriales, cognitivas, psicológicas y de interacción social – , para compararlas con los conocimientos capacidades y destrezas que posee el trabajador que padece una enfermedad mental.

Para que el proceso de adaptación tenga éxito es imprescindible conocer detalladamente, por un lado, las características y demandas de los puestos de trabajo analizados y, por otro, las capacidades y condiciones de salud particulares del sujeto que lo ocupará. Por tanto, durante la intervención, junto al análisis del puesto debemos realizar una evaluación de la capacidad de funcionamiento y del estado de salud del trabajador, para ponerlo en relación con las demandas requeridas en la realización del trabajo al que accederá. Habitualmente, la evaluación específica de las capacidades y destrezas del trabajador se realiza en función de las características del puesto, de forma que nos sea posible establecer comparaciones entre unas y otras¹⁴.

En consecuencia, es imprescindible tener en cuenta que el análisis de las características del puesto de trabajo debe ser realizado sobre un puesto de trabajo concreto, en un lugar determinado; un trabajador puede ser totalmente apto para desempeñar un puesto e incapaz de llevar a cabo otro en un lugar diferente.

También nos gustaría destacar que la evaluación del funcionamiento del trabajador en relación con las demandas del puesto de trabajo tiene un carácter positivo. Es decir, nuestro enfoque persigue valorar lo que puede hacer y no lo que es incapaz de realizar. Además, la evaluación del trabajador debe ser completada con la exploración de la globalidad de factores que influyen en la actividad laboral. Esto es, no nos interesa únicamente la relación trabajador puesto de trabajo, también nos interesan la motivación de la persona por trabajar, sus intereses vocacionales o su motivación y deseos. Teniendo en cuenta estas advertencias, veamos a continuación cómo se analiza un puesto de trabajo.

Análisis de puestos de trabajo

Un puesto de trabajo puede concebirse como un *sistema* formado por la interacción de un conjunto de elementos. El análisis del sistema, de sus elementos y relaciones, determinará las intervenciones que se deben realizar para la adaptación del puesto al sujeto que ha de desempeñarlo. Examinemos detalladamente esta idea.

La descripción del sistema sujeto-puesto de trabajo ha de tener en cuenta los siguientes componentes:

- Objetivos del sistema.
- Interacciones o relaciones del sistema: actividades, tareas e interacciones entre el

trabajador y el puesto de trabajo.

- Elementos del sistema, que entran en interacción con el trabajador: maquinaria, personas o herramientas.
- Entorno del sistema: ambiente o contexto físico, social y cultural.
- Capacidades, destrezas, conocimientos, competencias y características del trabajador.

En lo que se refiere a los objetivos, el fin último del sistema es la realización eficaz del trabajo requerido; es decir, completar las funciones asociadas con el trabajo en el puesto del trabajador. La descripción de las metas o fines coincide con los objetivos del sistema trabajador-puesto; es decir, la ejecución eficaz de la labor encomendada será el objetivo del sistema. Es imprescindible detallar y conocer con exactitud todas las funciones de cada puesto al analizar sus objetivos. Si no lo hacemos corremos el riesgo de pasar por alto determinados cometidos, tareas o funciones que, aunque no ocupen gran tiempo al trabajador, pueden ser importantes para llevar a cabo el trabajo de forma eficaz. Sucintamente, en el análisis de un puesto de trabajo debemos delimitar y describir los objetivos *principales* y *secundarios* asociados con el puesto.

Verbigracia, si analizamos el puesto de trabajo de cajero en una sucursal bancaria, el objetivo principal del sistema trabajador-puesto es la atención al público para resolver las operaciones que solicite. No obstante, otros objetivos secundarios, como la participación en reuniones y en cursos de formación continuada o la realización de balances y el cierre de la caja, son determinantes en la consecución con éxito de las funciones del puesto.

Establecidos los objetivos, nuestro análisis continúa circunscribiendo las interacciones que se producen en el sistema. Es decir, delimitando y describiendo cada una de las *actividades y tareas* realizadas por el trabajador. El análisis se basa en la observación del proceso de realización del trabajo, detallando de forma pormenorizada los antecedentes y consecuentes –al modo de un análisis funcional– en cada interacción que tiene lugar entre el trabajador y el puesto. Debe realizarse desde una perspectiva diacrónica, que contemple el conjunto de pasos necesarios para la consecución de los objetivos, su *frecuencia* y la *sucesión* en la que éstos tienen lugar.

Es muy importante limitar con claridad las actividades que se realizan y los pasos que se repiten con cierta frecuencia; a estos pasos podemos denominarlos tareas, puesto que la repetición de éstas puede influir de manera decisiva en las capacidades o destrezas que necesita el trabajador.

A modo de ejemplo, si un trabajador, operario de una cadena de montaje de automóviles, atornilla una pieza un número determinado de veces y después comprueba que ésta está ubicada de forma correcta según un patrón establecido,

debemos reseñar como una tarea atornillar piezas y comprobar su correcta ubicación.

Una vez establecidas las actividades y tareas, así como su frecuencia y la secuencia en que se dan, debemos identificar y describir los *conocimientos, destrezas y capacidades* (sensoriales, motoras, cognitivas, psicológicas y de interacción social) que entran en juego en cada una de las actividades y tareas que se han de realizar.

Habitualmente, dicho análisis está sesgado por las características del perfil de la población con la que trabajamos y/o por las particularidades del sujeto para el que se hace la adaptación. Si nuestro análisis de un puesto de trabajo se realiza para su adaptación a una persona con enfermedad mental, habitualmente se hará mayor hincapié en las funciones mentales globales y específicas que requieren la realización eficaz de los objetivos del puesto de trabajo. En última instancia las condiciones de salud y los déficits que presenta el sujeto abordado son la guía para analizar los requerimientos del puesto de trabajo.

La descripción de los conocimientos, destrezas y competencias necesarias en cada tarea y actividad nos permite elaborar listados o perfiles gráficos que hagan posible la comparación de las exigencias del puesto y de la capacidad del trabajador que ha de realizarlo.

El *entorno* o ambiente del puesto de trabajo es el siguiente objeto de análisis del sistema, para asegurarnos que ninguna incompatibilidad puede deberse a este aspecto. Debemos explorar el ambiente físico (materiales, temperatura, humedad, luz, ruido, etc.), social y cultural (interacciones sociales, aspectos organizativos, valoración social del puesto, etc.), virtual (cuando entren en juego tecnologías de la información y la comunicación), factores de riesgo laboral y medidas de salud laboral y protección del trabajador. Por su especificidad, debemos destacar en el análisis del entorno dos aspectos: en primer lugar, la descripción del *entorno inmediato al puesto* y de los *dispositivos técnicos* empleados (infraestructuras, útiles, instalaciones, vehículos, superficie de trabajo, mobiliario, herramientas, maquinaria, tecnologías de la información y la comunicación). La elaboración de un croquis en el que se incluyan estos aspectos puede ser de utilidad para sintetizar la información obtenida. En segundo lugar, la *accesibilidad* del trabajador al puesto de trabajo. Un sujeto puede estar capacitado para desempeñar un puesto de trabajo pero no hacerlo como consecuencia del simple hecho de que no puede acceder a él. Debemos descubrir e intentar eliminar aquellas barreras que dificulten o imposibiliten el acceso al puesto, arquitectónicas o las que conforman las actitudes del personal o los empresarios, los horarios laborales, la disponibilidad de medios de transporte al lugar de trabajo o cualquier otra que impida el ejercicio del trabajo por parte del individuo.

Todo lo que hemos planteado hasta este momento podemos sintetizarlo como un listado de preguntas a las que debemos dar respuesta al realizar nuestro análisis de cada puesto de trabajo (v. [tabla 11.3](#)).

Tabla 11.3 Análisis funcional de actividades y tareas

¿Qué hace el trabajador? Describir las actividades y tareas realizadas en la consecución de los objetivos del sistema de trabajo, diferenciando entre objetivos principales y secundarios
¿Para qué? Elaboraremos un diagrama del proceso de realización de cada actividad y tarea que compone el desempeño del trabajo. De esta forma quedará descrita su sucesión en el tiempo y su frecuencia
¿Cómo lo hace? Identificando para cada actividad y tarea los conocimientos, las capacidades y destrezas implicados en ellas. Describiremos las capacidades sensoriales, motoras, cognitivas y las habilidades sociales y factores psicológicos implicados en la consecución de cada actividad y tarea analizada
¿Dónde? Describiendo las características y condiciones del contexto del puesto de trabajo encomendado al trabajador
¿Con qué? Describiendo la maquinaria, herramientas y útiles de trabajo que se ponen en contacto con el trabajador y que son necesarias en el desempeño del trabajo realizado
¿Con quién? Describiendo las relaciones interpersonales en que se ve inmerso el trabajador en la realización de su labor en el puesto de trabajo
¿Cuándo? Reseñar el régimen de trabajo de cada puesto analizado

Por lo general, el análisis del trabajo, también denominado profesigrafía, nos permite conocer cómo es la estructura de un determinado puesto o empleo. El resultado de tal análisis se describe en las *monografías profesionales* y las *fichas profesigráficas*, herramientas básicas del análisis de puestos de trabajo. En ellas se registran los datos obtenidos y son los instrumentos básicos que permiten establecer comparaciones entre los puestos y los trabajadores. En el documento anexo a este capítulo en la página web describimos resumidamente las características de estas herramientas.

Apoyo al acceso y mantenimiento del puesto de trabajo

El apoyo al acceso y mantenimiento del puesto de trabajo supone la realización de tareas de supervisión, soporte y sostén de aquellas personas con enfermedad mental que han logrado cumplir sus objetivos profesionales, participando en alguna opción de inserción laboral, pero que necesitan apoyos (puntuales o sostenidos) para facilitar su adaptación al puesto de trabajo y/o la resolución de los posibles problemas que puedan acontecer para realizarlo o mantenerse en él.

Este tipo de intervención hace necesario el seguimiento periódico de los trabajadores, realizado tanto en la empresa u organismo en el que esté desarrollando su labor profesional como fuera de él. La periodicidad se establecerá en función del tipo de empleo y el trabajador sobre el que se realice este seguimiento (empleo ordinario, empleo con apoyo, empleo protegido, en empresas de creación de empleo). De igual modo, puede ser interesante la supervisión o seguimiento de grupos que busquen empleo y aún no hayan encontrado el puesto idóneo para su inclusión laboral.

Conclusiones

- La rehabilitación laboral es un proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar y preparar a personas con enfermedad mental crónica para su acceso y mantenimiento en el mundo laboral.
- Los CRL son el recurso sobre el que se estructuran las diferentes intervenciones que tienen por objetivo lograr la inserción de las persona con enfermedad mental en el mercado laboral ordinario.
- Las intervenciones del terapeuta ocupacional en los CRL se organizan en torno a la orientación vocacional, la formación y el entrenamiento para el empleo y la inserción laboral.

Bibliografía

- Rodríguez A. *El papel de los servicios sociales en la atención de las personas con enfermedad mental crónica: la experiencia de la comunidad de Madrid. En Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: situación y perspectivas*. Salamanca: INICO; 2001.
- Rodríguez Moreno L. *El mundo del trabajo y las funciones del orientador*, 1.^a ed. Barcelona: Barcanova; 1992.
- Lehman A.F., Ward N.C., Linn L.S. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry*. 1982;1271–1276.
- Lieberman R.P. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, 1.^a ed. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
- Tranco Bagué E. Terapia ocupacional en Rehabilitación Laboral. TOG (A Coruña) (Revista en Internet). 2009; 6 (Supl 5):45-67. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num5/rhbl.pdf
- Markas M. Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana, Aldaz J.A., Vázquez C. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación, 1.^a ed, Madrid: Siglo, 1996. xxi
- Rotelli F. Tiempo de Rehabilitación. *AMSM (Madr)*. 1995;(4):3–8.
- Colodrón A. *Rehabilitación Integradora. La Gaceta del Centro de Rehabilitación Laboral*, 1.^a ed. Madrid: Centro de Rehabilitación Laboral Nueva Vida de la Consejería de Servicios Sociales; 2001.
- Colis J.A. Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica. In: *Rehabilitación Laboral de Personas con enfermedad*

mental crónica: programas básicos de intervención. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid; 2001.

Galilea V, Colís J. Problemática y dificultades que sufren las personas con problemas psiquiátricos crónicos en su integración laboral. En: I Congreso de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. Varios Autores: Integración Laboral de Personas con Problemas Psiquiátrico Crónicos: de la Rehabilitación al Empleo. Madrid; AMSM (Madr) 1995.

Colis J.A. Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica. In: *Rehabilitación Laboral de Personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales; Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales; 2001.

Sobrino T. *Centros de Rehabilitación Laboral. Atención comunitaria, rehabilitación y empleo*. En: *II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental*. Salamanca: INICO; 2003. 97-126

Orviz García S, González Cases J. Factores que correlacionan con incorporación y mantenimiento laboral en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Revisión bibliográfica. II Jornadas de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: Tiempo de rehabilitación. Madrid; AMSM (Madr) 1994.

Ciardiello J.A., Bell M.D. *Vocational rehabilitation of person with prolonged psychiatric disorders*, 1ª ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1988.

Verdugo M.A., Jordán de Urríes F.B. *Empleo con apoyo y salud mental. Atención comunitaria, rehabilitación y empleo*. En: *II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental*. Salamanca: INICO; 2003. 153-64

Ley 13/1982, de 7 de abril de Integración Social de Minusválidos (Boletín Oficial del Estado de 30 de abril de 1982).

Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se regula el régimen jurídico básico de servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 9 de octubre de 1997).

Anthony W.A. *Vocational Rehabilitation of the Psychiatrically Disabled*, Mirabi R., ed. *The Chronically Mentally III. Research and Services*, 1ª ed, New York: Sage Pub., 1984.

Viz Otero M.C. Rehabilitación de pacientes psiquiátricos crónicos: abordaje no sanitario. *Rev Serv Soc Polit Soc*. 1989:66–73.

Rodríguez A., Sobrino T., Galilea V., Colis J., González J., Orviz S. Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos, Rodríguez A., ed.

Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos, 1.^a ed, Madrid: Pirámide, 1997.

Shepherd G. Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica, Aldaz J., Vázquez C. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación, 1.^a ed, Madrid: Siglo, 1996. xxi

Allport G., Vernon P., Lindzey G. *Study of Values*. Boston: Houghton Mifflin; 1960.

Allport G. The historical background of Social Psychology. In: Lindzey G., Aronson E. *Handbook of Social Psychology*. 3.^a ed. New York: Random House; 1985:1–46.

Gordon L. *Inventario de valores interpersonales*, 1.^a ed. New York: SIV; 1979.

Strong E. *Vocational interests 18 years after college*, 1.^a ed. Minneapolis: University of Minnesota; 1951.

Kuder F., Kuder C. *Registro de preferencias vocacionales*, 1.^a ed. Madrid: TEA; 1986.

Thurstone L. *Inventario de intereses profesionales (IP)*, 1.^a ed. Madrid: TEA; 1984.

Rothwell M. *Inventario de intereses profesionales (RMI)*, 1.^a ed. Madrid: MEPSA; 1970.

García Yagüe J. *Temario vocacional (TV-1976)*, 1.^a ed. Valencia: Miñón; 1977.

Fernández Seara J.L., Andrade García F. *CIPSA-Cuestionario de intereses profesionales*. Madrid: TEA; 2001.

De la Cruz M.V. *Intereses y preferencias profesionales (IPP)*, 1.^a ed, Madrid: TEA, 2000.

Watts F.N., Bennett D.H. *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*, 1.^a ed, México: Limusa, 1983.

Anthony W.A., Liberman R.P. The Practice of Psychiatric Rehabilitation. *Schizopoh Bull.* 1986:542–559.

Anthony W.A. *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*, 1.^a ed. Baltimore: University Park Press; 1979.

Vaz F.J., Casado M., Salcedo M.S., Bejar A. Psicopatología y conciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*. 1994;(4):66–74.

Castel R. *La metamorfosis de lo social. Una crónica del asalariado*, 1.^a ed. Argentina: Piados; 1997.

Cohen M.R., Farkas M.D., Cohen B.F., Unger K.V. *Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal*, 1.^a ed. Boston: Boston

University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 1990.

Nemec P., McNamara S., Walsh D. Direct skills teaching. *Psychosoc Rehabil J.* 1992;(1):13–25.

Watts F.N., Bennett D.H. *Rehabilitaci3n psiquiátrica. Teoría y práctica.* México: Limusa; 1983.

Autoevaluación capítulo 11

1. ¿Cuál de los siguientes factores no son considerados predictores en la integración laboral de las personas con enfermedad mental?
 - a. El diagnóstico psiquiátrico.
 - b. La historia psiquiátrica.
 - c. Los resultados en tests de inteligencia, aptitudes y personalidad.
 - d. El funcionamiento en ambientes no laborales.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. La literatura sugiere que tanto los factores indicados como la sintomatología presente no constituyen factores predictores en la integración laboral de las personas con enfermedad mental.

2. ¿Cuáles de los siguientes factores sí están considerados como predictores y se correlacionan con un desempeño adecuado en el mundo laboral?
 - a. Poseer una adecuadas habilidades de ajuste laboral.
 - b. La historia laboral previa.
 - c. Poseer unas expectativas e intereses desajustados al mercado laboral.
 - d. La medicación.
 - e. Las respuestas a y b son correctas.

Correcta: *e*. Los factores que sí predicen y correlacionan con un desempeño adecuado en el mundo laboral son lo siguientes: poseer una adecuadas habilidades de ajuste laboral, la historia laboral previa, poseer unas expectativas e intereses ajustados al mercado laboral, los resultados en pruebas que miden autoimagen y autoconcepto como trabajador, haber participado con éxito en programas de entrenamiento en búsqueda de empleo, el apoyo profesional y la motivación para trabajar.

3. Señale la respuesta correcta:
 - a. Los planes individualizados de rehabilitación laboral son el eje alrededor del cual se articula la intervención para cada usuario del centro de rehabilitación laboral.
 - b. Los terapeutas ocupacionales no participan en el diseño de los planes individualizados de rehabilitación laboral de los centros de rehabilitación laboral, sólo en la intervención.
 - c. Los planes individualizados de rehabilitación laboral no deben pactarse con los usuarios.
 - d. Ninguna es correcta.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *a*. Los planes individualizados de rehabilitación laboral, diseñados tras una exhaustiva evaluación, constituyen la columna vertebral de las

intervenciones de rehabilitación laboral y siempre deben estar consensuados con los usuarios.

4. ¿Cuál de las siguientes intervenciones no se considera específica de los centros de rehabilitación laboral?
- Orientación vocacional.
 - Entrenamiento en habilidades de ajuste laboral.
 - Entrenamiento en la exploración y desarrollo de actividades de ocio.
 - Entrenamiento en hábitos de trabajo.
 - Entrenamiento en asertividad laboral.

Correcta: *c*. Aunque se considera importante un adecuado equilibrio entre las diferentes áreas del desempeño ocupacional, el ocio suele abordarse desde otros dispositivos.

5. ¿Cuáles son las habilidades de ajuste laboral?
- Hábitos básicos de trabajo.
 - Habilidades sociales en ambiente laboral.
 - Habilidades motoras.
 - Habilidades cognitivas.
 - Las respuestas a y b son correctas.

Correcta: *e*. Las habilidades de ajuste laboral son conjunto de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en el ambiente laboral que posibilitan que una persona se mantenga en un puesto de trabajo en las mejores condiciones posibles.

- ¹ En este último caso, estas medidas se consideran de carácter compensatorio, puesto que no están centradas en la recuperación funcional del individuo, sino en la modificación de los puestos de trabajo, en su diseño y adaptación al trabajador.
- ² Esta diversidad viene marcada por cuestiones como las particularidades del territorio, las políticas regionales de atención a las personas con enfermedad mental, del mercado laboral próximo o la dotación presupuestaria.
- ³ No sólo eso, en muchos países del mundo las condiciones laborales de hombres, mujeres y niños están más cerca de la esclavitud y de situaciones de flagrante explotación que de constituir una ocupación saludable.
- ⁴ A través de su Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 (B.O.C.M. del 9 de octubre del 97) (17).
- ⁵ En el caso de la existencia de consumo de tóxicos o las dificultades objeto de rehabilitación psicosocial se valorará, en coordinación con el recurso específico correspondiente, la pertinencia de iniciar una intervención previa o paralela al proceso de rehabilitación laboral.
- ⁶ Recomendamos al lector releer el [capítulo 5](#) para poder obtener información más pormenorizada acerca del proceso de evaluación en terapia ocupacional.

- ⁷ Por tanto, debe ser un experto que conozca de forma detallada y actualizada las características del mercado laboral de la zona o región en que desarrolla su labor profesional.
- ⁸ Las teorías explicativas sobre la motivación humana son numerosas, tantas como marcos teóricos contemplemos. Cada una enfatiza distintos constructos básicos responsables de la motivación para el comportamiento y la acción del ser humano; desde las teorías psicoanalíticas, a las teorías conductuales, pasando por las humanistas o las asociadas con la neurociencia, las explicaciones son numerosas y complejas. Sin pretender adherirnos exclusivamente a ninguna de ellas –especulando que quizá cualquier intento de explicar la motivación humana apelando a teorías únicas está condenado al fracaso–, optamos en estas líneas por contemplar la pluralidad de sus posibles determinantes y apostamos por recoger las aportaciones más relevantes de las principales corrientes teóricas sobre la motivación, especialmente las más ligadas y congruentes con el proceso de orientación vocacional que nos ocupa y que con mayor frecuencia se citan en la literatura especializada.
- ⁹ Los estilos atribucionales conforman la manera en la que atribuimos el éxito y el fracaso de nuestras acciones a factores externos o internos, fijos o variables. Estos estilos influyen en las propias expectativas al enfrentar nuevos actos y también en el comportamiento emitido y, por tanto, condicionan la motivación para enfrentarlos. Así, este enfoque teórico, vinculado con las teorías humanistas, establece una estrecha relación entre la motivación y las expectativas, los estilos atribucionales, el comportamiento y el autoconcepto.
- ¹⁰ Algunos instrumentos específicos de terapia ocupacional pertenecientes al MOHO son: PPL, Entrevista del Rol de Trabajador (ERT) y la Escala de Impacto Ambiental para el Trabajo (WEIS).
- ¹¹ Además, como en otros casos, la aplicación de cualquiera de estas herramientas de evaluación requiere, por parte del evaluador, un conocimiento preciso de su forma de interpretación y sus características técnicas y psicométricas, para poder aplicarlas en el proceso de orientación. Por lo general, su aplicación la realizan otros profesionales del equipo.
- ¹² Emplazamos al lector a la lectura del [capítulo 18](#): «Grupos en terapia ocupacional», en el que se analizan de manera pormenorizada las intervenciones para el entrenamiento de habilidades sociales.
- ¹³ Cuando la demanda sea la reincorporación de un sujeto a su puesto de trabajo después de un período de enfermedad hablamos de readaptación de puestos de trabajo.
- ¹⁴ La evaluación de las destrezas del trabajador puede realizarse durante el proceso de evaluación ocupacional inicial o por medio de protocolos o procedimientos específicos gracias a los cuales se pueden evaluar capacidades concretas requeridas para el desempeño de un determinado puesto.

Nuevos retos de terapia ocupacional en salud mental

I. Zango Martín, D. Emeric Meaulle, P.A. Cantero Garlito

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Una visión general sobre la salud mental

La terapia ocupacional frente a los determinantes sociales de salud

El reto de terapia ocupacional: prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental mediante la ocupación

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Analizar la situación general sobre la salud mental.
- Cuestionar la base conceptual de la terapia ocupacional.
- Describir la prevención y la promoción de la salud mental desde la intervención de terapia ocupacional.
- Proponer futuras líneas de intervención de terapia ocupacional para mejorar la salud mental de la población.

Introducción

Según el *Informe sobre la salud en el mundo* realizado en el 2010 (1) por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socioeconómico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la *Salud para Todos* contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. Sin embargo, si bien se han producido avances en el acceso a los recursos sanitarios, la cobertura universal es en la actualidad una realidad utópica, así como la paz y la seguridad en el mundo. En relación con la salud mental, los recursos mundiales siguen siendo insuficientes para hacer frente al impacto que genera en la salud de la población (2).

Podemos definir la salud mental no sólo como la ausencia de trastornos mentales sino también como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad (3). Teniendo en cuenta esta definición de salud mental, algunas de las cuestiones a las que los terapeutas ocupacionales debemos dar respuesta en este ámbito son: *¿cuántas personas en el mundo contemporáneo podrían afirmar que tienen un estado óptimo de salud mental?, ¿qué tipo de intervenciones se realizan desde terapia ocupacional para mejorar la salud mental de la población?, ¿cuál es el reto al que nos enfrentamos los terapeutas ocupacionales si queremos realizar abordajes para mejorar la salud mental?, ¿la base conceptual de la terapia ocupacional considera los cambios que se han producido en el ámbito de la salud en las últimas décadas?*

Con el objetivo de ir abordando las respuestas a estas cuestiones, comenzaremos realizando una aproximación a la situación global de la salud mental a través de los datos y cifras ofrecidas por la OMS en el Proyecto Altas realizado en el 2001 (4) y en la revisión realizada en el 2005 (5). Por otro lado, se hará alusión a los planteamientos de terapia ocupacional frente a los determinantes sociales de la salud cuestionando los postulados de la disciplina e invitando a realizar una revisión crítica que permita moldear la terapia ocupacional para ofrecer respuestas a las situaciones planteadas por las personas afectadas por una enfermedad mental. Por último, se planteará la prevención y promoción de la salud mental mediante la ocupación como uno de los principales retos a los que debe hacer frente la disciplina de la terapia ocupacional en el mundo contemporáneo.

Una visión general sobre la salud mental

La salud mental sigue siendo un desafío importante para la salud pública. Si bien se considera la salud mental como determinante en la inclusión social, la participación en la comunidad y el desarrollo socioeconómico los recursos destinados a esta área, así como su abordaje, no corresponden a la urgencia de esta problemática, que tiene un importante impacto en la vida de las personas, de sus familias y de sus comunidades. Algunos datos significativos mundiales, europeos y nacionales en relación con la salud mental son los siguientes se exponen en las [tablas 12.1 a 12.3 \(6\)](#):

Tabla 12.1 Datos generales sobre la enfermedad mental

Una de cada cuatro personas padecerá alguna enfermedad mental a lo largo de su vida
Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental
Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas
El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias
Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado
Según datos de la Asociación Mundial de Psiquiatría, el 83% de la población general desconoce qué es la esquizofrenia

Tomada de OMS, 2005.

Tabla 12.2 Datos sobre la enfermedad mental en Europa

Los trastornos neuropsiquiátricos son la segunda causa de carga por enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares
La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, y explica el 6,2% de la carga causada por todas las enfermedades
El 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental
El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del producto interior bruto de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros
En los países europeos, el presupuesto para salud mental supone el 5,8% del presupuesto total en salud
En muchos países europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral

Tomada de OMS, 2005.

Tabla 12.3 Datos sobre la enfermedad mental en España

El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental
En España, algo más del 19% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que

se incrementará considerablemente en el futuro
Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado
Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros
Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar
La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es nueve veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y en las toxicomanías, por 86
Las personas con enfermedad mental, como sus familiares y los profesionales que las atienden, consideran que existen estereotipos «de peligrosidad» asociados con la enfermedad mental
Sólo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica tienen pareja estable y un 18% afirman no tener ninguna amistad
El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza. El 99% de los profesionales no lo cree.
El 56% de la población general confunde la enfermedad mental con el retraso mental
Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida son los trastornos depresivos y, a continuación, los trastornos de ansiedad. La prevalencia de la esquizofrenia es del 1,02%
El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, según un estudio en la Comunidad de Madrid

Tomada de OMS, 2005.

Teniendo en cuenta estos datos, los terapeutas ocupacionales deberán cuestionar el tipo de abordajes realizados en el ámbito de la salud mental y las demandas de las personas afectadas por la enfermedad mental, de modo que se produzca un abordaje integral en el que se considere fundamental no sólo la intervención de rehabilitación sino también la prevención y la promoción de la salud, adoptando roles que trasciendan la figura asistencial con la que los terapeutas ocupacionales estamos más familiarizados en el área de la salud mental.

La terapia ocupacional frente a los determinantes sociales de salud

Esta aproximación preliminar es la que nos conduce a reflexionar sobre cuáles son los emergentes que acontecen en la cotidianidad de las personas con problemas de salud mental, sobre cómo queda configurada nuestra realidad contextual y, fundamentalmente, sobre cómo todo ello interfiere en los procesos terapéuticos y en la optimización de nuestra disciplina para ofrecer acompañamientos válidos a los pacientes afectados por los mencionados procesos.

El marco del presente capítulo nos convoca a la toma de conciencia sobre dos cuestiones que resultan esenciales para un ejercicio profesional acorde al espacio y al momento socio histórico en el que se desarrolla la práctica. La primera tiene relación con el desafío de afrontar nuevas realidades, derivadas de un contexto dinámico, mientras que la segunda se vincula con la responsabilidad de aportar nuevas respuestas y alternativas que sirvan para reconstruir un mundo más justo en el que las personas, en general, y las personas con problemas de salud mental en particular, dispongan de las oportunidades necesarias para significar su existencia como ciudadanos.

Se ha considerado fundamental analizar los determinantes sociales de la salud con el fin de profundizar en sus repercusiones sobre la salud mental de la población. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, del poder y de los recursos mundiales, nacionales y locales, que depende, a su vez, de las políticas adoptadas (7). La OMS estableció en 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud y en el informe del 2008 se propusieron las siguientes recomendaciones:

1. **Mejorar las condiciones de vida cotidianas.** Para ello se plantea la promoción de la equidad, la promoción de un entorno saludable, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida y atención de salud universal.
2. **Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.** La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos.
3. **Medición y análisis del problema.** La Comisión apoya resueltamente que los gobiernos y el sector público desempeñen una función central en esas intervenciones, pero reconoce también la necesidad de que intervengan y presten apoyo las instituciones y organismos de ámbito mundial, las autoridades nacionales

y locales, la sociedad civil, las comunidades de investigación y académicas, y el sector privado.

En relación con las recomendaciones propuestas para mejorar los determinantes sociales de la salud es importante que los terapeutas ocupacionales analicen cuáles son las aportaciones que pueden realizar en este ámbito, tanto desde el terreno de la acción individual, como en el de la acción colectiva o corporativa. Para ello, es fundamental un análisis crítico de los postulados teóricos que sustentan la práctica, para generar un conocimiento que articule respuestas válidas y las implemente en la práctica, con el fin de afrontar nuevas realidades y sus problemáticas. Un movimiento crítico que, paradójicamente, podría estar pasando inadvertido ante los ojos de una praxis que se mostraría aparentemente estática ante la evolución del contexto o, lo que sería aún peor, atemporal o universalmente resolutoria. Por ello, son cada vez más los referentes profesionales que apuntan hacia la necesidad de cuestionar un ejercicio profesional «globalizable», llegando incluso a reconocer el valor de la pluralidad de la propia terapia ocupacional y, como consecuencia, la existencia de diferentes tipologías de ejercicio profesional válidas y de obligada coexistencia, recogidas bajo la expresión «terapias ocupacionales» (sin fronteras) (9).

Esta inquietud en el seno de la terapia ocupacional promueve el cuestionamiento de los postulados de la disciplina, lo que favorece que surja una terapia ocupacional acorde al mundo en el que se desarrolla, pues resulta éticamente poco justificable sostener una práctica no actualizada o en disonancia con el mundo que la rodea, a no ser que la propia práctica sea un elemento más para el adormecimiento de la conciencia social ante el acrecentamiento de las desigualdades y las problemáticas que de ello se derivan (11), haciendo caso omiso de las recomendaciones de la OMS en relación con los determinantes sociales de la salud.

De acuerdo con Hammell (9), los postulados centrales que sustentan la teoría y la práctica de terapia ocupacional son: las personas pueden influir en su estado de salud, la ocupación contribuye a dar sentido a la vida, las personas participan en ocupaciones como agentes autónomos y las personas necesitan controlar el entorno. Éstos han sido cuestionados, así como la taxonomía de la ocupación y los conceptos de independencia e individualismo.

La vinculación entre la salud y la ocupación es uno de los principales postulados sostenidos en terapia ocupacional. De acuerdo con Hammell, es cuestionable, ya que es una minoría poblacional la que puede referir el impacto positivo de la ocupación en su estado de salud (9). La mayor parte de la población no tiene la oportunidad de participar e involucrarse en ocupaciones significativas y, por consiguiente, las posibilidades de elegir, controlar y tener una influencia sobre sus vidas y, por ende, en su estado de salud, es limitada (9). Las limitaciones pueden estar relacionadas con prácticas discriminatorias, problemas de género, racismo u otras circunstancias contextuales como los desastres naturales, las guerras y otros eventos sobre los que

no se puede ejercer un control (9). Cabría pensar entonces que, ante determinados condicionantes estructurales de la salud, que imposibilitan la viabilidad del binomio ocupación-salud, la ocupación debería ser redefinida, así como el papel de los terapeutas ocupacionales, que debería orientarse más hacia el empleo de la ocupación como medio para la reversión de estructuras injustas y no saludables.

Otro postulado sostenido desde terapia ocupacional alude a que la ocupación contribuye a dar sentido a la vida, haciendo mención al trabajo como la ocupación más significativa. Sin embargo, el empleo contribuye a dar sentido a la vida para una minoría de personas que desarrollan trabajos relevantes, seguros y con buenas condiciones (9). Este postulado obedece al planteamiento occidental de la disciplina en relación con el empleo y con las políticas según las cuales se articulan los recursos en los que nos desenvolvemos, para las que la máxima expresión de la inclusión y la salud se vincula con la productividad y con la capacidad de ésta para suministrar recursos que favorezcan la independencia económica y sustenten y aseguren la capacidad de consumo. Sería preciso, por tanto, analizar qué ocupaciones significativas están al alcance de las personas que viven en situaciones de pobreza, cómo determinadas formas de empleo pueden ser una fuente de alienación (9), qué orientación adoptan los procesos que se emprenden hacia la consecución de un empleo «a cualquier precio» y cómo la ocupación puede desprenderse de medios y finalidades consumistas a efectos de cesar su contribución a la reproducción de un determinado modelo social, actuando como promotora de alternativas que ayuden a paliar la desigualdad y a encontrar la salud siguiendo las líneas estratégica que plantea la OMS.

Otro de los postulados que se ha demostrado específico para un grupo socioeconómico privilegiado, con unas condiciones políticas y geográficas concretas, considera que cada persona puede determinar e influir en su salud (9). Según Hammell, este postulado, presente en el modelo de la ocupación humana, es reiterado por Townsend y Wilcock sosteniendo que las personas participan en ocupaciones como agentes autónomos. Sin embargo, es importante señalar que esto es una realidad para las personas cuyas ocupaciones no están restringidas por el género, la clase, la casta, la religión, la educación, la pobreza, la etnia, la edad, la cultura, la localización geográfica, la orientación sexual u otros factores de diferencia o de acceso al poder (9). En este sentido, cabe remarcar que, aun encontrándonos en contextos más favorecedores y democráticos en los que pueda darse un cierto grado de influencia de la persona sobre su salud, los factores estructurales señalados previamente no nos son ajenos y están, de igual modo, presentes en nuestra realidad, lo que deslegitima, por tanto, esta premisa que vincula influencia individual y consecución de salud y que tantas reminiscencias tiene del sueño americano. ¿Empieza a ser quizás el momento de que la terapia ocupacional se plantee que su insistencia sobre la capacidad individual y la superación personal, que se da en el marco de un mundo injusto, no hace sino acrecentar la dimensión de la injusticia?

Por último, desde terapia ocupacional se sostiene que las personas necesitan controlar el entorno como un impulso innato y universal (9). Este postulado concuerda con la filosofía judeocristiana y no con las culturas centradas en el valor de vivir en equilibrio y en armonía dentro del entorno (9). El control del entorno ha tenido consecuencias visiblemente nocivas en la degradación del medio ambiente, de modo que el 20% de la población mundial explota el 86% de los recursos naturales del planeta (9), sometiendo además a la Tierra a un ritmo de explotación muy superior al de su capacidad de regeneración y abastecimiento. Ciertos modos de ocupación muy localizados en el espacio, muy estudiados y cuyos ejecutores se encuentran nítidamente identificados están, por tanto, demostrando su capacidad para desabastecer al mundo de recursos, para mantener la desigualdad estructural y, en definitiva, para deteriorar de manera irreversible nuestro planeta, bajo el amparo de una filosofía minoritaria que sostiene la necesidad humana de someter a su entorno. Ante ello, cabría preguntarse qué posicionamiento adopta la disciplina, qué papel está ejerciendo el profesional de la terapia ocupacional, qué modelos de promoción de ocupaciones sostenibles y ecológicas estamos siguiendo y si resulta ético, o no, contribuir al sostenimiento de un modelo de desarrollo escasamente centrado en las personas y que sobreexplota las oportunidades que brinda el presente para unos pocos a costa de hipotecar el futuro de la gran mayoría.

Según lo expuesto, parece que la terapia ocupacional se sustenta sobre pilares teóricos cuestionables desde el punto de vista de su capacidad para adoptar estrategias acordes con la promoción de la salud y los alineamientos que plantea la OMS. Sin embargo, no es objeto de este texto desarticular el valor de la ocupación como elemento para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, sino hacer reflexionar al colectivo sobre la necesidad de trascender los parámetros teóricos elementales de la profesión y acompañarlos de nuevos planteamientos y de un mayor componente de compromiso en la práctica. No basta, exclusivamente, con la aplicación de ocupaciones, deben darse las condiciones de justicia para que las personas no vean comprometidas estructuralmente sus oportunidades de alcanzar la salud y ello pasa, nos guste o no, por salir a la calle y trabajar hacia el cambio desde nuevas terapias ocupacionales.

Es decir, que la teoría y la praxis de la terapia ocupacional, tal y como la entendemos hoy, debe ir unida de una dosis de reflexión crítica en relación con el contexto en el cual se aplica localmente, y de una visión estratégica y global que permita analizar la forma en que los macrosistemas (económicos o políticos) que rigen el funcionamiento de los Estados interfieren o favorecen una distribución justa de oportunidades y recursos para todos.

Si la terapia ocupacional se incorpora al contexto sin crítica y análisis previos, seremos, como se ha mencionado con anterioridad, herramientas para el sostenimiento del sistema o, en el mejor de los casos, meros instrumentos para paliar o hacer más digeribles las consecuencias de la desigualdad.

El reto de terapia ocupacional: prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental mediante la ocupación

En la disciplina de terapia ocupacional, la salud se define desde una perspectiva ocupacional. De este modo, se considera el impacto positivo y/o negativo que las ocupaciones desarrolladas a lo largo de la vida tienen en el estado de salud de las personas (10). Tanto desde el punto de vista de la salud pública como de la terapia ocupacional, el objetivo planteado es mejorar la salud de la comunidad, facilitando su participación en ocupaciones saludables (10). De acuerdo con esto, en el ámbito de la salud mental es importante tener en cuenta las ocupaciones que favorecen la salud mental de la comunidad y, para ello, es fundamental tener como punto de partida los determinantes sociales de la salud señalados en el apartado anterior para realizar abordajes integrales.

Para Wilcock, la ocupación está estrechamente vinculada con el «hacer, ser, pertenecer, y llegar a ser» (*Doing, being, belonging and becoming*); afirma que esta ecuación ($d + b^3 = sh$)¹ contribuye a la supervivencia y a la salud de los individuos y las comunidades. A través del *hacer (doing)*, satisfacemos los prerrequisitos de supervivencia y salud (necesidades de subsistencia, autocuidado y protección; el *ser (being)* tiene como finalidad mantener la salud mediante el equilibrio entre las capacidades personales—proporcionando significado, finalidad y satisfacción—y, por consiguiente, determina el *sentido de pertenencia (belonging)* a la comunidad. Por último, *llegar a ser (becoming)* se refiere a la realización del potencial para facilitar el desarrollo individual, comunitario y social (10).

Wilcock afirma que *hacer, ser y llegar a ser* pueden contribuir a la salud y el bienestar o, por el contrario, puede abocar a la enfermedad y a la discapacidad. Esta autora plantea cuatro enfoques centrados en la ocupación que favorecen la supervivencia y la salud de los individuos y las comunidades. Los cuatro enfoques planteados son los siguientes:

1. *El desarrollo comunitario sostenible ecológicamente a través de la ocupación que combina los conceptos de desarrollo comunitario y sostenibilidad ecológica.* Por un lado, el desarrollo comunitario se plantea como un proceso de consulta, deliberación y acción de los miembros de una comunidad en el desarrollo de las capacidades y estrategias para dar respuesta a las necesidades y deseos a partir de sus propios recursos. Esto parte de la creencia de que las comunidades están en un proceso de continuo cambio y transformación. Según Wilcock, es difícil valorar la salud individual sin considerar la salud de la comunidad (10).

Por otro lado, la sostenibilidad ecológica alude a la interconexión e interdependencia de los grupos humanos, las sociedades y el mundo natural. Si bien la promoción del desarrollo sostenible ha sido considerada fundamental para la salud, según los planteamientos de la OMS, esto todavía representa un reto en la actualidad.

Por consiguiente, este enfoque se centra en la promoción global de la salud y el bienestar de la comunidad, favoreciendo la implicación frente a la degradación ecológica mediante un desarrollo socioeconómico que vele por una sostenibilidad global (10).

2. *La justicia ocupacional* se define como la restricción en la oportunidad para participar en ocupaciones significativas consecuencia de condiciones políticas y socioeconómicas desfavorables y la falta de recursos u oportunidades. El enfoque de justicia ocupacional para la salud se refiere a: «la promoción de condiciones socioeconómicas y políticas justas que incrementen la conciencia política individual y de la población, así como los recursos y las oportunidades para que las personas participen en el hacer, ser y llegar a ser a través de la implicación en ocupaciones saludables acordes con los prerequisites necesarios para la salud y la diversidad de la naturaleza de cada persona, sus capacidades y sus necesidades» (10).
3. *La prevención de la enfermedad y la discapacidad basada en la ocupación* se refiere a «la aplicación de la ciencia médica, del comportamiento, las ciencias sociales y la ciencia ocupacional para prevenir la enfermedad física, psicológica, social y ocupacional; los accidentes, y la discapacidad, y prolongar la calidad de vida de todas las personas a través de programas centrados en la ocupación, la mediación y la propugnación de iniciativas que aboguen por el hacer, ser y llegar a ser de las personas de acuerdo a sus necesidades de salud» (10). Si bien el interés por el enfoque preventivo estuvo presente en los orígenes de la disciplina, no cobró protagonismo en la terapia ocupacional hasta la década de 1970 (10). El enfoque preventivo mediante la ocupación es uno de los grandes retos que afronta la disciplina en la actualidad debido al incremento y al impacto en estas últimas décadas de las enfermedades infecciosas, los problemas de salud mental, la prevalencia de enfermedades crónicas ligadas al aumento de la esperanza de vida, los estilos de vida y los condicionantes políticos, económicos y medioambientales, entre otros. Así, investigar desde una perspectiva sociopolítica los determinantes ocupacionales de la salud y el impacto que el desequilibrio, la privación y la alienación ocupacional tiene en la salud mental de la población se considera un reto y una oportunidad para la disciplina de terapia ocupacional, así como para todas las disciplinas sociosanitarias.
4. *La promoción de la salud y el bienestar mediante la ocupación* es un enfoque de intervención escasamente desarrollado desde terapia ocupacional. Es determinante valorar el impacto que tiene el equilibrio y variedad en las ocupaciones en el

desarrollo de capacidades, la obtención de las necesidades básicas para la salud, y la significación, satisfacción y sentido de pertenencia (10).

Basándonos en lo expuesto, es relevante la investigación de los profesionales de la salud pública y de los terapeutas ocupacionales sobre la salud de la población considerando las necesidades ocupacionales a través de la investigación-acción participativa (IAP) (10). Ésta se considera apropiada para sensibilizar a la población sobre su problemática, ya que favorece el análisis de la situación implicando a la comunidad en la búsqueda de soluciones y considera que las personas de la comunidad son los principales expertos en relación con las ocupaciones significativas, de pertenencia, satisfactorias y que tienen un impacto en su bienestar y salud. Para Wilcock, es necesario realizar investigaciones que vinculen el desarrollo comunitario sostenible ecológicamente, la justicia ocupacional, la prevención y la promoción, y la salud centrada en la ocupación desde una perspectiva de derechos humanos.

El planteamiento ocupacional de la salud de Wilcock invita a los terapeutas ocupacionales a adquirir competencias y a asumir roles que favorezcan la identificación de los determinantes sociales de salud considerando aspectos que inciden de forma directa en la salud (10). Para ello es importante un abordaje interdisciplinario que promueva el desarrollo de comunidades saludables.

Conclusiones

- La terapia ocupacional y sus profesionales están desarrollando nuevos y desafiantes roles en enfoques de prevención y promoción de la salud ocupacional de las comunidades.
- Estos cambios nos conducen hacia la necesidad de cuestionar determinados planteamientos teóricos que nos revelan la forma de entender el mundo de una minoría acomodada.
- Desde el cuestionamiento de los postulados que rigen esa forma particular de entender la disciplina se perfila una intervención continua en la que se complementa la acción asistencial con los planteamientos de acción, participación y desarrollo comunitario.
- Todo esto implica asumir nuevos roles profesionales que han de ser compatibles, complementarios y coordinados con los ya existentes, y desarrollar nuevas vías metodológicas para implementar terapias ocupacionales más educacionales, más habilitadoras, más facilitadoras, más transformadoras, más participativas y capacitadoras.

Bibliografía

Stienne C., Asamoah-Baah A., Evans D.B., Elovainio R., Humphreys G. *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS; 2010. Informe de trabajo [acceso el 18 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [acceso el 18 de febrero de 2011]. Centro de prensa OMS. El nuevo atlas de salud mental de la OMS muestra que los recursos de salud mental siguen siendo insuficientes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2005/np21/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 [acceso el 18 de febrero de 2011]. Centro de prensa OMS. ¿Qué es la salud mental? Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud; Resultados proyecto Atlas. Ginebra: OMS; 2001. Resultado de trabajo [acceso el 21 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/atlas_1_3_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [acceso el 20 de febrero de 2011]. Project Atlas: Resources for Mental

Health. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

Área de profesionales de los medios [sede Web]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008 [acceso el 15 de febrero de 2011]. Datos sobre enfermedad mental. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/

Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [acceso el 15 de febrero de 2011]. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

Iammell K.W. Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Can J Occup Ther*. 2009;6–13.

Martínez Reguera E. *Cachorros de nadie. Descripción psicológica de la infancia explotada*, 5.^a ed. Madrid: Editorial Popular; 2007.

Wilcock A. *An occupational perspective of health*, 2.^a ed. Thorofare: Slack Incorporated; 2006.

Autoevaluación capítulo 12

1. El informe elaborado por la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los determinantes sociales de la salud propuso las siguientes recomendaciones. Señale la respuesta correcta:
 - a. Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
 - b. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
 - c. Fomentar el acceso al mercado laboral.
 - d. Las respuestas a y b son correctas.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. La OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes de Sociales Salud, y en su informe de 2008 se propusieron las siguientes recomendaciones: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y la medición y análisis del problema.

2. De acuerdo con Hammell (2009), los postulados centrales que sustentan la teoría y la práctica de terapia ocupacional son los siguientes. Señale la respuesta incorrecta:
 - a. Las personas pueden influir en su estado de salud.
 - b. Las personas participan en ocupaciones como agentes autónomos.
 - c. Las personas no necesitan controlar el ambiente.
 - d. La ocupación contribuye a dar sentido a la vida.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *c*. Uno de los principios fundamentales de la terapia ocupacional es la necesidad del ser humano para controlar el contexto y el entorno.

3. Wilcock (2006) plantea cuatro enfoques centrados en la ocupación que favorecen la supervivencia y la salud de los individuos y las comunidades. ¿Cuál de los enfoques no es correcto?
 - a. El desarrollo comunitario sostenible ecológicamente a través de la ocupación.
 - b. La promoción de la justicia ocupacional.
 - c. La prevención de la enfermedad y la discapacidad basada en la ocupación.
 - d. La promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. Wilcock plantea que el hacer, ser y llegar a ser pueden favorecer a la salud y el bienestar. Los cuatro enfoques planteados pueden contribuir a ello.

4. ¿Cuáles son las cuestiones que los autores consideran esenciales para un ejercicio profesional acorde al espacio y al momento en el que se desarrolla la práctica?
 - a. Reconstruir dinámicas de distribución del poder de los terapeutas ocupacionales y apostar por la realización de más investigación aplicada.

- b. El desafío de afrontar nuevas realidades derivadas de un contexto dinámico y la responsabilidad de aportar nuevas respuestas y alternativas que sirvan para construir un mundo más justo.
- c. El desafío de afrontar nuevas realidades en un contexto dinámico y la importancia de la investigación-acción participativa (IAP) en la práctica cotidiana de los terapeutas ocupacionales.
- d. Todas son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Los autores señalan la importancia de dos cuestiones básicas para un ejercicio comprometido de la disciplina: por un lado, el afrontamiento de nuevas realidades que surgen en un contexto dinámico y, por otro lado, proporcionar propuestas para construir un mundo más justo.

5. Según Wilcock (2006), cómo se define la justicia ocupacional:

- a. Restricción de la oportunidad para participar en ocupaciones significativas consecuencia de condiciones políticas y socioeconómicas desfavorables y de la falta de recursos u oportunidades.
- b. Restricción de la oportunidad para participar en ocupaciones significativas consecuencia de condiciones socioeconómicas desfavorables.
- c. Restricción de la oportunidad para participar en ocupaciones significativas por la falta de motivación.
- d. Restricción de la oportunidad para participar en ocupaciones significativas por la falta de derechos humanos.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *a*. Wilcock define la justicia ocupacional como la restricción en la oportunidad para participar en ocupaciones significativas consecuencia de condiciones políticas y socioeconómicas desfavorables y la falta de recursos u oportunidades.

¹ En la siguiente ecuación, $\mathbf{d} + \mathbf{b}^3 = \mathbf{sh}$, los términos aluden a los siguientes palabras en inglés: **d** es *doing* (hacer), **b³** se refiere a *being* (ser o estar), *becoming* (llegar a ser), *belonging* (pertenecer), **s** es *survival* (supervivencia) y **h** es *health* (salud).

Sección 2

Destrezas prácticas del terapeuta ocupacional en salud mental

Análisis y adaptación de la actividad, del entorno y del desempeño

J.R. Bellido Mainar, S. Guzmán Lozano, L.M. Berrueta Maeztu

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Análisis y adaptación del desempeño ocupacional

- Concepto de desempeño ocupacional
- Elementos que incluye el desempeño ocupacional
- Análisis del desempeño ocupacional
- Graduación del desempeño ocupacional

Análisis y adaptación de la actividad

- Significado del concepto actividad
- El proceso de análisis de la actividad
- Graduación y adaptación de la actividad en salud mental
- Estrategias de adaptación de la actividad en función de los diagnósticos psiquiátricos principales

Análisis y adaptación del entorno

- Entorno, ambiente y contexto
- Análisis del entorno
- Estrategias de adaptación del entorno

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Revisar los factores más relevantes del desempeño, de la actividad y del entorno en el ámbito de la salud mental
- Abordar los procedimientos de evaluación e intervención en el desempeño

ocupacional en el ámbito de la salud mental.

- Explicar los procedimientos de análisis y adaptación de la actividad en el ámbito de la salud mental.
- Conocer los procedimientos de análisis y adaptación del entorno en el ámbito de la salud mental.

Introducción

La relación entre persona, ambiente y ocupación es interactiva, lo que significa que se encuentran mutuamente relacionadas y son imposibles de separar. El resultado de la relación entre estos tres elementos se denomina desempeño ocupacional. La ocupación humana constituye un proceso dinámico en el que la persona cambia y evoluciona atribuyendo a sus roles ocupacionales significados diferentes y participando y construyendo un ambiente en continuo cambio. Si la interacción de estos tres elementos se encuentra estrechamente conectada el desempeño ocupacional es adaptativo; en cambio, en las situaciones en las que la relación entre persona, ambiente y ocupación se encuentra desconectada nos encontraremos con un desempeño ocupacional restringido o bloqueado. Para el terapeuta ocupacional es de gran utilidad para comprender el funcionamiento de la ocupación humana, y especialmente del desempeño ocupacional de la persona objeto de nuestra intervención, realizar un análisis diferenciado de cada uno de los tres conceptos y conocer mejor cómo se articulan y cómo se relacionan; de esta manera podrá diseñar e implementar estrategias de intervención que faciliten, mejoren o adapten la participación ocupacional de los usuarios de nuestros servicios.

Análisis y adaptación del desempeño ocupacional

Concepto de desempeño ocupacional

En el amplio marco conceptual de la terapia ocupacional, el desempeño ocupacional se define como el resultado de la interacción dinámica entre la persona, el contexto, el ambiente y las ocupaciones de la persona (1–3). El desempeño es uno de los factores fundamentales del análisis y de la intervención en terapia ocupacional. Por ello, es importante definir previamente el marco conceptual utilizado durante el proceso de evaluación.

La interpretación de este concepto en salud mental no se basa sólo en la ejecución concreta de una determinada habilidad, sino que integra elementos específicos derivados de la repercusión de los diferentes diagnósticos que afectan gravemente al desempeño de las personas, como la autodeterminación, la iniciativa o la toma de decisiones, por citar algunos ejemplos. En esta línea, el modelo australiano (4) define la ejecución ocupacional como la *habilidad para percibir, desear, recordar, planificar y llevar a cabo roles, rutinas, tareas y subtareas* con un propósito de *automantenimiento, productividad, ocio y descanso* en respuesta a las *demandas* de los *ambientes* interno y/o externo. Es la manera en la que alguien reacciona bajo ciertas condiciones, o lleva a cabo un objetivo. De igual modo, la satisfacción y el significado son también ejes del desempeño ocupacional en salud mental, como se engloba en la definición del modelo canadiense (5), que describe la realización ocupacional como la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad.

La interacción entre el desempeño y las condiciones ambientales también es elemento de análisis, por el factor facilitador o inhibidor que pueden ejercer éstas, considerando la amplia variedad de sistemas y circunstancias contextuales con las que se pueden encontrar las personas con enfermedad mental.

Elementos que incluye el desempeño ocupacional

El desempeño ocupacional incluye las áreas ocupacionales, habilidades o destrezas, características del cliente y patrones de desempeño. Al igual que existen diferencias respecto al concepto, lo mismo ocurre con las dimensiones que se engloban en el desempeño. Al margen de emplear una u otra clasificación, las áreas de desempeño ocupacional son amplias categorías de la actividad humana. Forman parte de la vida cotidiana, como las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social de desempeño. Las destrezas son acciones observables, concretas, dirigidas hacia una meta que utiliza el cliente para participar en las ocupaciones de la vida diaria (6); entre ellas se incluyen las destrezas sensoriales, perceptuales, motoras, praxias, regulación emocional, cognitivas, de comunicación y sociales. Las funciones del cliente engloban no sólo la capacidad objetiva (funciones y estructuras), sino también la perspectiva subjetiva (valores, creencias, espiritualidad y cuerpo vivido) de la persona, elementos importantes de análisis en el ámbito de la salud mental. Los patrones son las formas organizadas del desempeño que se visualizan a través de los roles, los hábitos y las rutinas (7, 8).

El desempeño ocupacional es el resultado de la relación de transacción de los elementos anteriormente mencionados con las diferentes actividades y entornos ocupacionales. Se parte de la experiencia de una persona involucrada en tareas con propósito y ocupaciones dentro de un contexto determinado. El terapeuta evalúa los elementos que implícitamente se encuentran en el desempeño ocupacional, así como las relaciones transaccionales que se producen entre ellos. El perfil ocupacional es el resultado del proceso de evaluación y del análisis de las relaciones entre las dimensiones del desempeño y las situaciones contextuales.

Análisis del desempeño ocupacional

El análisis del desempeño ocupacional se define como el proceso de evaluación en el que se identifican de manera más específica los problemas y los potenciales del cliente. A menudo se observa el desempeño en su entorno real para identificar qué facilita el desempeño y qué lo limita. Se tienen en cuenta las destrezas y los patrones de ejecución, el entorno y los contextos, las demandas de actividad y las características del cliente, pero sólo se seleccionan aquellos aspectos que pueden ser evaluados específicamente.

La evaluación del desempeño ocupacional tiene como *finalidad* guiar el proceso de intervención, orientar las estrategias y proporcionar criterios claros para poder reajustar las diferentes estrategias de intervención y apoyo. Los *propósitos básicos* del proceso de evaluación son: identificar los factores que inhiben y provocan el desempeño deficiente, proporcionar datos sobre el perfil de la persona, facilitar la determinación de las hipótesis de trabajo y de las estrategias más recomendables en cada situación y reevaluar el proceso de intervención, tanto desde el criterio cuantitativo como desde el cualitativo¹.

Los procedimientos de evaluación han evolucionado de manera considerable en las últimas décadas en la profesión, así como los aspectos que deben evaluarse. Durante mucho tiempo se ha puesto un gran empeño en valorar el desempeño y la competencia mediante propósitos y estándares definidos previamente; la tendencia actual nos orienta hacia una valoración que tenga como eje central el significado. Por lo tanto, hay que considerar los siguientes aspectos:

- **Análisis de las características de la enfermedad y de los factores de riesgo.** Cada diagnóstico suele estar vinculado con una serie de características que aparecen con mayor frecuencia. La falta de motivación, la ausencia de conciencia de enfermedad y la desorganización de hábitos son características que suele señalarse como comunes a las personas que presentan un trastorno mental grave. El conocimiento de estos elementos, así como los determinantes en la evolución, deben tenerse en cuenta para realizar un análisis del desempeño ocupacional más acertado.
- **Ciclos vitales.** El ciclo vital y la edad son elementos indispensables que deben tenerse en cuenta: no serán los mismos criterios de desempeño los que se apliquen a una población infantil con problemas sensoriales que los que se utilicen con adultos mayores de 45 años. Es necesario tener en cuenta los estándares de desarrollo personal para analizar el ocio, las actividades de la vida diaria, las dinámicas grupales, los materiales que deben emplearse y el tiempo.
- **La perspectiva de persona y su familia.** Muchas evaluaciones tienen una orientación hacia el aspecto discapacitante de la enfermedad y es lógico porque nos

encontramos en el marco de la salud, pero, en ocasiones, la práctica se centra en exceso sobre el apartado «enfermedad». La terapia ocupacional tiene como eje central la perspectiva de la persona y de su familia, considerando no sólo los déficits y los problemas sino también considerando, analizando y describiendo los potenciales del desempeño, los elementos que son más positivos en la participación ocupacional de la persona, en sus habilidades.

- **La variabilidad de las situaciones.** Ésta condiciona las evaluaciones globales y las de carácter específico.
- **El entorno de evaluación.** Puede realizarse en el contexto real (hogar, lugar de trabajo o comunidad del usuario, entre otros) o en entornos protegidos o supervisados (centro sanitario o sociosanitario, entre otros).

Graduación del desempeño ocupacional

En nuestra disciplina existen distintos tipos de procesos o etapas que se utilizan en la práctica actual para el abordaje del desempeño de las personas con enfermedad mental. Dependiendo de cada individuo o situación se deben establecer las habilidades a trabajar, así como las condiciones ambientales y los niveles de exigencia. Este aspecto se debe integrar en la dinámica de trabajo y en las pautas de intervención en función del ámbito donde se aborde (sanitario, social, laboral, domicilio, entre otros). El desempeño no tiene que tener un final predeterminado, hay personas que podrán alcanzar niveles de competencia mayor que otros, pero no por ello son menos importantes.

El concepto de graduación del desempeño debe tener presentes los factores de vulnerabilidad y de posibilidad temporal de cada persona. Es necesario graduar el proceso de compromiso, identificación, aprendizaje y generalización. Trabajar con etapas o niveles de graduación permite a la persona y al terapeuta medir el proceso de rehabilitación y de capacitación.

Una propuesta que facilita la comprensión de la graduación es emplear un proceso basado en el recorrido y en la consecución de diversas etapas. En este sentido, el modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner² y la propuesta realizada por Marianne Farkas (9) son las opciones recomendadas. Una de las aportaciones más importantes y sugerentes de la Dra. Farkas es la inclusión de dos etapas fundamentales para el desarrollo del proceso de rehabilitación y capacitación: por un lado, lograr el compromiso de la persona y su familia y, por otro, el seguimiento y apoyo al usuario.

Etapas 1 Compromiso de la persona y su entorno familiar con el equipo interdisciplinario de rehabilitación

Los objetivos de esta primera etapa son adquirir conciencia de enfermedad, cumplir con el tratamiento y aceptar/ iniciar el proyecto terapéutico individual. Resulta primordial que exista un mínimo de compromiso, tanto por parte de la persona y su familia, como por parte del contexto terapéutico. Los diagramas de los procesos de calidad ayudan a entender este primer paso de compromiso de los profesionales; en ellos queda estructurada la actuación profesional y los programas que se aplican en cada etapa, para evitar la duplicidad o la sobrecarga en las acciones de intervención.

Etapas 2 Evaluación y desarrollo de la disposición. Exploración³

Evaluar las posibilidades reales de la intervención constituye el objetivo de esta segunda etapa en la que se le facilita a la persona discriminar valores, intereses y habilidades. Es muy importante establecer el tipo de relación terapéutica, los

ambientes en los que se va a intervenir y cómo deben ser las variables (actividad, grupo, tiempo, entre otros) que se van a utilizar. En el modelo de la ocupación humana esta etapa está dividida en diferentes fases (por ejemplo: validación, desarrollo de voluntad, elección), que facilitan la planificación de los programas específicos recomendados. De esta manera, el contexto terapéutico identifica los niveles de «exigencia-compromiso» que se le pueden solicitar a la persona.

Etapa 3 Elección y aprendizaje de roles. Aprendizaje

Los objetivos son el aprendizaje de habilidades en diferentes ambientes, priorizando hábitos y desempeño funcional del «ambiente futuro» de la persona. La combinación de diferentes ambientes, la reducción de apoyos, el aumento de la autonomía y la responsabilidad y el desarrollo de rutinas en congruencia con su proyecto de vida son variables fundamentales en esta fase.

Etapa 4 Puesta en práctica de roles. Competencia

Desarrollar habilidades aprendidas en ambientes del proyecto de vida. Este desarrollo puede darse tanto en un ambiente con apoyos o sin ellos.

Etapa 5 Apoyo y seguimiento

Fortalecer las habilidades aprendidas, especialmente ante situaciones cambiantes provenientes del entorno o ante decisiones personales de la persona respecto a sus proyectos ocupacionales.

Análisis y adaptación de la actividad

Significado del concepto actividad

La acción está programada en la naturaleza misma de los organismos (10), por tanto surge de forma espontánea en los seres vivos. Los humanos son propensos a la acción gracias a su naturaleza ocupacional (11), desarrollando un comportamiento ocupacional que se materializa en las actividades humanas. La actividad como manifestación del «hacer» es necesaria para cubrir las necesidades de supervivencia de la persona, le permite obtener placer, disfrute, poner a prueba sus propias capacidades y convicciones, expresarse y relacionarse con los otros, en definitiva, expresar y desarrollar su identidad. La actividad es la plataforma en la que la persona experimenta ese ajuste continuo entre la búsqueda del confort y la experimentación de novedades que nos acompaña a lo largo de nuestra vida. La actividad es característica de lo humano y esencial para la existencia humana (12).

En muchas ocasiones en la literatura profesional se utilizan los términos ocupación y actividad indistintamente para describir la participación de la persona en la vida diaria. Para *el Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional* (13), el término ocupación abarca la actividad, y la gran cantidad de actividades u ocupaciones se clasifican en las denominadas «áreas de ocupación»: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. La ocupación pretende así capturar la esencia y el significado de la «actividad diaria» (13).

Algunos autores han propuesto una distinción entre los conceptos actividad, tarea y ocupación (12). Un enfoque es crear una jerarquía en la que tareas y actividades se incluyen dentro de la categoría más amplia que sería la ocupación (13). Otro enfoque sería diferenciar entre tarea y actividad: la actividad está libre de contexto y la tarea se refiere al desempeño real de la persona en el contexto (13). Por otro lado Pierce (14) afirma que las actividades son conceptos abstractos que describen la experiencia humana en general y que se comparten dentro de la cultura. Estas actividades se vuelven concretas cuando la persona participa en ellas; entonces se transforman en ocupaciones. Por ejemplo, leer un libro es una actividad; sin embargo, la persona que lee un libro para aprobar un examen de sus estudios universitarios tiene una experiencia ocupacional muy distinta que la persona que lee un libro por primera vez en su vida en una biblioteca después de haber estado sin salir de casa más de un año. Por tanto, los terapeutas ocupacionales deben tener un conocimiento amplio de las actividades en su sentido abstracto, sin perder de vista cómo se definen culturalmente dichas actividades y cómo las personas convierten estas actividades en ocupaciones que las representan de forma única y singular, y le dan un propósito y un significado a su vida. García-Margallo (15) va un paso más allá cuando afirma que: «para que el terapeuta ocupacional pueda analizar una actividad en detalle, es fundamental que éste participe o haya participado física y activamente

en ella. Sólo desde esta postura podrá acometer una observación específicamente planeada y detallada para comprender sus componentes y complejidades». Este argumento posiblemente genere debate. Nosotros consideramos que la variedad de actividades y su forma de representarlas es tan amplia que es imposible que el terapeuta ocupacional pueda participar o haya participado en todas las actividades que son potencialmente significativas para la persona que atiende, pero una experiencia de vida por parte del terapeuta ocupacional rica en ocupaciones y una práctica de autoanálisis y autoobservación de su desempeño ocupacional facilitan enormemente el análisis de la actividad y su uso terapéutico.

El proceso de análisis de la actividad

Llorens (16) definió el análisis de la actividad como «un proceso por el que pueden calibrarse las propiedades intrínsecas de una determinada actividad, tarea u ocupación respecto a su utilidad para motivar al paciente y satisfacer las necesidades ocupacionales». Desde el marco de trabajo de la American Occupational Therapy Association (AOTA) (13), los terapeutas ocupacionales analizan las demandas de la actividad, definidas como las características específicas que influyen en el tipo y en la cantidad de esfuerzo requerido para la realizar una actividad. Además, las demandas de la actividad son específicas, pero un cambio en una de sus características puede cambiar la magnitud de la demanda en otra característica de esa actividad. Por ejemplo, un aumento del número de personas que participan en una actividad corporal aumentará las demandas de procesamiento de información e incrementará por otro lado el nivel de asertividad que se requiere para desempeñar la actividad. Este análisis es un proceso complejo y es fundamental detectar los elementos significativos de la actividad y evaluarlos en relación con las características de la persona y sus necesidades para el diseño e implementación de un proceso de intervención efectivo. Por tanto, el estudio y el análisis de la actividad son elementos vitales en la práctica de la terapia ocupacional, ya que gracias a ellos se determina cómo emplear la actividad con un fin terapéutico.

El análisis de la actividad es necesario por los siguientes motivos (13, 15, 17):

- Nos permite definir la taxonomía de la actividad determinando los elementos, las tareas y las secuencias que forman una actividad cuando se desarrolla de forma completa.
- Podemos determinar qué destrezas de ejecución se requieren para el desempeño efectivo de la actividad.
- Nos permite seleccionar las actividades relevantes para la persona.
- Nos permite poder facilitar el aprendizaje de las distintas secuencias que componen la actividad.
- Podemos seleccionar y graduar las actividades basándonos en el conocimiento teórico para producir un cambio terapéutico o mejorar el desempeño.
- Para identificar qué aspectos de la actividad deben adaptarse a la capacidad funcional de la persona.
- Para comprender cómo la actividad puede contribuir a que la persona logre sus metas como ser ocupacional.

Modelos de análisis de la actividad

Los profesionales de la terapia ocupacional utilizan tanto el conocimiento de las actividades como su experiencia para analizar las actividades que posteriormente emplearán en el tratamiento de terapia ocupacional. De forma general, existen dos grandes modelos de análisis de la actividad: el modelo de análisis básico y el modelo de análisis detallado. El modelo de análisis básico (15, 18) tiene en cuenta los aspectos básicos relativos al propósito esencial de la actividad. Es útil para valorar el potencial de la actividad con fines terapéuticos y está muy indicado para dispositivos o programas asistenciales en los que el terapeuta ocupacional posea muy poco espacio de tiempo para la realización del análisis de la actividad de mayor complejidad. Los aspectos que se analizan son: qué, por qué, dónde, cuándo, cómo, con quién ejecuta la actividad (tabla 13.1).

Tabla 13.1 Método de análisis simple

Preguntas	Contenidos
¿Qué actividad es más apropiada para responder a las necesidades del usuario?	Valorar junto al usuario qué actividad responde mejor a sus necesidades, dificultades, intereses y proyecto de vida
¿Por qué se selecciona una actividad específica?	Plantearse, en la actividad escogida, a qué objetivos de tratamiento responde en coherencia con el plan de intervención global. Definir si la actividad impacta más en alguno de los componentes de la persona o en el establecimiento de rutinas, hábitos o roles ocupacionales
¿Dónde tendrá lugar la actividad?	Analizar las interferencias y oportunidades del entorno donde se contextualiza la actividad u ocupación
¿Cuándo tendrá lugar la actividad?	Valorar en qué momento del día es más apropiado realizar la actividad, si es una actividad ocasional o se mantendrá en el tiempo y si requiere acciones previas o posteriores para que el desempeño se lleve a cabo con éxito
¿Cómo se realiza la actividad?	Valorar las capacidades de la persona que se necesitan, tareas, fases y tiempo de ejecución de la actividad
¿Quién está implicado?	Valorar si, además del usuario, tienen que participar en la ejecución de la actividad otras personas: familiares, profesionales o compañeros de programa

Adaptada de Foster y Prat; García Margallo, 2008.

Por otro lado, en los modelos de análisis detallado (15) se «desmenuzan» las demandas en las secuencias y elementos necesarios para un desempeño efectivo de la actividad. Crepau (13) afirma que los estudios que han intentado convertir el análisis de la actividad en un proceso objetivo demostraron que el número de variables es tan grande que la meta de la objetividad sería extremadamente difícil de demostrar, ya que, en una actividad, la variedad de demandas, de habilidades requeridas y de significados potenciales es tan amplia que la verdadera intención del análisis de la actividad es el conocimiento profundo de la actividad en general, tanto en las dimensiones más objetivas como en las subjetivas. Por tanto, Crepau (13) propone diferenciar tres niveles de análisis de la actividad. Al primer nivel lo denomina

análisis de la actividad, al segundo, análisis centrado en la teoría y al tercero, análisis de la actividad basado en la ocupación. Veamos, a continuación, cada uno de ellos:

- **Análisis de la actividad.** Se analizan las exigencias y los requerimientos de la actividad, las habilidades involucradas en su desempeño y los significados culturales de aquélla. Resulta útil para conocer las exigencias y el potencial de la actividad y su significado desde la perspectiva de la cultura en la que está enmarcada (tabla 13.2).
- **Análisis de la actividad basada en la teoría.** Presenta una perspectiva diferente; en lugar de examinar las propiedades de una actividad para conocer sus demandas en general, utiliza una teoría en particular a través de su punto de vista determinado que delimita qué es función y qué es disfunción. Por lo tanto, desde esta aproximación podremos determinar qué tipo de ocupaciones nos permitirán mejorar el desempeño ocupacional, siempre desde la perspectiva de la teoría escogida. Por ejemplo, cuando una persona se bloquea a la hora de participar en una entrevista de trabajo, desde la teoría cognitivo-conductual podremos determinar qué cogniciones o creencias irracionales («no puedo fallar», «tengo que agradar a todo el mundo», «soy un fracasado») generan estos comportamientos evitativos en dicha actividad y cómo desde el marco cognitivo-conductual podemos ayudar (utilizando por ejemplo el role-playing o el entrenamiento en relajación, entre otros) y adaptar la actividad para mejorar su desempeño. Es útil para conocer problemas en el desempeño y para establecer estrategias de intervención.
- **Análisis basado en la ocupación.** En dicho análisis, la persona en su integridad se sitúa en primer plano. Se tienen en cuenta sus intereses, los objetivos, los contextos, así como las exigencias de la actividad propiamente dicha. La selección y el diseño de las ocupaciones terapéuticas particulares derivan del conocimiento por parte del terapeuta ocupacional de las dimensiones subjetivas de la persona y de qué obstáculos presenta para desarrollar sus proyectos ocupacionales. En definitiva, se trata de un análisis de la participación ocupacional real de una persona dentro de un contexto específico (tabla 13.3).

Tabla 13.2 Método de análisis-demanda de actividad

Demandas de la actividad	Definición	Ejemplos
Título de la actividad	Describirla en una o dos oraciones	Taller de autoestima: identificar a través de preguntas abiertas propuestas por el terapeuta ocupacional qué dimensiones motivacionales dominaban las elecciones ocupacionales antes de que apareciera la enfermedad
Objeto y sus	Definir herramientas, materiales y sus	Folios, bolígrafos, mesas de trabajo que permitan una disposición circular de los usuarios

propiedades	propiedades	
Demandas del espacio	Definir los requisitos del entorno físico (tamaño, grado de accesibilidad y confort)	Sala amplia para 15 usuarios, sin interferencias de ruidos, espacios anexos y temperatura e iluminación adecuadas para una actividad intelectual
Demandas sociales	Definir entorno social y cultural requerido para la actividad	Expectativas de otros participantes en la actividad: compartir con el terapeuta ocupacional y con los otros compañeros las respuestas a las preguntas formuladas y escuchar las devoluciones del terapeuta ocupacional y de los iguales
Secuencia y ritmo de trabajo	Definir el proceso para realizar la actividad, no más de 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexionar y compartir sobre los objetivos del taller 2. Escribir las preguntas propuestas por el terapeuta ocupacional 3. Responder por escrito con una actitud reflexiva, sin prisas 4. Puesta en común 5. Devoluciones del terapeuta ocupacional y de los iguales 6. Conclusiones
Acciones requeridas y destrezas de ejecución	Definir qué habilidades se necesitan para realizar la actividad relacionadas con las demandas de otros aspectos (objetos, espacio)	Nivel de atención, sostener una actividad intelectual de 45 minutos de duración, memoria a largo plazo, capacidad de comprensión y razonamiento abstracto, capacidad para expresar aspectos básicos de la identidad, capacidad para expresar opiniones y emociones, capacidad para aceptar la opinión del otro
Funciones del cuerpo requeridas	Definir brevemente las funciones fisiológicas necesarias	<i>Funciones:</i> neuromusculoesquelético para la escritura, mentales, sensoriales y voz y habla para el seguimiento de la actividad
Estructuras del cuerpo	Definir brevemente las partes anatómicas que apoyan a las funciones fisiológicas	Movilidad articular, atención, memoria, pensamiento abstracto, voz, fluidez, vista y oído
Peligros de seguridad	Definir los peligros potenciales de seguridad para la actividad	Conductas <i>acting-out</i> por descompensación psicopatológica

Adaptada de AOTA, 2008.

Tabla 13.3 Método de análisis de la ocupación

Factor	Actividad	Ejemplo
		<p>Objetivos de la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estabilidad emocional – Recuperar una estructura ocupacional en la que se incluya una actividad formativo/laboral

<p>¿Quién es la persona?</p>	<p>Enumerar los objetivos de la persona, qué actividades son más importantes para ella y de qué modo estas metas y actividades se han visto influidas por los problemas de desempeño</p>	<p>Actividades ocupacionales importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Relaciones con los amigos – Cuidar plantas – Ejercicio físico – Trabajo <p>Interferencia de los problemas del desempeño:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Usuario con diagnóstico de TLP – Altos sentimientos de vacío e inestabilidad emocional le ha llevado a tener como conducta de escape el consumo de tóxicos – Consumo de tóxicos, más alta vulnerabilidad al abandono y a los sentimientos de fracaso, le han ocasionado la pérdida del rol laboral, la pérdida de amigos y el abandono de su cuidado personal.
<p>Seleccionar la actividad ocupacional</p>	<p>Describirla brevemente y por qué es importante para la persona</p>	<p>Curso de larga duración de restauración de muebles; la persona muestra alto interés por participar porque cree que le permitirá una formación alternativa a su perfil laboral, la posibilidad de conocer a nuevas personas, la sensación de utilidad al tener una estructura estable en el tiempo y la posibilidad de ver un resultado tangible</p>
<p>Objetos utilizados y sus propiedades</p>	<p>Describir herramientas, material y equipo. Considerar el simbolismo del material</p>	<p>Se requiere la utilización de máquinas de cortar, torneear y lijar, herramientas propias de carpintería, utilización de productos químicos. Para el paciente dichas herramientas le sugieren su participación pasada en actividades de manualidades, cuando era monitor de actividades juveniles</p>
<p>Demandas de espacio</p>	<p>Describir el contexto físico en el que se realiza la actividad (disposición de muebles y herramientas, iluminación, ruido y otros factores de distracción)</p>	<p>Aula-taller, con iluminación natural y artificial, muy buena disposición de las herramientas, ruidos habituales inherentes a la actividad: máquinas de cortar, moldear y los procesos de lijado. Disponen de material de protección auditiva</p>
<p>Demandas sociales</p>	<p>Describir el contexto social y cultural, a las personas involucradas, reglas, normas y expectativas</p>	<p>Es una actividad en la que participan personas con distintas motivaciones (profundizar en un interés, ocio, exploración de una opción laboral, entre otros). El contexto de trabajo es de un formato grupal, pero predominan las actividades individuales, con relaciones no muy exigentes con los iguales y más cercana con el profesor/monitor. Se espera del alumno interés por el aprendizaje, asistencia regular y puntualidad</p>
<p>Secuencia y cronología</p>	<p>Enumerar los pasos, concretar la flexibilidad de la secuencia, a qué hora se realiza y cómo se relaciona la actividad</p>	<p>La actividad tiene una duración de 2 días semanales. Martes mañana de 09.30 a 13.30 y miércoles tarde de 16.30 a 20.30, durante 6 meses. Las secuencias son muy flexibles y están determinadas por el proyecto de actividad de cada participante. Durante las primeras sesiones son generales para todos los alumnos. La actividad no le interfiere en otras rutinas</p>

	con los hábitos y rutinas de la persona	ocupacionales: aseo de la persona, ejercicio físico, cuidado de las plantas y relaciones con amigos; le proporciona una estructura de carácter más productivo
Acciones requeridas	Describir los puntos fuertes y débiles para las siguientes categorías: habilidades motoras, de proceso y de comunicación e interacción	Habilidades motoras: fuerza muscular y habilidades psicomotrices conservadas, dificultades con la tolerancia al esfuerzo y bajo nivel de energía como consecuencia de la apatía Habilidades de procesamiento: no hay deterioro cognitivo, dificultades para la planificación por miedo al fracaso y dispersiones atencionales en los días con bajo estado anímico Habilidades de comunicación: capacidad para establecer nuevas relaciones, sensible a la crítica con riesgo de respuestas pasivo-agresivas ante sentimientos de molestia y desagrado
Estructuras y funciones corporales requeridas	Describir alguna ventaja o déficit de las estructuras corporales o funciones corporales	Fuerza muscular, riesgo de bloqueo en los procesos de procesamiento de la información por dificultad para gestionar emociones
Peligros para la seguridad	Definir peligros potenciales de seguridad en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> – Riesgo de un accidente al utilizar máquinas y herramientas cortantes y sustancias tóxicas – Riesgo de autolesiones con el material cortante debido a su alta reactividad emocional. No constan en su historial clínico las autolesiones

Adaptada de AOTA, 2008.

En el ámbito de la salud mental cada vez es más frecuente el empleo de un enfoque de intervención orientado a que la persona pueda configurar una nueva narrativa de vida más coherente, menos fragmentada y con una proyección de futuro más esperanzadora (19). El modelo de análisis de la actividad propuesto por García-Margallo (15), basado en el marco humanista, puede ser de utilidad desde un trabajo basado en el enfoque de la creación de una autonarrativa más constructiva y vitalista (tabla 13.4).

Tabla 13.4 Método de análisis humanista

Actividad analizada: preparar la cena de cumpleaños con los amigos
Antes de comenzar la actividad pensaba que: Me había dejado alguien por invitar, llegarían y no tendría la cena finalizada, no los sorprendería, me reunía la primera vez con ellos desde que ingresé en agudos
Mientras realizaba la actividad me sentía: Con miedo a bloquearme, a no saber improvisar alternativas, pero con cierta seguridad porque mi hermana me dejó su teléfono como recurso de «urgencia» y satisfecho de volver a sentirme como antes
Para desempeñar la actividad necesito: Calma, que no llamen al teléfono y tener las recetas claras y fáciles de comprar los ingredientes, ponerme la música que más me gusta y que mis amigos no sepan el menú de antemano, siempre me han gustado las sorpresas
Cuando realice la actividad de nuevo haré: Me dejaré llevar, intentaré improvisar y daré más mi opinión.
Al terminar me he dado cuenta que:

Al terminar me he dado cuenta que:

Todavía necesito tener el control de la situación para no desbordarme, pero por otro lado he sentido que nunca perdí a mis amigos. He sentido que puedo hacer algo útil para mí y para los demás, que puedo hacer cosas solo, sin necesitar una ayuda continua, que he podido reírme; aún estoy sensible con según qué comentarios y aun me he preocupado de que los demás notasen la enfermedad

Adaptada de García Margallo, 2008.

En conclusión (20), cuando nos situamos en un contexto de atención de agudos, recomendamos utilizar un análisis basado en la actividad y en la teoría, ya que el nivel de intervención del terapeuta ocupacional se situará principalmente en la mejora de habilidades mediante la realización de actividades y tareas concretas. Si el nivel de intervención es una unidad de media/larga estancia en la que introducimos intervenciones de carácter rehabilitador, emplearemos el análisis de la actividad-tarea y en algunas actividades el análisis basado en la ocupación. Si la intervención se sitúa en el ámbito comunitario, la herramienta por excelencia es el análisis basado en la ocupación, puesto que se «presupone» que la limitación no se encuentra tanto en las habilidades sino, sobre todo, en los patrones de desempeño: hábitos, rutinas y roles.

Demandas de actividad específicas en salud mental

Al realizar el análisis de la actividad en el ámbito de la salud mental es importante que tengamos en cuenta un conjunto de demandas, requerimientos y componentes de la actividad que aparecen especialmente en las actividades y ocupaciones en las que participan las personas con una problemática de salud mental. Los aspectos más relevantes a la hora de analizar la actividad en este ámbito son las siguientes:

- **Habilidades físicas.** El grado de energía, la tolerancia al esfuerzo y el nivel de coordinación, tanto fina como gruesa, habitualmente se encuentran afectados por los síntomas clínicos de la enfermedad o por los efectos secundarios de los psicofármacos.
- **Habilidades cognitivas.** Grado de pensamiento abstracto o concreto, nivel de atención y concentración, tanto en intensidad como de duración en el tiempo, tipo de memoria que se necesita; es importante tener en cuenta que la memoria de trabajo está especialmente afectada en la esquizofrenia y que interfiere en los procesos de aprendizaje, en el nivel de habilidades de planificación y en la ejecución que se requieren, así como en el grado de imaginación, creatividad e improvisación necesaria.
- **Habilidades emocionales.** Nivel de introspección que se requiere, qué emociones se necesita manejar en la actividad (tolerancia a la frustración, a la rutina, expresión de emociones agradables y/o desagradables, automotivación, manejo de la ansiedad ante las novedades).
- **Habilidades de interacción social.** Si el tipo de interacción es informal o formal, cooperativa y/o competitiva. Si el tipo de comunicación que se necesita es

verbal y/o no verbal. El grado de asertividad que se necesita para defender sus propios intereses o establecer negociaciones.

- Demandas contextuales específicas para salud mental que se analizan posteriormente en este capítulo.

La enfermedad mental impacta seriamente sobre el Yo de la persona; por tanto, estas demandas de la actividad se tienen que relacionar con la visión subjetiva que la persona tiene de sí misma, es decir, la identidad en la que incluimos sentimientos, creencias, valores, conciencia de capacidades y limitaciones, expectativas de futuro y proyectos de vida. Dado el sentimiento de alienación que presentan estos pacientes, más la precariedad de sus rutinas y hábitos ocupacionales, es necesario definir qué rutinas, hábitos y roles ocupacionales significativos pueden favorecer la actividad objeto de análisis.

Graduación y adaptación de la actividad en salud mental

Las estrategias de intervención comprenden habitualmente el uso de la graduación y adaptación de la actividad, que facilitan el cambio terapéutico y el compromiso con la ocupación. Los terapeutas ocupacionales graduamos las actividades y ocupaciones para mejorar las habilidades y capacidades de la persona de acuerdo con la naturaleza de sus problemas de desempeño definidos desde la teoría o teorías de la práctica seleccionadas por el profesional (13). Por ejemplo, en el caso de una persona con un trastorno mental grave que desea incorporarse a un actividad productiva de carácter comunitario y que no logra mantener la actividad, el terapeuta ocupacional, desde una perspectiva de los modelos de vulnerabilidad, le propondrá que participe en actividades que fortalezcan sus habilidades de afrontamiento, como dinámicas de grupo para mejorar sus habilidades sociales o actividades de carácter prelaboral en las que desarrolle sus capacidades de desempeño para aumentar su sentimiento de autoeficacia y sus habilidades de procesamiento de la información. Estas actividades son menos exigentes que participar en una actividad productiva comunitaria, pero se prevé que aumentarán sus habilidades de afrontamiento, vitales para participar en una actividad de alta exigencia en un entorno menos protegido. Por lo tanto, los terapeutas ocupacionales ajustan la graduación de las actividades y ocupaciones para asegurarse de que la demanda de la actividad se encuentra en el nivel apropiado para estimular el cambio terapéutico.

Los elementos que pueden ser importantes en la graduación de la actividad en salud mental son los siguientes (15, 17):

- **Nivel atencional.** Variando de forma progresiva el tiempo y la intensidad de la atención requerida mediante la realización de una actividad significativa que conecte con la motivación intrínseca de la persona.
- **Toma de decisiones.** Las personas que padecen una enfermedad mental han perdido el hábito de tomar decisiones; en la mayoría de los casos la familia o los profesionales tienden a tomar las decisiones por ellos; a menudo como consecuencia de su baja autoestima los propios pacientes «delegan» la toma de las decisiones en las personas que le rodean. Por tanto, la actividad tiene que proveer oportunidades para que los usuarios tomen las decisiones en la ejecución de la actividad.
- **Resolución de problemas.** La mayoría de las personas que presentan un trastorno mental grave tienen afectada la capacidad para la resolución de problemas, como consecuencia del deterioro cognitivo que ocasionan enfermedades como la esquizofrenia o por la escasa capacidad para la gestión de las emociones que lleva

a muchos pacientes, ante una situación vivida como un problema, a reacciones con un bloqueo comportamental o a conductas impulsivas o de evitación. El profesional podrá graduar en cualquiera de las etapas la capacidad para resolver problemas: definición del problema, definición de alternativas, desarrollo del plan de acción, ejecución y evaluación de resultados.

- **Concepto de sí mismo.** Los efectos tóxicos (21) de la enfermedad mental más el estigma asociado con ella producen un impacto en la autoimagen de la persona que padece un trastorno mental grave. Estas personas necesitan un programa de actividades graduado a su nivel de *insight* y capacidad introspectiva que les permita el contacto con su identidad; de esta forma se podrá reconstruir una narrativa volicional esperanzadora.
- **Habilidades interpersonales.** Para desarrollar este componente, el terapeuta ocupacional debe proporcionar la posibilidad de participar en actividades que requieran una interacción social, pero graduando su intensidad al nivel de desempeño y momento clínico del paciente, ya que las habilidades interpersonales necesitan de un tiempo para poder adquirir un nivel de competencia y si la exigencia es más alta de la que puede sostener clínicamente el paciente, se pueden agravar los síntomas clínicos (aumento de síntomas ansiosos y reacciones de corte más paranoide).
- **Creatividad.** La persona que presenta un trastorno mental grave puede tener altos niveles de ansiedad ante actividades novedosas que supongan una vivencia de desafío pero, por otro lado, presentan poca tolerancia a las actividades estereotipadas y muy estructuradas; por tanto, de forma progresiva el terapeuta ocupacional tendrá que graduar las actividades en las que participa el paciente hacia un mayor nivel de creatividad y autoexpresión de su identidad, ofreciéndole oportunidades para que asuma el control en la planificación, en la ejecución y en la evaluación de sus actividades y de sus ocupaciones.

Por otro lado, la adaptación de la actividad u ocupación consiste en cambiar las demandas de la actividad para que se encuentren al nivel de capacidad de la persona. Las adaptaciones en salud mental pueden ser muy variadas, desde reducir el número de pasos en una actividad u ocupación para ajustarla al nivel cognitivo del paciente o reducir el número de personas que intervienen en la actividad para no disparar los niveles de alerta y de ansiedad, hasta establecer la intervención de una tercera persona para apoyar su funcionalidad en actividades de la vida diaria o productivas. No debemos olvidar que la adaptación de la actividad tiene que mantener el valor y significado de la actividad para la persona.

Por tanto, para que una actividad sea terapéutica en salud mental tiene que tener las siguientes características:

- Que suponga un desafío justo. La actividad debe presentar un grado de dificultad

que incentive a la persona a movilizar todos sus recursos personales para aprender las competencias necesarias, es decir, que viva un nivel de tensión sano para sostener la motivación de participar en la actividad, pero la dificultad de ésta no debe sobrepasar sus capacidades de desempeño y, por tanto, no puede provocar un alto sentimiento de frustración que lleve a que abandone la participación en la actividad.

- Que la actividad haya sido elegida por la persona de acuerdo con sus necesidades, intereses, valores, percepción de habilidades y expectativas de futuro.
- Que le permita reconstruirse una autonarrativa personal más esperanzadora.
- Que el diseño de los distintos pasos y secuencias de la actividad sea graduable en todo momento.
- Que la actividad esté adaptada al momento clínico del paciente, ya que se podría causar un riesgo de efecto iatrogénico de la actividad, es decir, que provoque unos efectos contrarios a los deseados.
- Que exista un manejo adecuado de la relación terapéutica.

Estrategias de adaptación de la actividad en función de los diagnósticos psiquiátricos principales

A continuación enumeraremos de manera muy esquemática algunas recomendaciones a la hora de adaptar las actividades y ocupaciones de las personas que presentan un trastorno psiquiátrico. Dada la gran variedad de diagnósticos en salud mental hemos seleccionados aquellos en los que interviene con más frecuencia el terapeuta ocupacional.

Esquizofrenia

- Al principio del tratamiento en terapia ocupacional desde los dispositivos de hospitalización está indicado comenzar por actividades breves en el tiempo, ajustadas a las capacidades e intereses del paciente y que fomenten el contacto de la realidad; por tanto, hay que evitar actividades repetitivas y automáticas, ya que potenciarían su tendencia a la desconexión del mundo circundante.
- Introducir muy progresivamente las actividades que requieran el uso importante de las habilidades de comunicación e interacción para evitar exponer al paciente a situaciones alta exigencia que podrían exacerbar los síntomas positivos. Priorizar actividades de carácter cooperativo y no realizar actividades de carácter competitivo hasta que la relación terapéutica esté consolidada, el vínculo con el grupo de iguales esté fortalecido y los síntomas clínicos se encuentren estabilizados.
- Dado la alta vulnerabilidad al estrés de estos pacientes, el ritmo, la estimulación, la complejidad de las tareas, la secuenciación o el grado de flexibilidad que se requieran en la actividad deberán graduarse de forma progresiva.
- Utilizar la información visual para facilitar la comprensión y procesamiento de la intervención.
- No exponerlos a actividades en las que se requiera de forma intensa la expresión de sentimientos de forma directa y en grupo.

Trastorno bipolar

- En fases maníacas es importante fomentar la participación en actividades más individuales o en grupos pequeños en los que las tareas sean sencillas, breves y con resultados a corto plazo, y en las que predominen los componentes manipulativos en detrimento de los verbales.
- En las fases de estabilización es importante que las actividades y ocupaciones en las que participen estos pacientes no las desempeñen de forma caótica o muy

improvisadora y que contribuyan a recuperar el equilibrio ocupacional y la adquisición de hábitos y rutinas. De esta forma se evitarán recaídas.

Depresión

- En las fases agudas hay que favorecer la participación en actividades de muy poca exigencia física y cognitiva, en las que la toma de decisiones esté muy limitada y ajustada a las capacidades del desempeño conservadas.
- En la fase aguda hay que comenzar con actividades individualizadas en contextos grupales y no empezar con actividades conocidas en las que hubiera un alto nivel de eficacia para inhibir las comparaciones con el «antes-ahora», ya que la persona con depresión podría conectar con altos sentimientos de inutilidad y potenciarse la ideación suicida.
- En fases más estabilizadas, hay que proporcionar la oportunidad de participar en actividades que faciliten el sentimiento de competencia y la percepción de utilidad.

Trastorno obsesivo-compulsivo

- Comenzar por actividades individuales en las que el paciente se sienta competente, preferentemente manipulativas, porque tienen un mayor potencial para desviar la atención del pensamiento obsesivo.
- Comenzar por actividades grupales en las que la revelación del mundo interno y la interacción social sean moderadas.
- Introducir de forma progresiva y consensuada con el equipo actividades de la vida diaria y otras ocupaciones estrechamente relacionadas con los rituales y pensamientos intrusivos.
- Tolerar la latencia de respuesta y la lentitud psicomotriz.

Trastornos de la personalidad

- Las normas, las reglas y los objetivos de la actividad tienen que explicitarse de forma clara para facilitar el ajuste de la persona a los límites que marca la actividad.
- La actividad tiene que dar la oportunidad de que la persona ejercite el autoconocimiento de su identidad y la expresión de su mundo interno de una forma reflexiva.
- Promover actividades con resultados a corto/medio plazo con dosis de novedades y comportamientos cooperativos en los que la persona tenga la oportunidad de experimentar la sensación de terminar una actividad o proyecto ocupacional teniendo en cuenta la perspectiva del otro.

Trastornos de la conducta alimentaria

- Promover actividades que permitan al paciente la expresión constructiva de emociones y sentimientos desagradables, especialmente la rabia contenida.
- Proporcionar la oportunidad de participar en actividades que favorezcan la expresión espontánea de emociones agradables y la exploración de nuevas sensaciones y habilidades y que reduzcan la tendencia al control.
- Promover la participación en actividades y ocupaciones que contribuyan al establecimiento de un equilibrio ocupacional entre los ciclos actividad-sueño-descanso y el equilibrio entre productividad, ocio y tiempo libre y cuidado personal.

Trastornos adictivos

- Las recomendaciones coincidirían con las expresadas para los trastornos de la personalidad, añadiendo la necesidad, al principio del tratamiento, de promover la participación en actividades orientadas a la exploración de valores, expectativas, motivaciones y capacidades que permita al paciente configurar un proyecto de vida alternativo a la adicción y/o al consumo de tóxicos.

Trastornos cognitivos

- Promover la participación en actividades y tareas que han sido altamente significativas en su historia de vida adaptadas al nivel cognitivo de la persona.
- Adaptar al máximo las distintas tareas y secuencias para permitir la participación de la persona en la toma de decisiones, especialmente en la forma de desempeñar la actividad.

Análisis y adaptación del entorno

Entorno, ambiente y contexto

Las personas existimos en múltiples contextos. Nos ubicamos en áreas geográficas determinadas, formamos parte de una sociedad, de culturas particulares, de una familia, nos movemos en una ciudad, en un pueblo, vivimos entre personas con las que interactuamos y tenemos pertenencias y herramientas que utilizamos con un valor simbólico determinado. La configuración de estos elementos en cualquier contexto influye en lo que decidimos hacer y en el modo en que lo hacemos (11). Tradicionalmente, en la literatura de terapia ocupacional los conceptos de entorno, contexto, ambiente o medio se suelen usar de forma indistinta. El modelo de la ocupación humana utiliza el concepto de ambiente diferenciando entre ambiente físico (espacios y objetos), social (formas ocupacionales y grupos sociales) y la cultura; denomina a la interrelación de los tres elementos «ambiente ocupacional» (11). El modelo canadiense habla del entorno y lo clasifica en cultural, físico y social, e introduce el concepto de «institucional» (11). El modelo australiano habla del medio externo (físico, cultural, sensorial y social) y del espacio, diferenciando entre el espacio físico y el espacio sentido, que es cómo vive la persona el espacio que le rodea (4).

En el *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional* de la AOTA (13) se diferencian los conceptos de entorno y contexto. El término entorno se refiere a los ambientes físicos y sociales que rodean a la persona, en los cuales tiene lugar el desempeño ocupacional. El entorno físico se refiere al ambiente natural y construido no humano y el entorno social alude a la presencia, relaciones y expectativas de personas, grupos y organizaciones con los que la persona se relaciona o tiene contacto. El contexto está formado por una variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente, son menos tangibles que los entornos, pero no menos influyentes en el desempeño ocupacional. Los contextos son culturales, personales, temporales y virtuales. En la [tabla 13.5](#) se expone una definición de cada tipo de entorno y contexto con un ejemplo relacionado con una persona que padece un trastorno mental grave y que participa en una ocupación productiva.

Tabla 13.5 Ejemplo de análisis del contexto y del entorno

Contexto y entorno	Definición	Ejemplo
Cultural	Costumbres, creencias, patrones de actividad aceptadas por la sociedad. Incluimos oportunidades de tipo educativo, empleo y económico, y leyes que favorecen o dificultan la integración de personas con discapacidad	Persona que llega puntual al centro de trabajo donde ocupa un empleo dentro la cuota para personas con certificado de minusvalía que marca la LISMI para empresas de más 50 trabajadores
	Características del individuo que no	Hombre de 27 años con estudios de

Personal	forman parte de la salud: edad, género, nivel educativo y estatus socioeconómico	Hombre de 27 años con estudios de administración y gestión de empresas
Temporal	Ubicación del desempeño en el tiempo. Se incluyen etapas de la vida, momento del día, año, ritmo de la actividad e historia	Está desarrollando sus tareas a un ritmo ajustado a su necesidad de hacer descansos más frecuentes que sus compañeros el último viernes de cada mes, cuando se cierra la contabilidad mensual. Su primer trabajo después de 3 años sin trabajar
Virtual	Escenario en el que se produce la comunicación por ondas y ordenadores sin contacto físico	Envía a su jefe las facturas escaneadas por correo electrónico y coge el teléfono en las llamadas externas
Físico	Ambiente natural construido no humano, incluyendo objetos, lugares geográficas, plantas y animales	El lugar de trabajo está situado en una sala grande compartida con otras personas, pero a una distancia prudencial para poder trabajar sin demasiadas interferencias. El centro de trabajo está a las afueras de la ciudad
Social	Presencia, relaciones y expectativas de personas, grupos y organizaciones con los que la persona se relaciona	Se relaciona principalmente con el jefe de contabilidad y con los demás compañeros en los momentos de descanso

LISMI: Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

Adaptada de AOTA, 2008.

Por su parte, algunos autores hablan del contexto espiritual, en el que incluiríamos la orientación fundamental de la vida de una persona, cuál es el significado y el propósito de su existencia y el código moral de responsabilidad para uno mismo y para demás (23).

Análisis del entorno

El análisis del entorno conlleva detectar y registrar todos los elementos anteriormente descritos con el fin de determinar en qué medida son oportunidades o interferencias en el desempeño ocupacional de la persona en relación con las capacidades que necesita para desempeñar una tarea, una actividad o una ocupación. No debemos olvidar que aunque el entorno influye en el modo en el que se realiza el desempeño ocupacional, a su vez nuestro estilo personal de ejecutar las ocupaciones impactan sobre el entorno, es decir, no únicamente nos adaptamos a los entornos sino que también los construimos. Cole (22) enumera un conjunto de procedimientos de evaluación contextual utilizados en el ámbito anglosajón en el que se describen métodos e instrumentos de evaluación.

En nuestro ámbito, una herramienta utilizada es la escala de impacto del medio ambiente laboral (WEIS) (11). Es una entrevista semiestructurada y una escala de puntuación diseñada para recoger información sobre el modo en el que los individuos con discapacidades físicas o psicosociales experimentan sus medios ambientes laborales. Se recomienda que se emplee en personas que no estén trabajando, pero se anticipa que se incorporarán a ocupaciones productivas.

Desde la psicología comunitaria se han elaborado desde la década de 1960 diferentes instrumentos (25) que evalúan entornos institucionales u hogares que denominan funcionales. Dichos instrumentos podrían ser de utilidad a los terapeutas ocupacionales, pero nunca como sustitutos de nuestros análisis específicos del entorno.

Estrategias de adaptación del entorno

Emplear el entorno como parte del tratamiento es algo inherente a la terapia ocupacional. Puede ser manejado o adaptado a través de todos sus constituyentes. Según Moos (25), «el conocimiento del ambiente es el arma más ponderosa que tenemos para influir en la conducta». En salud mental, la utilización del entorno ha sido tan importante que incluso el hecho diferencial de las comunidades terapéuticas respecto a otros dispositivos de salud mental era la configuración de un ambiente terapéutico. Éste se configuraba mediante una combinación de un programa de actividades grupales, con una atención individualizada, con la incorporación de la familia al tratamiento y con el uso intensivo de la psicoterapia; todo esto enmarcado en un trabajo en equipo que favorece la colaboración y la participación democrática de los pacientes en la comunidad terapéutica, fomentando la responsabilidad y su participación en el tratamiento. Sin olvidar estructurar la comunidad terapéutica mediante unas reglas claras articuladas en el contrato terapéutico y una organización del tiempo para favorecer un entorno predecible y seguro (26).

De forma esquemática, enumeraremos a continuación las estrategias de adaptación del entorno para personas que presentan un trastorno mental:

- En los dispositivos hospitalarios se deben tener unas condiciones de seguridad básicas para evitar situaciones de autoagresión o heteroagresión. Las herramientas y los materiales peligrosos únicamente se pueden manipular bajo la supervisión del profesional y deben estar custodiados bajo llave. Es imprescindible disponer de sistemas de emergencia que activen protocolos de actuación ante situaciones de urgencia.
- La persona con un trastorno mental grave suele presentar vulnerabilidad al estrés; necesita ambientes que generen confianza, tranquilidad, que sean accesibles promoviendo la participación y que sean legibles, en los que pueda comprender con facilidad las características del entorno, en especial si se trata de personas con discapacidades cognitivas.
- El propio terapeuta ocupacional es un elemento vital del entorno; por tanto, una estrategia de adaptación del entorno es cómo el terapeuta ocupacional maneja lo que se denomina el uso intencionado del Yo en la relación terapéutica. La utilización ajustada de la escucha activa, la empatía, la autorrevelación, la comunicación, la confianza, la contención emocional, el sentido del humor y el liderazgo grupal será básica para el éxito de la intervención e incluso puede prevenir situaciones de riesgo de agresión o de heteroagresión.
- En todos los entornos los pacientes necesitan tener una variedad de actividades y tareas con tiempos de descanso adecuados, aumentándolos especialmente en

actividades exigentes, para que puedan desconectar y bajar los niveles de ansiedad. Es importante ofrecer la oportunidad de utilizar objetos, materiales y herramientas con un alto valor simbólico. Por último, la posibilidad de acceder de forma relativamente rápida a personas a las que pueden pedir ayuda o con las que pueden compartir experiencias, emociones o pensamientos es de vital importancia en personas con trastorno mental grave.

- Reducir, mediante intervenciones familiares, las actitudes y los comportamientos denominados de alta emoción expresada.
- Con el objetivo de simplificar los procesos ejecutivos, las demandas de atención y los estímulos sensoriales a las personas con deterioros cognitivos, se recomiendan las siguientes modificaciones ambientales:
 - Disponibilidad de equipos y materiales.
 - Simplificar y describir los pasos de una tarea.
 - Crear un ambiente tranquilo, confortable y cálido, en especial para las actividades cognitivamente exigentes.
 - Usar listas de control, calendarios o relojes como indicaciones de las secuencias de la actividad.
 - Resaltar la información significativa.
 - Hacer una lista de apoyos (familia, amigos, vecinos, profesionales), con el tipo de ayuda que puede ofrecer cada apoyo y el procedimiento de acceso.

Conclusiones

- El análisis y la intervención en el desempeño, en la actividad y en el entorno para ser realmente efectivos deben centrarse en la ocupación y en su capacidad para motivar a las personas a actuar y a crear significados.
- En muchas ocasiones, no podremos adaptar algunos elementos de los entornos de las personas que presentan un trastorno mental y serán ellos los que tendrán que acudir a sus recursos personales para adaptarse a ellos y participar en su construcción.
- Un análisis de la actividad basado exclusivamente en los requerimientos que exigen una realización efectiva de ésta, sin relacionarlo con las dimensiones de la persona, pierde su valor y su sentido terapéutico. El valor terapéutico de la actividad no es sólo mejorar o adaptar destrezas sino que también tiene que impactar en los procesos de elección y significación de las ocupaciones y de los proyectos de vida.

Bibliografía

- Christiansen C.H., Baum M.C. *Occupational therapy: Enabling function and wellbeing*, 1.^a ed. Thorofare, NJ: Slack; 1997.
- Christiansen C., Baum M.C., Bass-Haugen J. *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*, 1.^a ed. Thorofare NJ: Slack; 2005.
- Law M., Baum M.C., Dunn W. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*, 2.^a ed. Thorofare, NJ: Slack; 2005.
- Chapparo C, Ranka J. El Modelo de Ejecución Ocupacional (Australia): una descripción de los constructos y estructura. TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2007 [consultado el 1 de diciembre de 2010] (6): [58 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num6/pdfs/modelos 1.pdf>
- Jimó Algado S, Urbanowski R. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2006 [consultado el 20 de enero de 2011]; 3(3): [27p]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>
- Fisher A. Overview of performance skills and client factors. In: Pendleton H., Shultz-Krohn W. *Pedretti's occupational therapy: Practice Skills for physical dysfunction*. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2006:372–402.
- Prepeau E., Cohn E.S., Schell B.A. *Willard and Spackman. Terapia ocupacional*, 10.^a ed. Madrid: Panamericana; 2005.
- Zielhofner G., Terapia, Ocupacional. *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y*

Aplicación, 3.^a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004.

Markas M., Wasylenki D., Lancee W.J., Ballatyne R. Improved functioning for case management clients. *Psychosoc Rehabil J.* 1988;(1):3–17.

De Charms R. *Personal causation: The internal affective determinants of behaviour*. New York: Academic Press; 1968.

Kielhofner G. Dinámica de la Ocupación Humana. In: Kielhofner G., ed. *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3.^a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004:31–49.

Creapeu E.B. Análisis de la Ocupación y la Actividad. Una forma de pensar sobre el desempeño ocupacional. In: Creapeau E.B.C., Schell B.A.B. *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. 10.^a ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2005:189–198.

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2.^a ed. [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet] 2010 [consultado el 22 de octubre de 2010]; [85 p.]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process.(2.^a ed.).

Pierce D. Untangling occupation activity. *Am J Occup Ther.* 2001:138–146.

García Margallo P., San Juan M., Jonquera S., Navas I. *El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional*, 1.^a ed. Madrid: Aytona Editores; 2005.

Llorens L.A. Activity analysis: Agreement between participants and observers on perceived factors in occupation components. *Occup Ther J Res.* 1993;(3):198–211.

Durante P., Noya B. Análisis y adaptación de actividades. In: Polonio B., Durante P., Noya B. *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Barcelona: Panamericana; 2001:233–245.

Foster M., Pratt J. Análisis de la actividad. In: Turner A., ed. *Terapia Ocupacional en la Disfunción Física. Principios, técnicas y prácticas*. 5.^a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2003:145–163.

Ridgway P. Re-storing psychiatric disability: learning from first person accounts of recovery. *Psychiatr Rehabil J.* 2001;(4):232.

Romero D. Principios fundamentales del análisis de la ocupación: análisis y adaptación aplicados. In: Romero D., Moruno P. *Terapia Ocupacional: Teoría y técnicas*. Barcelona: Masson; 2003:287–297.

Vázquez-Barquero J.L., Crespo-Facorro B. *Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios psicóticos*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.

Cole J. Evaluación contextual del desempeño. In: Creapeau E.B.C., Schell B.A.B. *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. 10.^a ed. Madrid: Panamericana; 2005:427–448.

Taylor R.R. *The Intentional Relationship: Occupational Therapy and Use of Self*. Philadelphia: FA Davis Company; 2008.

Muñoz-Ortiz M., Ansorena A. *Evaluación de contexto en hogares funcionales*, 1.^a ed. Madrid: Fundación Banco Exterior; 1987.

Moos R.H. *The human context: environmental Determinants of Behaviour*, 1.^a ed. New York: Wiley; 1976.

Del Olmo F., Ibáñez V. Hospitalización parcial: conceptos y tendencias asistenciales actuales. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1998;(1):9–29.

Autoevaluación capítulo 13

1. El concepto de desempeño ocupacional se entiende como:
 - a. El resultado de la interacción dinámica entre la persona, el contexto, el ambiente y las ocupaciones de la persona.
 - b. La *habilidad para percibir, desear, recordar, planificar y llevar a cabo roles, rutinas, tareas y subtareas* con un propósito de *automantenimiento, productividad, ocio y descanso* en respuesta a las *demandas* de los *ambientes* interno y/o externo.
 - c. La capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad.
 - d. El desempeño ocupacional solamente es la realización de actividades sin sentido ni significado, con el fin de llenar un tiempo y un espacio en aquellas personas desinteresadas.
 - e. Las respuestas a, b y c son correctas.

Correcta: e. El desempeño es uno de los factores fundamentales del análisis e intervención en terapia ocupacional. Por ello, es importante definir previamente el marco conceptual utilizado para el proceso de evaluación. Cada una de las afirmaciones anteriores corresponde a aportaciones descritas por los distintos modelos teóricos o conceptuales en terapia ocupacional. Todas aportan elementos importantes para el ámbito de la salud mental.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es una finalidad de la evaluación del desempeño?
 - a. Guiar el proceso de intervención, orientar las estrategias y proporcionar criterios claros para poder reajustar las diferentes estrategias de intervención y apoyo.
 - b. Identificar los factores que inhiben y provocan el desempeño deficiente.
 - c. Proporcionar datos sobre el perfil de la persona, facilitar la determinación de las hipótesis de trabajo.
 - d. Argumentar el rol profesional y las acciones que se llevan a cabo por parte del equipo interdisciplinario basado en la observación en un contexto de hospitalización.
 - e. Reevaluar el proceso de intervención, tanto desde el criterio cuantitativo como cualitativo.

Correcta: d. No sería una finalidad argumentar el rol profesional y hay acciones del equipo que no están relacionadas con el desempeño ocupacional. La finalidad es la de guiar el proceso de intervención, orientar las estrategias y

proporcionar criterios claros para poder reajustar las diferentes estrategias de intervención y apoyo. Identificar los factores que inhiben y provocan el desempeño deficiente, proporcionar datos sobre el perfil de la persona, facilitar la determinación de las hipótesis de trabajo y de las estrategias más recomendables en cada situación. Reevaluar el proceso de intervención, tanto desde el criterio cuantitativo como cualitativo.

3. Hay diversos factores que afectan del desempeño ocupacional. Para su análisis se recomienda considerar:

- a. Los aspectos de enfermedad o de factores de riesgo, única y exclusivamente.
- b. No existen factores que afecten al desempeño.
- c. Los aspectos de enfermedad o factores de riesgo, ciclos vitales, la perspectiva de persona y su familia, la variabilidad de las situaciones y el entorno de evaluación.
- d. Ninguna de las afirmaciones son factores que deban considerarse.
- e. Todas son correctas.

Correcta: *c*. El análisis de los aspectos de la enfermedad (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), de los factores de riesgo (modelo de vulnerabilidad), de la etapa y/o ciclo de vida en el que se encuentra la persona, de la perspectiva en primera persona y su familia son factores que deben considerarse en el análisis del desempeño ocupacional, así como la variabilidad de las situaciones y el entorno en que se realiza la evaluación.

4. Para que una actividad sea terapéutica en salud mental se tienen que cumplir las siguientes características:

- a. Que presente un desafío justo y un manejo adecuado de la relación terapéutica.
- b. La actividad haya sido elegida por la persona de acuerdo a sus necesidades, intereses, valores, percepción de habilidades y expectativas de futuro.
- c. Que la actividad le permita a la persona reconstruir una autonarrativa personal más esperanzadora.
- d. Que los distintos pasos y secuencias de la actividad sean graduables y la actividad esté adaptada al momento clínico de la persona.
- e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. Para que pueda emplearse el potencial terapéutico de una actividad tiene que cumplir una serie de condiciones: que presente un desafío justo para permitir el aprendizaje e estimular la motivación, que la actividad haya sido escogida por la persona de acuerdo con sus criterios internos, que el desempeño en la actividad impacte en su identidad ocupacional permitiéndole recuperar una visión de sí mismo más esperanzadora, que los distintos pasos que componen la actividad puedan ser graduables o adaptados de acuerdo con sus habilidades, expectativas y momento clínico y, por último, que el terapeuta ocupacional establezca una relación de ayuda terapéutica.

5. Según el Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional (2.^a ed.):
- Los conceptos de entorno y contexto se pueden utilizar de forma sinónima.
 - El ambiente está formado por los ambientes físico, social y cultural y la interrelación de éstos configura el ambiente ocupacional.
 - El entorno está formado por los ambientes físicos y sociales que rodean a la persona y en los cuales tienen lugar el desempeño ocupacional.
 - El contexto está formado por una variedad de condiciones interrelacionadas que rodean y están dentro de la persona.
 - c y d son correctas.

Correcta: *e*. El entorno se refiere a los ambientes físicos y sociales que rodean al cliente y en los cuales tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria. El entorno físico se refiere al ambiente natural y construido, no humano, y a los objetos dentro de éste. El entorno social está formado por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con clientes tiene contacto. El término contexto se refiere a la variedad de condiciones interrelaciones que están dentro y rodeando al cliente. Con frecuencia, estos contextos interrelacionados son menos tangibles que los entornos físicos y sociales, pero no están exentos de una fuerte influencia en el desempeño ocupacional. Los contextos cultural, personal, temporal y virtual. Otros autores añaden como un elemento del entorno las características del propio terapeuta ocupacional. Actualmente se contempla como un elemento del contexto la dimensión espiritual de la persona.

- ¹ En el capítulo se ha descrito de manera pormenorizada el proceso de evaluación en terapia ocupacional al igual que las herramientas que pueden utilizarse para facilitar la adquisición de información acerca del desempeño ocupacional.
- ² Este modelo se ha descrito en el [capítulo 4](#).
- ³ Se incluye en la denominación de cada etapa primero la propuesta de Farkas y después la de Kielhofner.

Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental

M.A. Talavera Valverde, P. Moruno Miralles

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Marco teórico del razonamiento clínico

Razonamiento clínico en terapia ocupacional

Dimensiones del razonamiento clínico en terapia ocupacional

Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional

Diagnóstico ocupacional

Componentes del diagnóstico ocupacional

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Definir y explicar el proceso de toma de decisiones que subyace al razonamiento clínico del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental.
- Identificar las funciones del razonamiento clínico para la mejora de la eficacia de nuestras intervenciones en el ámbito de la salud mental.
- Explicar cómo el razonamiento clínico se desarrolla a lo largo del tiempo influido por la formación y la experiencia.
- Definir y diferenciar las distintas modalidades de razonamiento clínico del terapeuta ocupacional.
- Explicar las particularidades del razonamiento diagnóstico en el ámbito de la salud mental.

- Identificar cómo el razonamiento clínico nos ayuda a ordenar y clarifican los resultados de la totalidad del proceso de evaluación inicial.

Introducción

La práctica clínica raramente se presenta de forma tan sencilla como se describe en la teoría (1). Como advierten acertadamente Mattingly y Fleming (2), los conocimientos y destrezas que se ponen en juego en la práctica cotidiana de los terapeutas ocupacionales son diferentes de los aprendidos en los libros de texto y durante la formación académica. Este hecho se debe a que cada terapeuta combina sus conocimientos teóricos y su experiencia personal y profesional y dicha combinación es la que guía sus acciones. Dicho de otra forma, aunque el quehacer del terapeuta ocupacional puede (y debe) fundamentarse teóricamente, en última instancia se basa en la interpretación de las situaciones clínicas que se presentan en cada caso a cada profesional, interpretación que sostiene su intervención.

En consecuencia, el interés por conocer la forma en la que razonan los terapeutas ocupacionales en su quehacer profesional –así sus consecuencias prácticas, teóricas y experienciales– ha dado lugar a líneas de investigación centradas en su *razonamiento clínico*.

Sin embargo, el uso de esta locución no ha estado exento de cierta confusión, debido a la utilización, al referirse a este objeto de estudio, de distintos términos, empleados como sinónimos por parte de distintos autores¹ (3).

Según Unsworth (4), a pesar de su diversidad, existen varios puntos de interés común en las contribuciones a esta área de conocimiento; a saber: cómo llegar a ser mejores en lo que hacemos; cómo explicar y describir nuestros conocimientos y experiencia a los demás; cómo mejorar la enseñanza de la disciplina a los estudiantes y a los principiantes y cómo justificar nuestra valía como profesionales en un sector cada vez más competitivo y crítico (2, 4). Asimismo, a nuestro modo de entender, este programa de investigación también nos ha aportado herramientas útiles, como el *diagnóstico ocupacional*, que facilitan nuestro trabajo, no sólo desde el punto de vista de la evaluación, sino también en la intervención, seguimiento y valoración de resultados.

Por todos estos motivos pensamos que el estudio del razonamiento clínico en terapia ocupacional es ineludible y, con el paso del tiempo, puede convertirse en una fructífera área de investigación para los terapeutas ocupacionales que desarrollan su labor en el ámbito de la salud mental.

Marco teórico del estudio del razonamiento clínico

A partir de la década de 1960, el interés por la calidad y eficacia de las tareas diagnósticas y de las intervenciones terapéuticas facilita la aparición de líneas de investigación sobre el razonamiento de los clínicos en su práctica profesional. El estudio de las destrezas prácticas durante el diagnóstico médico se convierte en acicate de numerosas investigaciones sobre el proceso de diagnóstico, clasificación, toma de decisiones y resolución de problemas clínicos (5). Así, se analiza el modo en el que razonan los clínicos, con el fin último de mejorar la eficacia de sus prácticas y la formación y entrenamiento de los estudiantes y profesionales.

Esta inquietud científica influirá más tardíamente, en distinta medida, en disciplinas afines del ámbito social y sanitario como, entre otras, la terapia ocupacional. En nuestra disciplina, desde 1990, aumenta la publicación de artículos, libros y el desarrollo de trabajos de investigación que adoptan esta perspectiva, centrada fundamentalmente en el proceso de razonamiento clínico del terapeuta ocupacional².

Tal y como sostiene Moruno (6), sin lugar a dudas la aportación de mayor relevancia al estudio del razonamiento clínico es la investigación realizada por Elstein y Bordage (7) y Elstein, Shulman y Sprafka (5) sobre el razonamiento diagnóstico en medicina (8).

La principal premisa que sostienen estos investigadores es que los principios básicos del juicio humano subyacen al razonamiento clínico de los médicos. Sucintamente, su aproximación al razonamiento diagnóstico caracteriza al experto que aborda la tarea diagnóstica como un procesador de información y a la tarea como un problema que requiere una solución (7). Si concebimos el proceso diagnóstico como un procedimiento de resolución de problemas, la solución de un determinado suceso clínico implica la transformación o conversión de un conjunto de símbolos –los datos de entrada del caso – , en otro conjunto de símbolos –el diagnóstico.

Desde esta aproximación, la teoría de resolución de problemas de Newell y Simon (9) distingue entre *entorno de la tarea*, o marco objetivo en que se presenta el problema a resolver, y *espacio del problema*, o estructura de símbolos y relaciones que constituye la representación cognitiva del entorno de la tarea, es decir, del problema.

La estructura del espacio del problema determina las actividades de procesamiento de información usadas en la búsqueda de una solución. De esta forma, cuando se aborda un determinado problema se recuperan de la memoria a largo plazo (donde se almacenan de manera duradera) los símbolos y las operaciones que se

utilizan durante su resolución, instalándose en la memoria de trabajo, del mismo modo que las transformaciones sucesivas resultado de las operaciones aplicadas.

En el espacio del problema pueden diferenciarse dos estados: el inicial y el final; este último coincide con la solución del problema. La transformación del estado inicial (el problema) en el estado final (la solución) tiene lugar como consecuencia de la aplicación sucesiva de distintos operadores en distintos momentos del proceso.

Si bien pueden darse diversas estrategias para atravesar el espacio del problema desde el estado inicial al final –por ejemplo, aplicar sistemáticamente todos los operadores en los diferentes estados intermedios que conducen a la solución–, la singularidad de la aproximación cognitiva al estudio del razonamiento se basa en delimitar los heurísticos que aplican los seres humanos para acortar el recorrido, dadas las limitaciones para procesar la información que caracterizan la cognición humana.

Las indagaciones sobre el diagnóstico en medicina, llevadas a cabo por Elstein, Shulman y Sprafka³ (5), son el referente clásico de las posteriores investigaciones realizadas sobre razonamiento clínico.

Estos autores proponen un modelo teórico que describe el proceso de solución de problemas clínicos como un procedimiento de generación y contrastación de hipótesis. Este proceso se corresponde con cuatro etapas principales:

- Adquisición de indicios (*cue acquisition*).
- Generación de hipótesis (*hypothesis generation*).
- Interpretación de los indicios (*cue interpretation*).
- Evaluación de las hipótesis (*hypothesis evaluation*).

En la primera etapa, el clínico aplica diferentes métodos para la recopilación de datos sobre el caso⁴. Apoyándose en la teoría de resolución de problemas de Newell y Simon (9), Elstein, Shulman y Sprafka (5) señalan dos características básicas de la resolución de problemas clínicos:

- El entorno de la tarea, es decir, el problema diagnóstico, se traduce en una representación cognitiva interna (espacio del problema).
- La estructura de la representación cognitiva del clínico determina las actividades de procesamiento de la información a usar en la búsqueda de la solución.

La amplitud potencial del espacio del problema en el caso del diagnóstico médico es enorme (como consecuencia de su alto grado de indeterminación), en la medida en que son numerosos los estados de conocimiento intermedios que pueden generarse y los operadores potencialmente aplicables en un amplísimo abanico de condiciones iniciales.

Los autores defienden que la estrategia principal que utilizan los clínicos para

delimitar el espacio del problema es la *generación temprana de hipótesis* diagnósticas tentativas.

«La generación temprana de hipótesis diagnósticas tentativas es la estrategia principal usada por los clínicos para delimitar las regiones del espacio de problema potencial y más probablemente alcanzar la solución»⁵ (5).

La generación temprana de hipótesis permite emplear un método hipotético-deductivo según el cual la recogida de datos se orienta gracias a las hipótesis generadas.

A partir de la adquisición de un número reducido de indicios o patrones de indicios –con frecuencia un único dato de mayor relevancia – , se activan mediante un proceso de asociación las categorías diagnósticas almacenadas en la memoria a largo plazo. El número de hipótesis es reducido, alrededor de seis o siete como máximo, aunque éstas pueden aumentar si se organizan de forma jerárquica en racimos de grupos de hipótesis. A partir de este momento, el resto de la información, tanto disponible como recabada, se interpreta en relación con las hipótesis generadas. Así, los nuevos indicios obtenidos se interpretan como significativos o irrelevantes en referencia a la confirmación de alguna de las hipótesis manejadas.

Por último, se evalúa la validez de las hipótesis alternativas, basándose en la ponderación de los indicios recogidos, hasta alcanzar un diagnóstico definitivo, resultado de la elección de aquella hipótesis que sume mayor número de datos e indicios a favor y menor en contra.

En resumen, la investigación desarrollada por Elstein et al (5) permite establecer un modelo teórico que permite describir y esclarecer el proceso de razonamiento diagnóstico, estructurándolo como un *procedimiento de generación y validación de hipótesis*.

Desde nuestro punto de vista, la aplicación de la teoría de resolución de problemas es igualmente aplicable en las disciplinas paramédicas. Esta opinión se ve corroborada por las investigaciones sobre razonamiento clínico en terapia ocupacional de Rogers (10, 11); Mattingly (2); Dutton (12), y Crepeau et al (13, 14), que consideran que éste es, al menos en parte, similar al razonamiento preconizado en la literatura sobre solución de problemas médicos.

De la misma forma que veíamos en el caso del diagnóstico médico, el terapeuta ocupacional se enfrenta a un espacio del problema potencialmente muy amplio y variado. De hecho, una de las características distintivas de la terapia ocupacional es el extensísimo abanico de áreas de intervención que conciernen a la materia y que reúne, *grosso modo*, trastornos somáticos, psiquiátricos, pediátricos y geriátricos, con rangos de edad que engloban desde los pocos meses de edad hasta la senectud, e intervenciones que deben considerar en cada caso escenarios muy diversos de desempeño ocupacional (el hogar, la comunidad, el lugar de trabajo o el entorno

hospitalario). Por tanto, el entorno de la tarea es enormemente amplio, al menos tanto como lo es en el caso de la medicina o la psicología.

Razonamiento clínico en terapia ocupacional

El estudio del razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales constituye una aproximación válida para conocer y describir las estrategias y habilidades que entran en juego durante su labor profesional, los conocimientos implicados en tal proceso y los factores que conforman la interacción entre conocimientos y acción. En consecuencia, su estudio puede permitirnos mejorar la eficacia de nuestras intervenciones, optimizando la calidad de la labor profesional de los terapeutas ocupacionales (4).

Antes de continuar desarrollando los contenidos de este apartado, debemos advertir que algunos autores (Kielhofner y Forsyth [15] y Crepeau et al [14]) han propuesto renombrar esta área de conocimiento como «razonamiento profesional», en un intento de desvincularla del ámbito de la medicina, dado que los terapeutas ocupacionales también desarrollan su labor en otros terrenos, como el educativo o en la comunidad. Esta alternativa no es sólo una cuestión nominativa. Mientras que en disciplinas como la medicina y la psicología el foco de atención principal es clarificar el proceso de toma de decisiones y resolución de problemas (específicamente en la elaboración del diagnóstico y en la evaluación psicológica), en terapia ocupacional se ha tratado de diferenciar el proceso de toma de decisiones y resolución de problemas –caracterizándolo como más lineal y orientado a la acción– del razonamiento clínico –de carácter circular y no necesariamente orientado a la acción–. Incluso, en nuestra disciplina tal procedimiento se ha considerado sólo una parte del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional (11, 16).

Hecha esta matización, Moruno, Talavera y Cantero (3), basándose en las propuestas de Rassafiani y Schell (3), proponen definir el razonamiento clínico en terapia ocupacional como el proceso cognitivo básico que emplean los profesionales de la disciplina para evaluar, planificar, dirigir e implementar la intervención, así como la reflexión sobre la totalidad del proceso de atención prestado. Es, por tanto, un proceso cognitivo complejo que está implicado en todas las etapas de la intervención, tanto en la evaluación y planificación como en su implementación y en la valoración de resultados. Unsworth (4) plantea que el razonamiento clínico es la principal estrategia utilizada por los terapeutas ocupacionales para tomar decisiones en su práctica cotidiana. Permite que demos respuesta a la pregunta sobre «saber-cómo hacer» (*know-how*), frente a las propuesta de los marcos de referencia teóricos y los modelos de práctica que prescriben *qué se debe hacer*. Es decir, el razonamiento clínico nos permite buscar información e interpretarla, para generar la mejor opción de intervención.

Aunque partimos de esta definición genérica, asumimos que el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional implica diversas estrategias o modalidades, de

acuerdo con diferentes propósitos o distintos aspecto de un problema (4).

Dimensiones del razonamiento clínico en terapia ocupacional

Durante los últimos años han sido numerosas las propuestas realizadas para nombrar y definir las distintas modalidades de razonamiento clínico utilizadas por los terapeutas ocupacionales (tabla 14.1). Por su claridad y sencillez, en estas páginas rescatamos la propuesta de Mattingly y Fleming (2), según la cual el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional se organiza en torno a un «pensamiento de tres pistas» (*three-track mind*)⁶. Las autoras definen y distinguen entre razonamiento *procesal*, *interactivo* y *condicional*. Resumamos brevemente sus características:

1. Razonamiento procesal (*procedural reasoning*). Modalidad que podemos considerar muy similar al razonamiento preconizado en la literatura médica sobre solución de problemas diagnósticos (2, 10–13). El terapeuta ocupacional se enfrenta a una amplia variedad potencial del espacio de problema, en su intento de identificar tanto el posible origen de las alteraciones en el desempeño ocupacional como las estrategias más adecuadas para resolverlas. Gracias a sus conocimientos teóricos y a la experiencia acumulada, crea y utiliza *guiones* (*scripts*) que guían su razonamiento (16). Éstos le ayudan a organizar, almacenar y recuperar su conocimiento sobre eventos comunes asociados con determinadas condiciones patológicas, lo que posibilita un procesamiento eficaz de la información —proporcionando estrategias eficaces para manejar información muy compleja— y le permite generar hipótesis que dirigen la búsqueda de información durante la evaluación.
2. Razonamiento interactivo. Según Mattingly y Fleming (2), esta modalidad entra en juego especialmente durante los encuentros vis a vis del terapeuta y su paciente y puede perseguir diferentes propósitos, dependiendo de la situación o el caso. Se emplea cuando tratamos de individualizar la intervención, considerando el entorno del paciente y su vivencia respecto a sus limitaciones o dificultades. Según Mitchell y Unsworth (17), el razonamiento interactivo sirve de guía para interpretar y usar la interacción verbal y no verbal con cada caso abordado. Resumidamente, entre otras, las funciones del razonamiento interactivo son: captar la experiencia de la discapacidad desde el punto de vista de la persona que la experimenta, para favorecer la implicación del sujeto en la intervención o la evaluación; establecer y consolidar la relación terapéutica; elaborar un lenguaje compartido de acciones y significados y establecer límites y normas. En palabras de McCannon et al (18), el razonamiento interactivo hace hincapié en las estrategias que los terapeutas ocupacionales usan a la hora de comprender mejor los sentimientos de sus pacientes acerca de su situación ocupacional y del proceso terapéutico en el que se encuentran inmersos.

3. Razonamiento condicional. Mattingly y Fleming (2) definen también una última modalidad de razonamiento –que consideran más difícil de precisar e identificar que las anteriores– que denominan *razonamiento condicional*, en la que distinguen, a su vez, tres estrategias diferentes. En primer lugar, aquella en la que el terapeuta ocupacional piensa sobre la condición total o global del sujeto, incluyendo a la persona, la enfermedad y su significado para el sujeto que la padece y su familia, así como el contexto social y físico en que el sujeto vive. En segundo lugar, aquella en la que el terapeuta ocupacional imagina de qué forma la condición de salud del sujeto puede cambiar, modificarse a lo largo del tiempo. Por último, la tercera modalidad, denominada *razonamiento narrativo*, hace referencia a la capacidad del terapeuta de construir una imagen compartida con el paciente sobre su futuro, sobre el cambio o modificación de las dificultades que lo llevaron a su encuentro con el terapeuta ocupacional⁷. En este tipo de razonamiento el terapeuta ocupacional debe tener en cuenta al paciente y a su entorno personal más inmediato (padres, pareja o hijos), puesto que son las personas más próximas con las que se construye y narra conjuntamente la historia. En este sentido, la forma del sujeto de contar su vida, los acontecimientos más importantes que le han ido acaeciendo, sus inquietudes o, incluso, sus expectativas respecto al tratamiento de terapia ocupacional marcan la planificación del profesional de su proceso de intervención (4). El razonamiento narrativo entra en juego prioritariamente cuando, junto al paciente, revisamos la evolución de cada caso. Facilita explorar diferentes opciones para hacer frente tanto a los cambios que se presenten en la actualidad, como a futuras necesidades identificadas por medio del análisis de los contextos del desempeño (17)⁸.

Tabla 14.1 Modalidades de razonamiento clínico

Tipo	Autores	Función
Razonamiento procesal	Mattingly, Fleming (1994), Mccannon, Robertson, Caldwell, Juwah, Elfessi (2004), Mitchell, Unsworth (2004). Erhardt, Meade (2005)	Identificar las condiciones clínicas relacionadas con los problemas en el desempeño ocupacional del sujeto evaluado, facilitando la definición del diagnóstico ocupacional que posibilita identificar los objetivos del tratamiento y el establecimiento de un programa o plan de tratamiento inicial
Razonamiento interactivo	Crépeau,(1991), Mattingly, Fleming, (1994), Roberts (1996), Ward (2003), Mitchell, Unsworth, (2004), Mccannon, Robertson, Caldwell, Juwah, Elfessi (2004),	Permite individualizar la intervención. Captar la experiencia de la discapacidad desde el punto de vista de la persona que la experimenta, favoreciendo la implicación del paciente en el tratamiento o la evaluación, así como establecer y/o consolidar la relación terapéutica, la instauración de las normas que rigen dicha intervención, entre otros aspectos.

	Unsworth (2005)	
Razonamiento condicional	Mattingly, Fleming (1994), Buchanan et al (1998), Mccannon, Robertson, Caldwell, Juwah, Elfessi (2004), Mitchell, Unsworth (2004), Erhardt, Meade (2005)	Pensar sobre la condición total o global del sujeto, considerando a la persona, su enfermedad y el significado de ésta para el sujeto que la padece y su familia. Asimismo, se considera el contexto social, cultural y físico en el que vive el sujeto. Imaginar de qué forma la condición del sujeto puede cambiar. Éste participa en la planificación de la intervención y en su desarrollo, construyendo una imagen compartida con el terapeuta de su posible futuro, sobre la base de lo que necesita o de lo que desea modificar
Razonamiento narrativo	Mattingly, Fleming (1994), Mitchell, Unsworth (2004), Erhardt, Meade (2005)	Permite al terapeuta, al sujeto y a sus allegados, compartir la vivencia de la enfermedad y narrar una historia en la que ésta tenga cabida. La forma en que la persona narre su vida, sus inquietudes, sus deseos y sus preferencias marcarán la planificación y el trabajo del profesional

Corregida de Moruno, Talavera, Cantero, 2009³.

Como señalábamos anteriormente, las diferentes modalidades de razonamiento que acabamos de describir entran en juego en distintos momentos del proceso terapéutico. Este hecho caracteriza el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional, que se organiza como un «pensamiento de tres pistas». Tratemos de ilustrar esta idea.

Al inicio del abordaje de cada caso –por ejemplo, durante la evaluación inicial – , el terapeuta ocupacional suele guiarse por el razonamiento procesal –de carácter analítico y que requiere un espacio del problema bien definido⁹ – , para evaluar las condiciones patológicas y sus repercusiones en el desempeño ocupacional. No obstante, ante la aparición de determinados indicios cambia de una modalidad de razonamiento a otra, para darles respuesta –por ejemplo: si identifica un aumento de la tensión en el paciente durante la entrevista, puede decidir bromear sobre cualquier aspecto de la situación o cambiar el contenido de la conversación, con el propósito de relajar la tensión – . Logrado su cometido, vuelve de nuevo a la tarea dominada por la primera estrategia de razonamiento.

Según sostienen Mattingly y Fleming (2), cuando el terapeuta ocupacional trata de individualizar la intervención, el razonamiento interactivo parece funcionar mejor que el razonamiento analítico. Este tipo de razonamiento se da en respuesta a problemas peor definidos y en los que intervienen un gran número de indicios provenientes de diversas fuentes, en los que se muestra más eficaz que el razonamiento analítico. El razonamiento interactivo del terapeuta ocupacional requiere un análisis activo sobre los indicios que observa en su paciente (estado de ánimo, intereses e intenciones) que los interpreta comunicándolos a su paciente, a la espera de la respuesta de éste. Los terapeutas ocupacionales con una extensa experiencia poseen la extraordinaria capacidad de tratar de manera objetiva las condiciones médicas mientras, simultáneamente, captan la experiencia subjetiva del paciente que las padece.

Sin embargo, esta capacidad no depende sólo de los años de experiencia

acumulados por cada terapeuta, su forma de concebir al sujeto al que atiende y el papel que debe desempeñar el terapeuta ocupacional ejercen también una poderosa influencia en la capacidad de interacción y en su razonamiento clínico¹⁰. En definitiva, la integración de los aspectos procesales, interactivos y condicionales del razonamiento clínico no depende sólo de los años de experiencia acumulada, sino también de los valores y percepciones subjetivas de cada terapeuta respecto a lo que es su trabajo o cometido.

A pesar de lo que acabamos de advertir, el razonamiento clínico también está directamente relacionado con la experiencia atesorada por cada terapeuta ocupacional. Como señalan Sánchez y Romero (19), cuando el terapeuta ocupacional acumula experiencia clínica, va construyendo redes y nodos neurales que le facilitan la toma de decisiones. Así, un terapeuta ocupacional con mayor experiencia tendrá una red más densa con mayor número de nodos, pero, además, habrá más nodos que sean significativos y tengan mayor probabilidad de «excitarse» que otros. En cambio, un terapeuta neófito tendrá menor número de nodos, su red será menos densa y los nodos tendrán prácticamente la misma probabilidad de activarse.

Diferentes estudios han sugerido que el razonamiento clínico se desarrolla a lo largo del tiempo influido por la pericia y experiencia de cada terapeuta ocupacional, planteando una serie de etapas:

- Principiante. Su razonamiento se caracteriza por la aplicación rígida de reglas aprendidas durante la formación académica, sin tener en cuenta los aspectos contextuales de cada caso específico. Es el razonamiento clínico característico de los terapeutas ocupacionales sin experiencia clínica.
- Iniciado avanzado. El terapeuta incorpora información contextual cuando aplica las reglas de razonamiento y es capaz de modificarlas para adaptarlas a una situación específica. En esta etapa se encuentran los terapeutas ocupacionales con menos de un año de experiencia.
- Competente. El terapeuta ajusta los procedimientos a las situaciones específicas e identifica el peso relativo de la información aportada por el sujeto. El espacio del problema se percibe como un todo y es capaz de dar prioridad a los aspectos más relevantes de cada situación. En esta etapa la experiencia clínica del terapeuta ocupacional supera los tres años.
- Hábil. El terapeuta ocupacional es capaz de alterar las reglas y el proceso de evaluación y también los planes de intervención. Logra la integración del razonamiento diagnóstico e interactivo y da cada vez mayor importancia a la narración de historias sobre los cambios esperados con la intervención, aspecto que caracteriza al razonamiento condicional. En esta etapa, el terapeuta ocupacional ha superado los cinco años de experiencia clínica.
- Experto. El terapeuta ocupacional experto es capaz de organizar la intervención

desde su inicio sin planes preconcebidos, puede obtener datos durante la evaluación a partir de cualquier información puntual o casual, reconoce los problemas y posibilidades del sujeto con facilidad y rapidez, gracias a su comparación con los «patrones de reconocimiento» que ha ido fraguando a lo largo de su experiencia clínica. Concibe la situación clínica como un todo, considerando la continuidad de cuidados del paciente, una vez que haya sido dado de alta en el departamento en que trabaja. Además, son capaces de reflexionar sobre su forma de razonar clínicamente, tratando de mejorarla.

Revisadas sucintamente las principales características del razonamiento clínico y de su evolución a lo largo del tiempo, a continuación, dada su relevancia en la práctica, profundizaremos en el estudio del razonamiento diagnóstico, aquel que tiene lugar durante la evaluación inicial.

Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional

Tal y como lo definen Rogers y Holm (10), el razonamiento diagnóstico permite evidenciar las relaciones entre las alteraciones del desempeño ocupacional de las actividades de las distintas áreas de ocupación y las condiciones hipotéticas subyacentes a dichas alteraciones.

Los terapeutas ocupacionales compartimos con otras disciplinas de las ciencias sociales y de la salud el procedimiento de evaluación o diagnóstico como uno de los elementos nucleares alrededor del cual se organiza la práctica. El término diagnóstico deriva de la palabra griega *diagnosis* (distinción), compuesta por la raíz *dia* –«a través de» – , y la terminación *gnosis* –«conocimiento» – . Según el *Diccionario de la Lengua Española* (20), esta voz hace referencia al «arte o acto de reconocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos».

Sin embargo, el concepto de diagnóstico ocupacional se distancia del concepto de diagnóstico médico; es más, surge como una reacción a él, para tratar de resolver algunos de los problemas de su preeminencia para la práctica de la terapia ocupacional. Rogers (21) introduce el concepto y la necesidad del diagnóstico ocupacional a partir de un análisis comparativo entre éste y el diagnóstico médico. La autora sugiere que, si bien los terapeutas ocupacionales están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida, al no ser capaces de construir un *esquema diagnóstico*. En consecuencia, el diagnóstico médico ocupa un lugar preeminente en las actividades clínicas, educativas e investigadoras en el ámbito de la terapia ocupacional. Esta circunstancia plantea numerosos problemas, dado que ubica en primer plano la explicación médica basada en relaciones causales de tipo orgánico.

El diagnóstico ocupacional resolvería esta situación en la medida en que la formulación de un esquema diagnóstico propio contribuiría a una mejor aprehensión de la causalidad multidimensional de los problemas de desempeño ocupacional, relegando a un segundo plano las explicaciones médicas más reduccionistas. Asimismo, esta autora defiende que en el diagnóstico ocupacional se incluyen los elementos clave que guían la intervención. De esta forma, se define como una conclusión, obtenida a partir de la información recabada a lo largo de la evaluación inicial, sobre la naturaleza y causas hipotéticas de las alteraciones en el desempeño ocupacional que presenta el sujeto evaluado. Entre las posibles causas se incluyen variables biológicas u orgánicas, psicológicas y contextuales que se incorporan en el diagnóstico ocupacional.

También podemos concebir el diagnóstico ocupacional como el razonamiento

subyacente al proceso de evaluación inicial; es decir, como el conjunto de operaciones cognitivas y de acciones a través de las cuales captamos, describimos e interpretamos los problemas en el desempeño ocupacional de un sujeto y sus causas posibles.

Desde este enfoque se considera al terapeuta ocupacional como un procesador de información y la tarea diagnóstica como un problema que requiere una solución. El estudio del razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional persigue examinar el modo en el que los terapeutas ocupacionales representan el espacio del problema, describir las estrategias que emplean para resolverlo y conocer la organización del conocimiento implicado en su estructuración y resolución¹¹ (4).

Siguiendo las propuestas de Rogers y Holm (10), el razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional implica enjuiciar (*problem sensing*) y definir (*problem definition*) un problema para guiar nuestra intervención y desarrollar posibles soluciones. En la fase en la que se enjuicia el problema, el terapeuta ocupacional lo estructura elaborando una imagen clínica de éste¹². Esta tarea se desarrolla primordialmente a lo largo del proceso de evaluación comprensiva. Antes de aproximarse al sujeto evaluado, el terapeuta ocupacional dispone de un esbozo implícito o imagen clínica que delimita el tipo de variables que explorará, su importancia relativa, sus relaciones y los métodos y herramientas que empleará para recopilar la información. Esta representación tácita se conforma a lo largo del tiempo como consecuencia de la convergencia de diversos factores, principalmente teóricos y clínicos, que constituyen la materia prima con la que se forja el armazón teórico que sostendrá la interpretación de las condiciones de cada caso.

Para explicar la fase de definición del problema, Rogers y Holm (10) adoptan como referencia teórica la perspectiva del procesamiento de la información y la teoría de resolución de problemas en situaciones clínicas elaborada por Elstein, Shulman y Sprafka (5) y Elstein y Bordage (7).

Consideran al terapeuta ocupacional como un «procesador de datos» y establecen cuatro momentos característicos del proceso que le permiten recabar, organizar, analizar y elaborar los datos para identificar la condición del estatus ocupacional del paciente; a saber:

- Adquisición de indicios.
- Generación de hipótesis.
- Interpretación de indicios.
- Evaluación de hipótesis.

Durante la adquisición de indicios, el terapeuta ocupacional trata de recoger datos relevantes sobre el problema o los problemas de desempeño ocupacional del sujeto evaluado y sobre sus causas.

La adquisición de indicios es selectiva, dado que está orientada por la imagen

clínica que ha formado y refinado el terapeuta a lo largo de su experiencia y formación. Esta imagen desempeña un papel importante en el razonamiento diagnóstico, en la medida en que guía los indicios que busca el terapeuta. Habitualmente, los terapeutas desarrollan rutinas singulares que dependen del encuadre del servicio o de sus preferencias; así, un determinado indicio puede ser el origen de la búsqueda del indicio siguiente o, por el contrario, seguir protocolos normalizados para recoger la información. Esta información, recogida durante los primeros momentos de la evaluación, modifica la idea inicial del terapeuta ocupacional respecto al desempeño ocupacional del paciente evaluado y a las condiciones de las que depende; con ella también se cambia el escenario del problema y, por tanto, el tipo de indicios buscados (6).

Durante la segunda etapa, en la que se generan hipótesis de forma temprana a partir de un número limitado de datos, se elaboran conjeturas sobre la naturaleza y condición de las alteraciones en el desempeño del paciente y los factores que están relacionados con ellas, lo que permite dirigir la exploración y análisis de nuevos datos a lo largo del proceso de evaluación¹³.

Dadas las limitaciones de la memoria de trabajo, donde se almacenan los datos que van surgiendo a lo largo del proceso de evaluación, la generación de hipótesis permite al terapeuta ocupacional agrupar los indicios recabados, organizándolos y sintetizándolos a través de supuestos tentativos sobre la causa o las causas de la disfunción ocupacional, ampliando, de esta forma, la capacidad de su memoria de trabajo. Una vez que se han formulado una o varias hipótesis, la búsqueda subsiguiente de indicios apunta en gran medida a la confirmación o refutación de la hipótesis principal. Durante la tercera etapa, una vez obtenidos el conjunto de indicios vinculados con la hipótesis diagnóstica, éstos son procesados en relación con su relevancia frente a las hipótesis planteadas¹⁴.

Por último, una vez agotada la búsqueda de información, los datos que apoyan una determinada hipótesis son sopesados frente a las evidencias que la anulan o que apoyan hipótesis alternativas. Cuando el terapeuta ocupacional no puede abrigar una hipótesis antes que otra, reanuda la adquisición de datos, hasta que un diagnóstico basado en la ponderación de los hasta ahora obtenidos predomine sobre el otro, seleccionándose como base para establecer los objetivos de intervención.

Diagnóstico ocupacional

Por definición, la elaboración de un diagnóstico requiere una serie preexistente de categorías o clases nosológicas que aportan la taxonomía para catalogar cada condición o conjunto de condiciones. Por tanto, en puridad, la elaboración de un diagnóstico ocupacional requiere de un sistema de clasificación, de un conjunto de categorías o clases que hagan referencia a los posibles trastornos del desempeño ocupacional de un individuo.

Trataremos de ilustrar esta idea rescatando un ejemplo planteado por Rogers y Holm (11) sobre una hipotética clasificación para el diagnóstico en terapia ocupacional. Si establecemos las categorías diagnósticas 1, 2, 3 y 4 (que hacen referencia, respectivamente, a alteraciones sensoriomotoras, cognitivas, afectivas y a restricciones del entorno) y las clases A y B (que delimitan la parte superior e inferior del cuerpo), podríamos establecer un diagnóstico de este tipo: disfunción en el vestido A.1.

En la actualidad no existe un sistema uniforme de clasificación diagnóstica de problemas ocupacionales.

Dicho esto, no podemos dejar de advertir que el diagnóstico basado en clasificaciones nosológicas no está exento de críticas. Como refleja Moruno (22–24), éstas se pueden agrupar en torno a tres argumentos: en primer lugar, un diagnóstico nosológico constituye un agregado de síntomas que no especifica los comportamientos o alteraciones idiosincrásicas de cada paciente e, incluso, pueden llegar a enmascararlos. Así, podemos constatar que sujetos diagnosticados con etiquetas diferentes presentan problemas similares y, por el contrario, individuos con perfiles disfuncionales distintos pueden presentar diagnósticos idénticos. En segundo lugar, un diagnóstico de este tipo no aporta ventajas claras de cara a la intervención, puesto que en muchos casos únicamente hace referencia a categorías descriptivas genéricas. Además, en algunos casos, como en el ámbito de la salud mental, las etiquetas diagnósticas no hacen referencia a una etiología única conocida, dando lugar a explicaciones de carácter circular que poco aportan a la identificación de la causa de un determinado trastorno (25–28). Por último, la asignación de una etiqueta diagnóstica a un sujeto puede tener consecuencias indeseables, generando fenómenos como la estigmatización, tan bien conocidos en el ámbito de la enfermedad mental¹⁵.

Así las cosas, podemos concebir el concepto de diagnóstico ocupacional y su utilidad de formas diversas. Los que suscriben este capítulo tenemos ideas diferentes. En un caso se apuesta por elaborar paulatinamente una clasificación diagnóstica, propia de terapia ocupacional, que evite la necesidad de estructurar nuestra práctica apoyándonos en otras clasificaciones, que inevitablemente disipan la singularidad de nuestra disciplina. Elaborar tal clasificación es una apuesta y un reto pendiente¹⁶.

En el otro caso, a pesar de las dificultades implícitas a su utilización, sostenemos que las ideas que aporta el concepto de diagnóstico ocupacional son útiles en la práctica. Concebimos su utilidad en la medida en que nos ayuda a *ordenan y clarifican los resultados de la totalidad del proceso de evaluación* inicial, lo que posibilita una planificación e intervención más eficaz. Más allá del beneficio potencial que en un futuro pueda llegar a adquirir el diagnóstico ocupacional como sistema clasificador o nosológico de las alteraciones en el desempeño ocupacional, en la actualidad su utilidad reside en aportarnos *un esquema cognitivo que nos permite evaluar de forma más precisa y eficaz*.

Componentes del diagnóstico ocupacional

Si concebimos el diagnóstico ocupacional como el resultado final del proceso de evaluación inicial, según Moruno (6, 29), obtenemos un esquema conceptual constituido por cuatro componentes integrados¹⁷:

- El componente descriptivo. En él se describe la totalidad del conjunto de actividades o tareas en las que un sujeto presenta problemas para su desempeño funcional.
- El componente explicativo. Está constituido por el conjunto de hipótesis formuladas para explicar la causa o naturaleza de cada condición, situación o problema.
- Los indicios (*cues*). Evidencias que conducen a las hipótesis que explican las alteraciones en el desempeño. Es decir, aquellas alteraciones en los factores del cliente, en las destrezas y patrones de desempeño y en los aspectos contextuales asociados con las hipotéticas causas de los problemas en el desempeño.
- Información diagnóstica adicional. En ella se aportan datos adicionales sobre cualquier característica idiosincrásica, condición médica, social y otras que, sin estar directamente relacionada con la enfermedad, puedan influir en el problema ocupacional.

De acuerdo con este esquema, el componente descriptivo, contemplado en su totalidad, integra las alteraciones del desempeño ocupacional del sujeto evaluado. Por su parte, el componente explicativo hace referencia a la causa o causas de tales alteraciones, dado que es posible desarrollar explicaciones alternativas a las dificultades detectadas. Tradicionalmente, la causa de un problema en el desempeño se ha asociado con alteraciones en los factores del cliente o en las destrezas de desempeño implicadas en la realización de una determinada actividad u ocupación; es decir, con las alteraciones sensoriales, motoras, cognitivas, psicológicas y afectivas que presenta el individuo. Sin embargo, en este esquema nada impide incluir a los patrones de desempeño (hábitos, rutinas y roles) o a los factores contextuales como posibles elementos relacionados con problemas detectados en el desempeño ocupacional. La descripción de las condiciones o causas hipotéticas del problema en el desempeño ocupacional es un aspecto crítico del diagnóstico de terapia ocupacional, puesto que las estrategias de intervención variarán de acuerdo con esta explicación. En la medida en que el diagnóstico relaciona un problema con su posible causa, nos permite formular e implementar estrategias de intervención, discutir las y pactar un contrato terapéutico con el paciente, establecer las metas que deben alcanzarse y valorar la eficacia de la intervención a la vista de los resultados obtenidos. Asimismo, la descripción de los indicios sensoriomotores, cognitivos, psicológicos y ambientales relacionados con esos supuestos nos permite operativizar

las variables que posteriormente nos permitirán valorar el resultado de la intervención. Un ejemplo sencillo de una parte de un diagnóstico ocupacional se expone en la [tabla 14.2](#).

Tabla 14.2 Ejemplo de diagnóstico ocupacional¹

Componentes del diagnóstico	Ejemplo de diagnóstico ocupacional
Descriptivo	<p>D1. Limitación en el desempeño² de las actividades del área de ocupación de las AIVD; en concreto, de las asociadas al mantenimiento de la seguridad en el hogar: la persona es incapaz de realizar en un plazo de tiempo eficiente, alrededor de 10 minutos, las medidas básicas de seguridad en el hogar antes de abandonarlo, tales como cerrar el gas, apagar las luces, los electrodomésticos y cerrar la puerta de la calle</p> <p>D2. Limitación en el desempeño de la(s) actividad(es) del área de ocupación de ABVD; en concreto (definir el subgrupo de actividades): (describir la situación)</p> <p>D3. Limitación en el desempeño de la(s) actividad(es) del área de ocupación de descanso y sueño; en concreto (definir el subgrupo de actividades): (describir la situación)</p> <p>D4. Limitación en el desempeño de la(s) actividad(es) del área de ocupación de educación; en concreto (definir el subgrupo de actividades): (describir la situación)</p> <p>D5. Limitación en el desempeño de la(s) actividad(es) del área de ocupación de trabajo; en concreto (definir el subgrupo de actividades): (describir la situación)</p> <p>D7. Limitación en el desempeño de la(s) actividad(es) del área de ocupación de juego; en concreto (definir el subgrupo de actividades): (describir la situación)</p> <p>D8. Limitación en el desempeño de la(s) actividad(es) del área de ocupación de ocio y tiempo libre; en concreto (definir el subgrupo de actividades): (describir la situación)</p> <p>D9. Limitación en el desempeño de la(s) actividad(es) del área de ocupación de participación social; en concreto (definir el subgrupo de actividades): (describir la situación)</p>
Explicativo	<p>E1. Como consecuencia de un déficit en los factores del cliente, en concreto, en sus funciones corporales: funciones mentales específicas, más concretamente en el contenido del pensamiento; ideación obsesiva, asociada a comportamientos compulsivos</p> <p>E2. Como consecuencia de un déficit en las destrezas de (describir grupo de destrezas genérico). En concreto en las destrezas vinculadas con (describirlas)</p> <p>E1. A un patrón de desempeño disfuncional; en concreto, la presencia de hábitos perjudiciales que se imponen al sujeto relacionados con una conducta compulsiva</p> <p>E3. Como consecuencia de las características del contexto(s), específicamente (describir grupo genérico de aspectos contextuales; físico, social, cultural, etc.): (describirlas)</p>
Indicios³	<p>La persona manifiesta que le invaden pensamientos obsesivos y debe repetir determinados rituales que se prolongan en el tiempo para llevar a cabo las medidas de seguridad. El sujeto no puede determinar si la tarea ha sido completada eficazmente cuando abandona la casa</p>
Información diagnóstica adicional⁴	<p>Obesidad</p>

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

¹ Basado en la propuesta de Rogers y Holm. Occupational Therapy Diagnostic Reasoning: A Component of Clinical Reasoning. *Am J Occu Ther* 1991;45(11) En negrita hemos redactado un ejemplo concreto, para un caso hipotético. El resto del texto de la tabla incorpora las distintas áreas y componentes que pueden

incorporarse a un diagnóstico.

2 La descripción de las alteraciones en el desempeño incluidas en el componente descriptivo del diagnóstico ocupacional hacen referencia tanto a las dificultades o limitaciones en la realización de actividades como a las restricciones o problemas que una persona puede experimentar para involucrarse en situaciones vitales. (v. [capítulo 5](#)). Esta perspectiva concuerda con los planteamientos de la CIF (2001).

3 En esta categoría el profesional ajusta la información a las evidencias que conducen a la conclusión sobre las hipótesis que explican las alteraciones en el desempeño.

4 En esta categoría el profesional incluye información sobre datos adicionales como etiología, evolución, pronóstico, incidencia u otras condiciones médicas o de cualquier tipo que puedan estar relacionadas con el problema ocupacional.

En resumen, el diagnóstico ocupacional concebido como el resultado del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional permite describir y ordenar los problemas de desempeño ocupacional de un individuo, formulando un conjunto de hipótesis tentativas respecto a los factores potencialmente relacionados con tales dificultades, de manera que, a partir de ellas, pueda planificarse una intervención orientada a solucionarlos.

Conclusiones

- El razonamiento clínico es el eje alrededor del que se articula la práctica de la terapia ocupacional; no sólo facilita la toma de decisiones durante la evaluación, la intervención y el seguimiento, sino que además asienta una práctica sólida que apoya nuestra competencia profesional (30).
- Los terapeutas ocupacionales poseen un razonamiento clínico y profesional que se caracteriza por su complejidad y dinamismo.
- La integración de los aspectos procesales, interactivos y condicionales del razonamiento clínico no depende exclusivamente de los años de experiencia acumulada, sino de los valores y creencias de cada terapeuta respecto a lo que es su trabajo. Es necesario facilitar el proceso de maduración de nuestro razonamiento profesional con formación continuada, supervisión y reflexión sobre nuestra forma de pensar y actuar (18).
- El razonamiento clínico posibilita clarificar con mayor exactitud cuáles son las estrategias que podemos desarrollar para solucionar las disfunciones ocupacionales que se presentan en cada caso abordado.
- Pensar y reflexionar sobre nuestra forma de razonar como terapeutas ocupacionales nos ayuda a clarificar *cuáles* son las mejores estrategias para ayudar a resolver sus disfunciones ocupacionales a un individuo.

Bibliografía

John E.S. Fieldwork education: Shaping a foundation for clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 1989;240–244.

Mattingly C., Fleming M.H. *Clinical reasoning: Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*, 1.ª ed. Philadelphia: FA Davis Company; 1994.

Moruno Miralles P., Talavera Valverde M.A., Cantero Garlito P.A. Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. *WFOT Bull.* 2009;(1):1–7.

Insworth C.A. Camera to explore current conceptualizations of Clinical Reasoning in Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 2005;(1):31–40.

Ilstein A.S., Shulman L.S., Sprafka S.A. *Medical problem solving*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

Moruno P. Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. *Universidad Autónoma de Madrid.* 2002.

- Elstein A.S., Bordage G. Psychology or clinical reasoning. In: Stone G., Cohen F., Adler N. *Health psychology: a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
- Jodoy A. *Toma de decisiones y juicio clínico: una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide; 1996.
- Jewell A., Simon HA. *Human Problem Solving*, 1.^a ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1972.
- Rogers J.C., Holm M.B. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *Am J Occup Ther*. 1991;(11):1045–1053.
- Rogers J.C., Holm M.B., Stone R.G. Evaluation of daily living tasks: the home care advantage. *Am J Occup Ther*. 1997;(6):410–422.
- Dutton R. *Clinical reasoning in physical disabilities*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.
- Crepeau E., Cohn E.S., Schell B.A. *Willard and Spackman: Terapia ocupacional*, 10.^a ed. Madrid: Panamericana; 2005.
- Crepeau E.B., Cohn E.S., Schell B.A. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 11.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
- Kielhofner G., Forsyth K. Thinking with theory: A framework for therapeutic reasoning, Kielhofner G., ed. *A model of human occupation: Theory and application*, 3.^a ed, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- Paterson M., Summerfield-Mann L. Clinical reasoning, Duncan E., ed. *Foundations for practice of occupational therapy*, 4.^a ed, London: Elsevier, 2006.
- Mitchell R., Unsworth C.A. Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Aust Occup Ther J*. 2004;13–24.
- Mccannon R., Robertson D., Caldwell J., Juwah C., Elfessi A. Comparison of clinical reasoning skills in occupational therapy students in the USA and Scotland. *Occup Ther Int*. 2004;(3):160–176.
- Romero D.M., Moruno P. *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Real Academia Española. *Diccionario de Lengua Española*, 22.^a ed. Madrid: Espasa Calpe; 2000.
- Rogers J.C. Order and disorder in medicine and occupational therapy. *Am J Occup Ther*. 1982;(1):29–35.
- Durante P., Noya B., Moruno P. *Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2000.

- Moruno P. Las condiciones del hacer: un caso clínico. In: Durante P., Noya B., Moruno P. *Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*. Barcelona: Masson, 2000.
- Moruno P. Sobre la base conceptual de la terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup*. 2001;14–20.
- Bennett S, McKenna K, Tooth L, Hoffmann T, McCluskey A, Strong J. *Am J Occup Ther* 2006;60(5):524-30.
- Walz N.C., Baranek G.T. Sensory processing patterns in persons with Angelman syndrome. *Am J Occup Ther*. 2006;(4):472–479.
- Harkleroad A., Schirf D., Volpe J., Holm M.B. Critical pathway development: an integrative literature review. *Am J Occup Ther*. 2000;(2):148–154.
- Davis J., Kutter C.J. Independent living skills and posttraumatic stress disorder in women who are homeless: implications for future practice. *Am J Occup Ther*. 1998; (1):39–44.
- Moruno P. Evaluación Ocupacional, Romero D., Moruno P. *Terapia ocupacional: teoría y técnicas*, 1.ª ed, Barcelona: Masson, 2003.
- Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA. El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la terapia ocupacional. A Coruña: TOG; 2008. [revista en Internet] [consultado el 15 de octubre de 2010] 5(1): 8. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7/pdfs/casos0.pdf>.
- Talavera Valverde MA. Terapia Ocupacional. La ocupación en las unidades de hospitalización psiquiátricas. En www.terapia-ocupacional.com [recurso en Internet], 2004 [consultado el 15 de octubre 2010]. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Unidades_Hospitalizacion_Psiquiatrica_TO.shtml

Autoevaluación capítulo 14

1. ¿Cuál es el cometido principal del razonamiento clínico en terapia ocupacional?
 - a. Constituye una aproximación válida para conocer y describir las estrategias y habilidades que entran en juego durante su labor profesional, los conocimientos implicados en tal proceso y los factores que conforman la interacción entre conocimientos y acción.
 - b. Mejorar la eficacia de nuestras intervenciones, optimizando la calidad de la labor profesional de los terapeutas ocupacionales.
 - c. Ninguna es correcta.
 - d. Sólo a y b son correctas.
 - e. Todas son falsas.

Correcta: *d*. El estudio del razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales constituye una aproximación válida para conocer y describir las estrategias y habilidades que entran en juego durante su labor profesional, los conocimientos implicados en tal proceso y los factores que conforman la interacción entre conocimientos y acción. Consecuentemente, su estudio puede permitirnos mejorar la eficacia de nuestras intervenciones, optimizando la calidad de la labor profesional de los terapeutas ocupacionales. Antes de continuar desarrollando esta respuesta, debemos advertir que algunos autores como son Kielhofner, Forsyth, y Crepeau, han propuesto renombrar esta área de conocimiento como «razonamiento profesional», en un intento de desvincularla del ámbito de la medicina, dado que los terapeutas ocupacionales también desarrollan su labor en otros campos, como el educativo o en la comunidad. Esta alternativa no es sólo una cuestión nominativa. Mientras que en disciplinas como la medicina y la psicología el foco de atención principal es clarificar el proceso de toma de decisiones y resolución de problemas (específicamente en la elaboración del diagnóstico y en la evaluación psicológica), en terapia ocupacional se ha tratado de diferenciar el proceso de toma de decisiones y resolución de problemas –caracterizándolo como más lineal y orientado a la acción– del razonamiento clínico –de carácter circular y no necesariamente orientado a la acción–. Incluso el proceso de toma de decisiones y resolución de problemas en terapia ocupacional se ha considerado sólo una parte del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional.

2. Según Mattingly y Fleming (1994): ¿cuántas estrategias podemos identificar en el razonamiento clínico de un terapeuta ocupacional?
 - a. Procesal, interactivo y condicional.
 - b. Procesal, interactivo, condicional, subjetivo y objetivo.
 - c. Procesal, interactivo, condicional, subjetivo, objetivo y médico.
 - d. Procesal, interactivo, condicional, subjetivo, objetivo, médico y cognitivo.

e. Procesal, interactivo, condicional, subjetivo, objetivo, médico, cognitivo y humanista.

Correcta: *a*. Durante los últimos años han sido muchas las propuestas realizadas para nombrar y definir las distintas modalidades de razonamiento clínico utilizadas por los terapeutas ocupacionales. Por su claridad y sencillez, en estas páginas rescatamos la propuesta de Mattingly y Fleming, según la cual el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional se organiza en torno a un «pensamiento de tres pistas» (*three-track mind*). Las autoras definen y distinguen entre razonamiento *procesal, interactivo y condicional*.

3. ¿En qué consiste el razonamiento diagnóstico?

- a. El razonamiento diagnóstico permite localizar cuáles son las capacidades del usuario para trabajar con ellas.
- b. El razonamiento diagnóstico permite evidenciar las relaciones entre las alteraciones del desempeño ocupacional de las actividades de las distintas áreas de ocupación y las condiciones hipotéticas subyacentes a estas alteraciones.
- c. El razonamiento diagnóstico permite evidenciar cuáles son los entornos que se encuentran afectados.
- d. El razonamiento diagnóstico permite localizar cuáles son las relaciones entre las capacidades y las discapacidades de la persona en materia de desarrollo de salud.
- e. Todas son correctas.

Correcta: *b*. Tal y como lo definen Rogers y Holm (1991), el razonamiento diagnóstico permite evidenciar las relaciones entre las alteraciones del desempeño ocupacional de las actividades de las distintas áreas de ocupación y las condiciones hipotéticas subyacentes a estas alteraciones.

Los terapeutas ocupacionales compartimos con otras disciplinas de las ciencias sociales y de la salud el procedimiento de evaluación o diagnóstico como uno de los elementos nucleares alrededor del cual se organiza la práctica clínica. El término diagnóstico deriva de la palabra griega *diagnosis* (distinción), compuesta por la raíz *dia* –«a través de»–, y la terminación *gnosis* –«conocimiento»–. Según el *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia Española, esta voz hace referencia al «arte o acto de reconocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos». Sin embargo, el concepto de diagnóstico ocupacional se distancia del concepto de diagnóstico médico; es más, surge como reacción a él, para tratar de resolver algunos de los problemas de su preeminencia para la práctica de la terapia ocupacional. Rogers introduce el concepto y la necesidad del diagnóstico ocupacional a partir de un análisis comparativo entre éste y el diagnóstico médico. La autora sugiere que, si bien los terapeutas ocupacionales están familiarizados con el proceso de evaluación, fracasan en la utilización de la información obtenida, al no ser capaces de construir

un *esquema diagnóstico*. Consecuentemente, el diagnóstico médico ocupa un lugar preeminente en las actividades clínicas, educativas e investigadoras en el ámbito de la terapia ocupacional. Esta circunstancia plantea numerosos problemas, dado que ubica en primer plano la explicación médica basada en relaciones causales de tipo orgánico.

4. Según Rogers y Holmes (1991), ¿cuáles son los componentes del diagnóstico ocupacional?
- El componente descriptivo: en él se describe el conjunto de actividades o tareas en las que un sujeto presenta problemas para su desempeño funcional.
 - El componente explicativo: está constituido por el conjunto de hipótesis formuladas para explicar la causa o naturaleza de cada condición, situación o problema.
 - Los indicios (*cues*): formado por las evidencias que conducen a las hipótesis que explican las alteraciones en el desempeño. Es decir, aquellas alteraciones en los factores del cliente, en las destrezas y patrones de desempeño y en los aspectos contextuales asociados con las hipotéticas causas de los problemas en el desempeño.
 - Información diagnóstica adicional: se aportan datos adicionales sobre cualquier característica idiosincrásica, condición médica o social que, sin estar directamente relacionada con la enfermedad, pueda influir en el problema ocupacional.
 - Todas son correctas.

Correcta: *e*. Si concebimos el diagnóstico ocupacional como el resultado final del proceso de evaluación inicial, según Moruno, obtenemos un esquema conceptual constituido por cuatro componentes integrados, tal y como sostienen Rogers y Holm:

- El componente descriptivo: en él se describe el conjunto de actividades o tareas en las que un sujeto presenta problemas para su desempeño funcional.
- El componente explicativo: está constituido por el conjunto de hipótesis formuladas para explicar la causa o naturaleza de cada condición, situación o problema.
- Los indicios (*cues*): formados por las evidencias que conducen a las hipótesis que explican las alteraciones en el desempeño. Es decir, aquellas alteraciones en los factores del cliente, en las destrezas y patrones de desempeño y en los aspectos contextuales asociados con las hipotéticas causas de los problemas en el desempeño.
- Información diagnóstica adicional: en la que se aportan datos adicionales sobre cualquier característica idiosincrásica, condición médica o social que, sin estar directamente relacionada con la enfermedad, pueda influir en el problema ocupacional.

De acuerdo con este esquema, el componente descriptivo, contemplado en su totalidad, integra las alteraciones del desempeño ocupacional del sujeto evaluado. Por su parte, el componente explicativo hace referencia a las diferentes hipótesis sobre la causa o causas de tales alteraciones, dado que es posible desarrollar explicaciones alternativas a las dificultades detectadas. Tradicionalmente la causa de un problema en el desempeño se ha asociado con alteraciones en los factores del cliente o en las destrezas de desempeño implicadas en la realización de una determinada actividad u ocupación; es decir, con las alteraciones sensoriales, motoras, cognitivas, psicológicas y afectivas que presenta el individuo. Sin embargo, en este esquema nada impide incluir a los patrones de desempeño (hábitos, rutinas y roles) o a los factores contextuales como posibles elementos relacionados con problemas detectados en el desempeño ocupacional de un sujeto. La descripción de las condiciones o causas hipotéticas del problema en el desempeño ocupacional es un aspecto crítico del diagnóstico de terapia ocupacional, puesto que las estrategias de intervención variarán de acuerdo con esta explicación. En la medida en que el diagnóstico relaciona un problema con su posible causa, nos permite formular e implementar estrategias de intervención, discutirlos y pactar un contrato terapéutico con el paciente, establecer las metas que deben alcanzarse y valorar la eficacia de la intervención a la vista de los resultados obtenidos. Asimismo, la descripción de los indicios sensoriomotores, cognitivos, psicológicos y ambientales relacionados con estos supuestos nos permite operativizar las variables que posteriormente nos permitirán valorar el resultado de la intervención.

5. ¿El razonamiento clínico es el eje alrededor del que se articula la práctica de la terapia ocupacional?
- No, sólo es la planificación de la intervención.
 - No, sólo facilita la toma de decisiones durante la evaluación, la intervención y el seguimiento de los casos abordados.
 - Sí, no sólo facilita la toma de decisiones durante la evaluación, la intervención y el seguimiento de los casos abordados, sino que, además, asienta una práctica sólida que apoya nuestra competencia profesional.
 - Sí, ya que el estudio de esta parcela de conocimiento es insoslayable para el terapeuta ocupacional que trabaja en salud mental.
 - Sólo c y d son correctas.

Correcta: *e*. Según Moruno, Talavera y Cantero (2004), el razonamiento clínico es el eje alrededor del que se articula la práctica de la terapia ocupacional; no sólo facilita la toma de decisiones durante la evaluación, la intervención y el seguimiento de los casos abordados, sino que, además, asienta una práctica sólida que apoya nuestra competencia profesional. Por esta razón, creemos que el estudio de esta parcela de conocimiento es insoslayable para el terapeuta ocupacional que

trabaja en salud mental.

- ¹ Entre otras expresiones: juicio clínico, toma de decisiones, resolución de problemas, razonamiento clínico y razonamiento profesional.
- ² En la página web vinculada a este capítulo aparecen las referencias más destacables en el apartado de lecturas recomendadas.
- ³ Publicadas en la obra *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*, editada en 1978.
- ⁴ El profesional recaba habitualmente la información a través de la aplicación de diferentes pruebas, herramientas o consultando distintas fuentes de información.
- ⁵ «Early generation of tentative diagnostic hypotheses is a major strategy used by clinicians to bound the regions of the potential problem space most likely to yield the solution».
- ⁶ Plantean que en el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional entran en juego diversas estrategias de pensamiento –que se alternan dependiendo de la situación– y cumplen funciones diferentes.
- ⁷ Esta imagen se logra mediante la narración de historias (*stories*).
- ⁸ En la [tabla 14.1](#) resumimos brevemente la definición de cada una de estas modalidades de razonamiento.
- ⁹ Esta definición del problema se obtiene gracias a los modelos o marcos de referencia teóricos, así como a la experiencia previa del terapeuta ocupacional.
- ¹⁰ Algunos terapeutas ocupacionales conciben su trabajo ligado estrictamente a los aspectos técnicos del abordaje de cada caso. En este caso, en su razonamiento clínico prevalece la perspectiva analítica o procesal. Sin embargo, otros terapeutas consideran que su papel no se circunscribe únicamente al abordaje de las condiciones médicas y tratan de aprehender la experiencia profunda de la enfermedad o discapacidad y sus consecuencias. En este último caso, los diferentes tipos de razonamiento se integran para actuar simultáneamente.
- ¹¹ Esta perspectiva se enmarca en las teorías de la psicología cognitiva sobre el procesamiento de la información y en los trabajos de Elstein, Shulman y Sprafka (1978), y Elstein y Bordage (1974) sobre resolución de problemas en situaciones clínicas.
- ¹² Nótese la semejanza entre este planteamiento y los conceptos de entorno de la tarea y espacio del problema que postulan, en su teoría sobre resolución de problemas, Newell y Simon.
- ¹³ La principal limitación del razonamiento diagnóstico se centra en el hecho constatado de que la cognición humana tiende a minusvalorar los datos que rechazan las hipótesis de trabajo mientras que sobrevalora los que las confirman. De esta forma, si las hipótesis tempranas son erróneas, la recogida posterior de información arrastrará tales errores, sesgando la búsqueda de indicios.

- ¹⁴ Los estudios cognitivos del razonamiento clínico señalan que la precisión del diagnóstico mejora cuando la interpretación de indicios es más exacta y su adquisición más sistemática; por el contrario, la adquisición de un mayor número de datos no aumenta necesariamente la precisión del diagnóstico, puede incluso dificultarlo al aumentar las exigencias de procesamiento de la información del terapeuta.
- ¹⁵ Estas críticas en psicología han causado que el término psicodiagnóstico haya sido sustituido por evaluación psicológica (v. Fernández Ballesteros, 1992). A nuestro modo de entender, en nuestra disciplina usar la locución *evaluación ocupacional* nos parece lo más adecuado.
- ¹⁶ En la Comunidad Autónoma de Galicia, un grupo de terapeutas ocupacionales dependientes del Sistema Gallego de Salud se encuentran en la actualidad en fase de desarrollo teórico de procedimientos de recogida de información para establecer una clasificación para el diagnóstico ocupacional. Esta iniciativa es la primera experiencia concreta en España. El grupo está formado por la totalidad de terapeutas ocupacionales que trabajan en ese servicio y está trabajando, en estrecha relación con las autoridades sanitarias de esta Comunidad Autónoma, para lograr junto al resto de profesionales que trabajan para el Servicio Gallego de Salud, una historia clínica informatizada. Esta labor se lleva desarrollando desde el año 2006.
- ¹⁷ Para utilizar el diagnóstico ocupacional como una herramienta que nos permite explicitar los resultados de la evaluación inicial es imprescindible conocer en profundidad tres documentos técnicos, a saber: *CIF, Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional* y *Guía de razonamiento clínico* de Rogers y Holmes, documentos que pueden consultarse en el portal web asociado a la edición de este libro.

Relación terapéutica en terapia ocupacional

M.A. Talavera Valverde, M.J. Bartolomé Domínguez

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Evolución histórica del concepto de relación terapéutica

Desarrollo del concepto de relación terapéutica

Definición de relación terapéutica

Características de la relación terapéutica

Factores personales

Factores profesionales

Relevancia de la relación terapéutica en terapia ocupacional

Fases en las que se desarrolla la relación terapéutica

Principales dificultades en la relación terapéutica

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Comprender la importancia de la relación terapéutica en el proceso de intervención de terapia ocupacional.
- Describir las diferentes formas de establecer la relación terapéutica en función de las teorías que soporten nuestra práctica.
- Relacionar las diferentes fases del proceso asistencial y de qué forma está presente la relación terapéutica en ellas.
- Explicar cómo se realiza el proceso de relación terapéutica en terapia ocupacional.

Introducción

Hablar de relación terapéutica es tener en cuenta que se trata de uno de los mayores condicionantes a la hora de desarrollar nuestro trabajo y no sólo como profesión sino de forma individual con las personas con las que trabajamos. Así, son muchos los autores que aseguran (1) que, tras una buena gestión de este proceso, los resultados obtenidos son mayores y viceversa.

Una profesión como la terapia ocupacional, con las influencias (2) que ha tenido y más concretamente influida por la terapia moral, no puede obviar que la relación terapéutica es algo más que una parte de nuestro trabajo. Es decir, en esencia es nuestro trabajo. Con esto no queremos asegurar que tras la relación terapéutica se argumenten nuestras prácticas, pero sí podemos afirmar que nuestras prácticas están llenas de esta relación terapéutica. Al hablar de esta condición, somos conscientes de que en el proceso y en la forma de gestionar esta condición en la relación profesional-persona se incluyen factores que tenemos que desarrollar, comprender e incluso estudiar; otros son innatos a nuestra propia forma de ser y, por tanto, nos identifican, y algunos van a ser impuestos por el lugar en el que trabajemos.

Aun así, hablar de relación terapéutica es algo más que saber qué responder en cada momento, o saber escuchar, que, si bien son parte de ella, sólo corresponden a ese pequeño porcentaje del total. Al redactar este capítulo los autores queremos «desmenuzar» este proceso para comprender la importancia de la relación terapéutica y la terapia ocupacional.

Evolución histórica del concepto de relación terapéutica (3)

La relación terapéutica tuvo su auge en el siglo XX de la mano del Freud, que fue el primer autor que introdujo esta expresión. Se ha desarrollado a lo largo de la historia hasta llegar a nosotros tal y como la conocemos. Son muchas las formas de entender esta relación; entre ellas podemos hablar de teorías que la consideran a partir de los aspectos que aporta el terapeuta ocupacional y la persona con la que trabaja, haciendo especial hincapié en el papel del profesional. Otras, en cambio, la consideran como un proceso conjunto que no tiene fin y en el que esta relación terapéutica se construye *ad hoc*, es decir, «co-construyendo» por medio del intercambio entre ambos.

Desarrollo del concepto de relación terapéutica

El desarrollo teórico de los fenómenos de transferencia y contratransferencia en la práctica del psicoanálisis fue el que causó que se acuñase esta expresión. A raíz de su trabajo, se desarrollan dos líneas que la conforman: por un lado, los trabajos de Ferenczi (4), quien aportó evidencias sobre la influencia de la personalidad del profesional, así como de su experiencia en este proceso. Otra línea fue la desarrollada por Freud A y Hartman (3), quienes enfocaron el estudio en los aspectos reales de la relación y crearon el concepto de alianza terapéutica. Estas dos líneas de trabajo se asocian con teorías en las que los enfoques basaban su práctica.

Bordin (4) señala que todos los enfoques terapéuticos coinciden en afirmar que una buena alianza terapéutica o relación terapéutica es indispensable para la consecución de los objetivos propuestos. No obstante, este autor aclara que las variables que miden la calidad de dicha relación cambian dependiendo del enfoque que se tenga de la terapia, del terapeuta y del usuario.

Estas líneas desarrolladas tienen su repercusión en los estudios que se desarrollaron a finales del siglo pasado. La evolución del término y de sus condicionantes se ha encaminado hacia una perspectiva relacional que promueve un énfasis interpersonal en la terapia y que ha reforzado la participación y la subjetividad del terapeuta en la construcción de la alianza.

Todo ello se ha logrado gracias a la evolución de postulados ricos en interacción, espontaneidad y autenticidad en la relación terapéutica frente a formalismos rígidos de la teoría más psicoanalítica (4, 6). En definitiva, la evolución de este concepto ofrece una visión «de vivencia de una experiencia relacional constructiva con el terapeuta que se considera como un componente crítico del cambio. De hecho, se podría decir que el proceso de desarrollo y la resolución de problemas en la alianza no son los prerequisites del cambio, sino que constituyen la esencia misma del proceso de cambio» (3).

Definición de relación terapéutica

Por todo lo anterior y ubicando el desarrollo de este término dentro de una concepción inicial psicodinámica, podemos decir que la definición más acertada de relación terapéutica es la siguiente: una negociación intersubjetiva en la que, a través del discurso que se establece entre profesional y persona, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-ausencia de ésta. Por lo tanto, es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual se transmiten los significados entre personas y grupos (5).

Características de la relación terapéutica

Si consideramos que la interacción y la relación con las personas es parte de nuestra esencia como terapeutas ocupacionales y que nos caracteriza por la necesidad de acompañar a la persona durante su proceso, entonces entenderemos que este proceso está cargado claramente de influencias de corte personal en lo profesional. Intentaremos profundizar algo más en este principio para poder ver de qué manera afecta realmente a la relación terapéutica (7).

Factores personales

En cuanto a los factores personales (7), hay que ser conscientes de que toda relación profesional-persona se produce en el encuentro intersubjetivo entre dos agentes sociales, y éstos aportan sus valores, inquietudes, capacidades y cualidades. Es por ello que debemos ser conscientes que, en este intercambio, el profesional no sólo tiene una historia personal y un modo de ser específico, sino que también pertenece a un sistema cultural del cual proviene y a un subsistema profesional desde el que se ha formado. A ello hay que añadir que el marco de interacción entre ambos es un marco muy determinado, tanto social como cultural. Por ello, podemos concretar que, entre otros aspectos que influyen personalmente en el profesional, se encuentran los siguientes (7):

Variables individuales de la persona

Las características de la personalidad tienen que ver con la organización interna y se manifiestan a través de la conducta y la apariencia (8). Esta situación afecta de manera directa a nuestro desarrollo profesional, ya que un profesional antes de trabajar con personas debería conocer dónde están sus límites, sus debilidades, sus prejuicios, valores, capacidades, características, que de una forma evidente pueden modificar respuestas de tipo profesional y que, si no se controlan, pueden generar situaciones controvertidas, en las que lo terapéutico se convierte en consejo, con lo cual se pierde toda reacción objetiva de nuestra intervención (5). Por ese motivo, podremos hablar de que, principalmente, las influencias de la personalidad sobre el rol profesional se deben a la edad, el género, la clase social, el estatus, el control emocional, el nivel intelectual, la orientación política, las rigideces en el mantenimiento de los propios esquemas y a la necesidad de atribuir a causas internas o externas las consecuencias de sus propias acciones. Aun así, tendremos que ser conscientes de que lo personal se transforma y se controla, no desaparece ni se abandona cuando desarrollamos nuestra tarea profesional.

Forma de entender al ser humano

Nos referimos a la concepción que tenemos sobre nuestra forma de estar en la vida y de pertenecer a una cultura, o de dotarnos de signos de identidad con lo que hacemos a lo largo del día. Ante esta descripción, el vínculo con el otro igual se realizará tal y como nuestro canon nos ofrezcan la visión de lo que somos y lo que le podemos pedir u ofrecer.

Uso del lenguaje

Nos referimos a la interacción no sólo condicionada al intercambio e información;

hacemos referencia también a la transmisión de afectos. No sólo transmitimos una cosa, además la sentimos. En este proceso, al que no tiene acceso el lenguaje, se producen una serie de fenómenos que la persona no controla si no los conoce y no los reproduce si no los entrena. Gómez (9) estudió las emociones negativas de los profesionales; las más frecuentes son: miedo a dañar a la persona, miedo a perder el control de la situación, ansiedad derivada de la necesidad de desempeñar el rol de forma adecuada y miedo a tener el mismo problema o enfermedad que el paciente. A estas emociones el profesional puede responder desde la evitación, la seducción, el intento por agradar a una persona siendo su colega, el distanciamiento o la hipersensibilidad. Estas respuestas se encuentran lejos de las que sí deberíamos ofrecer como profesionales, entre ellas las de empatía, respeto, concreción y escucha activa. Ante esta situación, Rodríguez (10) señala cuatro modelos de relación que el profesional puede llegar a desarrollar en la relación terapéutica, unos más determinados por la falta de control de las influencias de lo personal, y otros más localizados en el conocimiento del propio rol:

- Paternalista. El profesional tiene obligaciones sobre la persona, y es el individuo agente pasivo de esta relación.
- Consumista. En este modelo el profesional sigue teniendo obligaciones y la persona derechos, pero ya no debe adoptar un papel puramente pasivo, puede quejarse si no está satisfecho.
- De colaboración. Profesional y persona tienen derechos y obligaciones, las demandas de este último pueden romper la relación.
- De autonomía. Ambos tienen derechos y obligaciones y ambos pueden reclamar.

Variables socioculturales (5)

Las variables más conocidas son la edad, el género y la etnia; cualquiera de ellas tiene una gran influencia. Existen otras variables como es el estatus o clase social, o la situación política o económica del país.

Factores profesionales

En el ámbito profesional, la relación terapéutica también recibe influencias, no poco llamativas, en función de aspectos centrales vinculados a la forma de entender el desarrollo del ser humano. Es lo que otros teóricos denominarían el conocimiento (definición de los marcos teóricos de práctica), es decir, el denominado marco de referencia teórico (MRT), que condiciona, y de qué manera, la forma de contemplar al ser humano¹. Estas teorías, desarrolladas a lo largo de la historia, son las responsables de que los profesionales de la terapia ocupacional y de otras ciencias afines gestionen su trabajo, vinculando las interacciones desde puntos de vista del ser humano (en ocasiones complementarios; otros, en cambio, contradictorios). Así, una persona cuya visión profesional se fundamenten en un MRT mecanicista se vinculará a la persona desde una posición de «la relación es lo que cura» (11, 12). Los que entiendan nuestro rol profesional desde el vínculo de la ocupación como herramienta terapéutica (11, 12) supeditarán su interacción en principios de animar y motivar. En cambio, aquellos cuya teoría primigenia de visión de la persona se encuentre entre las denominadas contemporáneas, se relacionarán con la persona desde el «encuentro²» (13), intentando lograr el compromiso (11, 12). Podríamos estar completando el capítulo de forma repetitiva, con las diferentes expresiones del vínculo entre el profesional y la persona desde la práctica de nuestra teoría, pero esto más lejos de hacer una descripción somera de la interacción nos generaría un listado de acciones en la búsqueda de intentar definir el vínculo con el otro. Por este motivo, preferimos realizar la descripción de las teorías que de forma más evidente nos influyen a la hora de relacionarnos con las personas¹.

La relación terapéutica desde la orientación psicodinámica

Desde la teoría psicodinámica, Fiorini (14) define la relación terapéutica como una situación de comunicación cercana que surge entre dos o más interlocutores que sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal y que tienen en común una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles sean distintos.

La relación terapéutica se constituyó como objeto de estudio al ser mencionada por Freud en sus documentos acerca de la transferencia. A partir de ese momento, diversos enfoques teóricos comenzaron a estudiar la relación terapéutica desde sus aspectos transferenciales. Son dos los principios para entender la relación terapéutica: la transferencia y la contratransferencia.

La transferencia es una dinámica, desarrollada por Freud, que estudia de cerca, según Maccoby (15), la tendencia, muchas veces irracional, de relacionarse con el líder como si fuera una persona importante del pasado: un padre, un hermano o incluso la niñera. En este tipo de relaciones, el terapeuta establece un vínculo desde la

activación de las funciones psíquicas, estableciendo los siguientes puntos según la teoría desarrollada por Freud:

1. La etapa del desarrollo psicosexual en la que haya permanecido tras experimentar un problema que rompiera con su desarrollo.
2. El grado de ansiedad que la persona esté experimentando por distintas causas que interfieran con el funcionamiento adecuado de sus funciones psíquicas.

Cuando la persona tiene un alto grado de ansiedad o una atenuación fuerte del síntoma, el terapeuta deberá establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector y con capacidad de contención (14). Pero si la persona sólo busca hacer un proceso de autoobservación que le permita comprender sus dificultades, la relación que va a construirse se verá en gran parte influida por la actitud docente del terapeuta y por su capacidad para indagar y asociar.

Otro fenómeno que se estudia en la orientación psicodinámica, para entender la relación terapéutica, es la contratransferencia. Esta situación aparece, según Smith (16), cuando existe una interferencia en la comprensión del profesional respecto a la persona que hace aflorar un conflicto inconsciente en este profesional. Es decir, la persona pone en el profesional objetos de su mundo interno (aspectos de su Yo, Ello o Súper-Yo), con los que se identifica el terapeuta o que despiertan algún tipo de sentimiento inconsciente en él (3).

El funcionamiento de la relación terapéutica en este enfoque depende de factores que aportan el terapeuta y la persona. Fiorini (14) afirma que en esta relación quien más determina cómo se desarrolla es el profesional, con sus actitudes y su capacidad para realizar contribuciones a la persona. Por tanto, podríamos decir que los factores que aporta el profesional para dar forma a esta relación terapéutica son los siguientes (3):

1. El contacto empático, que se evidencia en el terapeuta por medio de gestos de escucha y asentimiento que facilitan la conversación e infunden tranquilidad en el consultante.
2. La calidez del terapeuta, que se manifiesta en los gestos y en el tono de la voz.
3. La espontaneidad, que contribuye en la creación de un clima de libertad, creatividad y permisividad, y que se refleja en la capacidad del terapeuta para ajustarse a la situación sin dejar de ser él mismo.
4. La iniciativa del terapeuta, que se evidencia en su vivacidad corporal.
5. La actitud docente, que se evidencia en la utilización de los recursos que sean necesarios para lograr una experiencia emocional correctiva.

Este enfoque, para dar forma a la relación terapéutica, se asocia con un principio de flexibilidad, factor determinante. Así, podremos definir la flexibilidad (17) como

la modificación constante de la forma de realizar la práctica profesional, intentando adaptarse a las necesidades de cada persona, es decir, ofreciendo, por tanto, un conjunto flexible de indicaciones, buscando ajustar sus actitudes y recursos técnicos a las necesidades individuales de cada persona.

La relación terapéutica en la terapia conductual

Para este enfoque no existe una definición exacta del término relación terapéutica, por lo que Wilson y O'Leary (18) se refieren a ella como un conjunto de técnicas y características comunes empleadas en la interacción. Esto demarca que los profesionales que se basen en estas concepciones; no abordan la relación terapéutica como factor clave en la interacción para la consecución de logros. Para que esto suceda existen algunos elementos:

1. El *rapport* (19). Este término caracteriza al proceso de sentar bases para la cooperación recíproca y el vínculo terapéutico con la persona, es decir, sentar las bases para la confianza y el entendimiento mutuo durante el proceso de intervención. De acuerdo con White (20), el *rapport* se logra entablar y mantener gracias al dominio de ciertos factores por parte del terapeuta, tales como:
 - a. Estar atento a la descripción que el cliente hace del problema y animarlo a hablar tratando de no interrumpirlo.
 - b. Ser objetivo en el manejo de las emociones y de los valores para que no influyan en el cliente de forma que lo hagan sentir juzgado.
 - c. La escucha empática, para comprender el problema desde el punto de vista del cliente.
 - d. La confidencialidad, que es indispensable para que el cliente cuente sus experiencias con la seguridad de que éstas no serán compartidas con nadie.
2. La flexibilidad. Al igual que en la psicoterapia de orientación psicodinámica, el terapeuta debe valerse de este principio para saber a qué técnicas o teorías debe recurrir en cada momento o situación (3).
3. La actitud docente. Una buena parte de la intervención está dedicada al aprendizaje de técnicas y estrategias que ayuden a la persona a disminuir la intensidad de su problema o a desarrollar conductas más adaptativas.

La relación terapéutica desde la orientación cognitiva

Las concepciones desde esta orientación de la relación terapéutica son evoluciones de la teoría psicoanalítica. Se renombran y se dotan de sentido conceptos psicoanalíticos como los siguientes:

- La transferencia. Denominada «esquemas interpersonales» que son definidos por Safran (4) como: «las estructuras mentales prototípicas de cada individuo, que están compuestas a nivel cognitivo y emocional por experiencias interpersonales»

que tienen la función de guiar la elaboración de información sobre las relaciones, para generar representaciones y previsiones sobre uno mismo y el otro en recíproca relación». La importancia de estos esquemas a la hora de relacionarse con la persona radica en que éstos regulan todas las relaciones humanas, entre ellas la relación terapéutica.

- En cuanto a la contratransferencia (3), desde este postulado se han documentando experiencias en las que las emociones del hombre están marcadas por determinados patrones expresivos; en cada persona existe la capacidad innata de reconocer y de reaccionar emocionalmente ante las expresiones del otro. Además de esto, los modelos cognitivos consideran a la mente capaz de percibir estímulos casi imperceptibles, elaborarlos y transmitirlos. El terapeuta percibe estos estímulos, que proceden de estados emocionales, que el paciente inhibe, y los elabora de manera inconsciente (21). Esto lleva al profesional a adoptar una determinada postura frente a la persona, a partir de la cual se genera la contratransferencia. Según esta teoría, esto no sólo sucede sólo en el profesional, también tiene repercusión en la persona, de ahí la importancia del manejo de esta relación, ya que se puede caer en un círculo vicioso que estanque el proceso y que interfiera con la evolución de la persona.

Esta teoría otorga una gran importancia al estudio de la relación terapéutica como fenómeno específico, por considerar que ésta determina en gran medida el éxito de la terapia. La propuesta es, por tanto, estudiar los acontecimientos observables que ocurren en la relación. Existen dos corrientes que intentan explicar el fenómeno de la relación terapéutica en esta concepción teórica:

- La relación terapéutica no tiene valor por sí sola; sin embargo, Semerari (21) reconoce que la relación desempeña un papel importante en la consecución de los objetivos, puesto que han encontrado que ésta es un factor indispensable en la creación del contexto interpersonal que permite una buena interacción.
- El valor curativo de la relación terapéutica (3): en este caso, la relación terapéutica tiene la capacidad de mejorar las predicciones negativas de los esquemas interpersonales de la persona y, por ende, da lugar a una experiencia que en sí misma es curativa.

La relación terapéutica en la terapia centrada en el cliente

En este postulado se recogen las evoluciones de una teoría que se desarrolló desde 1942 hasta cerca de 1984. La evolución del concepto de relación terapéutica atravesó las diferentes corrientes que se desarrollaron tras estas teorías. Cormier y Cormier (22) hablan de tres evoluciones teóricas de la terapia centrada en el cliente:

1. El primer período es el *no directivo* (23), en el cual se busca reflejar la

comunicación del cliente mediante la atención y la escucha.

2. El segundo período es el *centrado en el cliente* (24), en el que el terapeuta, además de reflejar las ideas y contenidos, también refleja los sentimientos implícitos en la comunicación del cliente.
3. El tercer período se denomina *centrado en la persona* (25); en este estadio, la terapia se dirige con mayor énfasis al crecimiento personal mediante «el *experimentarse* a sí mismo como la otra persona en la relación».

Por tanto, la expresión relación terapéutica atraviesa por tres concepciones que la enriquecen durante este período. Entre las principales condiciones de esta teoría que asume la relación terapéutica se encuentran las siguientes:

- La empatía (26). Capacidad para comprender al otro y para ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. La empatía así entendida desempeñaría un papel central en la disposición prosocial de las personas,
- La genuinidad. Implica ser uno mismo en todo momento; es una manera de participar de forma espontánea en la relación (3).
- El respeto. Hace referencia a la capacidad de valorar al cliente como persona merecedora de «dignidad» y se expresa en el compromiso, la comprensión, la actitud no valorativa, la protección y la cercanía por parte del terapeuta (27).

Rogers (28) entiende la relación terapéutica como interactiva, y el progreso terapéutico lo determina la forma en la que la persona experimenta dicho proceso y cómo se siente con el profesional. Para que esto suceda son dos las premisas que deben desarrollarse:

1. El primer aspecto son las expectativas de la persona dado que, según su lectura, la persona percibe al terapeuta y a la relación en términos de sus expectativas.
2. El segundo aspecto son los métodos usados por el profesional, que son experimentados por la persona de dos maneras, como frustrantes al principio del proceso y como valiosos más adelante.

La relación terapéutica desde otras teorías

Las teorías que hemos descrito en los apartados anteriores pueden considerarse los encuadres de práctica teóricos más desarrollados en nuestra profesión. No queremos acabar este apartado sin comentar que otros postulados explican de qué forma la relación terapéutica se ve condicionada por su teoría. Mencionaremos otras posturas de forma descriptiva y general; entre ellas se encuentran las siguientes:

1. **Terapia familiar (3)**. En esta teoría la relación terapéutica no se ha utilizado como un concepto formal. Se destaca la importancia de establecer y mantener una relación terapéutica positiva con la familia. Aquí son importantes los siguientes principios teóricos y clínicos que pueden influir en la relación terapéutica:

- a. Necesidad de establecer múltiples alianzas simultáneamente en las sesiones de terapia.
- b. Triangulación, concepto que al principio se refirió a la construcción de coaliciones con los miembros más débiles del sistema, pero que posteriormente se amplía a la pertenencia del terapeuta al sistema familiar en el momento de comenzar un proceso terapéutico.
- c. La influencia del terapeuta sobre la familia.
- d. La posición del terapeuta, entendida como las diferentes perspectivas o paradigmas teórico-clínicos adoptados por éste.

2. **La relación terapéutica en los enfoques posmodernos. Pensamiento posmoderno en terapia.** La práctica clínica se ha visto influida por el pensamiento posmoderno, que cuestiona las ideas y las prácticas aceptadas en psicoterapia. En este pensamiento se ha hecho hincapié en la teoría de la deconstrucción y en el papel de la narración, del texto y de la reflexión en el discurso clínico. Así, para estos postulados, entre otras opciones destacables, se encuentran las siguientes (29):

- a. No se concibe el Yo como una entidad «cosificada», sino como una entidad narrativa.
- b. El texto no es algo que deba interpretarse, sino un proceso de desarrollo.
- c. No se considera al individuo como una entidad intrapsíquica sino que se aborda en un contexto de significado social.
- d. Reemplazamiento de la concepción de familia como sistema homeostático a una de familia como sistema social generativo, en el cual los desequilibrios son útiles y normales.
- e. El abandono de la jerarquía y la inevitable existencia del experto en la terapia.
- f. La tendencia hacia la responsabilidad compartida de terapeuta y persona.

Las orientaciones de las terapias consideradas posmodernas son herencia del movimiento de terapia familiar y se desarrollan realizando postulados del tipo:

- a. La teoría del doble vínculo con base en las investigaciones sobre comunicación argumenta que es posible, estudiando la comunicación, determinar «patologías» en ella y demostrar que producen interacciones patológicas. Puede suceder que una persona se encuentre sometida a dos órdenes contradictorias enviadas a través del mismo mensaje: un mensaje paradójico. Si la persona no resuelve este *doble vínculo*, su respuesta será un comportamiento interactivo patológico (30).
- b. La cibernética se aparta del modelo causal lineal de la tradición socrática y se basa en una causalidad circular, en la que es importante el concepto de

retroacción (control del propio funcionamiento del sistema mediante graduaciones dependientes del funcionamiento de los subsistemas). Este modelo está basado en el supuesto de que el problema es la solución intentada. Todas las ideas y prácticas derivadas de lo anterior se denominaron terapia centrada en los problemas.

3. **Terapia sistémica en la segunda etapa de la Escuela de Milán.** Este grupo trabajó durante más de 10 años un enfoque propio de terapia sistémica familiar, cuya metodología en un principio asumió ciertas técnicas que, entre otras, son descritas por Hoffman (31):

- a. El uso de equipos de trabajo organizados según las teorías de género; un hombre y una mujer trabajan con la familia y otra pareja de hombre y mujer eran observadores detrás de un espejo unidireccional.
- b. La contraparadoja, que consiste en establecer el juego de la familia con el terapeuta, aprobarlo y fomentarlo.
- c. La connotación positiva del síntoma, que consiste en un mensaje con el que se le comunica a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto.
- d. El uso de un proceso de hipotetización sistémica: las hipótesis son circulares y relacionales; sirven para organizar los datos confusos anexos a un síntoma y dan sentido dentro del marco relacional de la familia.
- e. La neutralidad, entendida como la capacidad del terapeuta para evitar las alianzas con los miembros de la familia, para no hacer juicios morales o caer en enredos lineales.

4. **Terapia breve centrada en las soluciones** (3, 32). Una propuesta que se acerca al pensamiento posmoderno de:

- a. La creencia en las capacidades, recursos y habilidades de los clientes, lo cual diluye la resistencia al considerar que el consultante puede llegar por sí solo a la solución.
- b. Una visión que coloca al terapeuta en una posición de aprendiz respetuoso, más que en la posición de experto.
- c. La cooperación, que es entendida como trabajar junto con el otro en una relación de ayuda recíproca entre consultante y terapeuta.

Destacan en esta teoría las concepciones de:

- a. La aproximación a los problemas como producto de la interacción humana.
- b. El establecimiento de un objetivo inicial pequeño para producir un pequeño cambio, formulado basándose en una visión sistémica que señala que un pequeño cambio en una parte del sistema puede modificar a todo el sistema.
- c. La escasa necesidad de conocer la problemática del paciente a fondo para producir un cambio.

5. **Terapia narrativa** (3, 33). La terapia narrativa se fundamenta en la utilización de los textos como analogía de la vida y las relaciones. Cada lectura que se hace de un

texto es, a su vez, una nueva interpretación de éste y, por lo tanto, una oportunidad para volverlo a escribir. Es decir, las personas interactúan con las experiencias que viven como quien relata un texto, dando significado a la experiencia según el contexto desde el cual ésta es comprendida. A su vez, los relatos que se van construyendo acerca de la vida proporcionan marcos de referencia que sirven para interpretar sus experiencias futuras. El terapeuta puede mostrar rasgos espontáneos (llorar, reír, sorprenderse, entre otros) y debe ser sumamente cuidadoso en la utilización del lenguaje, de modo que no se lleguen a imponer verdades en el consultante, debido al desequilibrio que existe en la relación.

6. **Terapias construccionistas (3)**. Se pueden observar dos tendencias:

- a. Un enfoque hermenéutico; se adopta la conversación como la metáfora básica de la terapia.
- b. Un enfoque de la construcción en la que se pone en duda el concepto de niveles; por ejemplo, «síntoma superficial frente a la causa subyacente». Se caracteriza por una equidad en la participación del terapeuta y del consultante y por un repliegue de los formatos terapéuticos, reflejados en la utilización del prefijo «co-» (co-autor, co-evolución, co-construcción). La consecuencia directa de esta concepción es la desaparición del experto.

Relevancia de la relación terapéutica en terapia ocupacional

En terapia ocupacional la relación personal y, en este caso, la terapéutica, es fundamental, no sólo es una característica secundaria y superficial de nuestra disciplina, sino que es uno de los ejes principales sobre los que pivota nuestro trabajo. En la mayoría de los casos, con ella podemos llegar a la persona que presenta un problema de salud, que condiciona en gran medida su intercambio más íntimo de información. En esta situación no podemos hablar de subproductos de trabajo, ya que esta relación es el eje central del proceso de intervención de terapia ocupacional y un catalizador para el cambio en la persona (34–36). Debemos entender que las personas demandan cosas para las que tenemos que estar preparados, debemos estar dispuestos en ocasiones a sentir el miedo, la incertidumbre, la desesperación, la esperanza, ser capaces de prestar apoyo cuando menos podemos o incluso ser parte del aliento³ de la persona. Esto nos llevará a entender sus prioridades, deseos y objetivos vitales e incluso los de su familia. Con nuestra actitud de respeto (12), autenticidad y aceptación, con un entorno seguro y motivador, la persona puede alcanzar el autoconocimiento suficiente para que se produzca una evolución positiva⁴.

No obstante, para llegar a ello es necesario, según afirman algunas disciplinas teóricas (v. apartado «Factores profesionales»), tener en cuenta las cualidades y capacidades interactivas que permiten a dos personas construir una relación terapéutica. Esta situación no es instintiva o automática, sino que requiere de voluntad recíproca, vigilancia, atención y capacidad de respuesta. A su vez, los aspectos interactivos de la relación terapéutica requieren habilidades interpersonales y de comunicación que un terapeuta ocupacional puede aprender y desarrollar a través de la práctica reflexiva.

Pero estas habilidades interactivas (6), interpersonales y de comunicación no pueden ser aprendidas y aplicadas en la práctica como una lista de procedimientos y técnicas. Las relaciones terapéuticas surgen de la atención real, de la interacción dinámica y ágil y, por tanto, del vínculo entre el terapeuta y la persona con un fin que los une, y que no es otro que el de trabajar juntos hacia un resultado común deseado. Por lo tanto, la comprensión y el respeto hacia las personas y sus experiencias, esperanzas y sueños son esenciales en este aspecto de la práctica y requieren un compromiso de reflexión, de desarrollo de las relaciones interpersonales interactivas y de fomento de las habilidades de comunicación. Todo ello repercutirá de forma directa sobre:

- Los resultados de nuestro trabajo.
- La creación de objetivos de colaboración que, por ejemplo, llevarán a estancias de

hospitalización más cortas, a un mejor logro de las metas o a una mayor satisfacción de la persona, entre otras (37).

Todo ello repercute sobre la persona y sobre el profesional, y favorece directamente su sensación de competencia ante los logros conseguidos.

Aun así, la relación terapéutica no está exenta de reciprocidad; no debemos olvidar que está expuesta a características que describimos anteriormente en «Características de la relación terapéutica», que condicionan de una manera tácita esta situación. Así, en este intercambio que se supone que es la relación terapéutica, habrá personas que demanden la opinión del profesional, otras que necesiten una escucha activa y en otras ocasiones la transferencia realizada en el intercambio relacional hace que se desarrolle un vínculo lo suficientemente fuerte como para que la persona se sienta con ganas de realizar alguna actividad personal. La selección del formato para lograr el vínculo con el otro tendrá que suceder de la forma en la que se establezca el encuentro con el otro. Por ello, ante esta situación, lo recomendable es, sobre todo, escuchar lo que dice la persona, y no sólo el cómo, sino lo que dice.

Del análisis de esta situación, obtendremos la respuesta a nuestra posición con respecto al otro. Ser capaces de lograr esta situación es complicado, pero no imposible y en este caso Martingly y Fleming (38, 39) desarrollan experiencias de capacidad de selección en función del desarrollo profesional y personal del terapeuta ocupacional, que será más competente a la vez que avanza en su trabajo diario y en su compromiso con la disciplina. Hay que obtener una mejor capacidad de gestionar esta situación a lo largo del camino profesional y no sólo al comienzo, ya que en estos momentos quizá lo que más preocupa o, al menos lo que más se expresa, es focalizar el punto sobre el que intervenir, más que comprender lo que esto supone y significa para la persona, su familia y el entorno en el que reside. Además, para conseguir comprender a la persona, es importante ayudarla desde una concepción holística, lo que requiere que se establezca una relación terapéutica, en la que, sin duda, el enriquecimiento va a ser mutuo. El buen profesional tendrá que proponerse un conocimiento profundo de la persona con la que va a establecer la relación, habiendo adquirido previamente las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar una eficaz relación de ayuda (40), entre ellas:

- La comunicación verbal es muy importante porque permite clarificar las ideas que el paciente intenta transmitirnos.
- La comunicación no verbal: la traducción del lenguaje y la expresión no verbal es igual de importante. Es decir, el profesional debe ser capaz de traducir la expresión corporal de la persona en toda su complejidad (41).

El entrenamiento y aplicación de unas habilidades sociales sólidas como (42) autoconocimiento, observación, asertividad, empatía, respeto, observación, escucha

activa, conciencia de las propias facultades y límites es fundamental para conseguir el bienestar de la persona. Son necesarias para establecer una comunicación efectiva. Los terapeutas tendremos que estar preparados, ya que habrá personas que se dirigirán a nosotros cuando les sucede o les preocupa algo. Por este motivo, es necesario adquirir estas habilidades en las enseñanzas universitarias. Gracias a ello, se conseguirá dejar de lado el modelo paternalista, para conseguir una relación terapéutica basada en el diálogo abierto, la interacción y la escucha. Si esto no sucede, el resultado ya está marcado por algunos teóricos (43); se desembocará directamente en el *burnout* en el que los profesionales que podrían sentirse realizados con su trabajo se vuelven unos autómatas desconocidos incluso para sí mismos y acaban por olvidar completamente el sentido de la profesión. De esta manera, el desarrollo y el conocimiento de los procesos que conforman esta relación terapéutica son tan importantes, ya que de otra forma los profesionales no serían capaces de ajustarse a las demandas de las personas con las que trabajan.

Por todo lo descrito y desarrollado en los anteriores apartados de este capítulo, el quehacer profesional es, a su vez, el catalizador que podemos manejar para el cambio en la persona, sin olvidar que este proceso no está exento de necesidades que el profesional tiene que comprender para poder desarrollarlo. En la intervención con la persona, al uso de la actividad como medio o la ocupación como fin, hay que añadir la gestión de la relación terapéutica, relación⁵ que no está exenta de vínculos que facilitan el desarrollo de la persona.

Fases en las que se desarrolla la relación terapéutica

(44)

Vamos a intentar relacionar las diferentes partes de la práctica con la teoría sobre la relación terapéutica y con las fases de la gestión del trabajo del terapeuta ocupacional. Así, podremos definir:

Primera etapa. Establecimiento de una buena relación

Para establecer una buena relación, el terapeuta debe respetar la dignidad de la persona y sus valores; además tiene que saber transmitir competencia profesional y empatía. Convertirse en parte de la vida de una persona requiere un saber profundo que viene de la preocupación por el otro, de saber escuchar y responder (34, 45, 46). Cuando esto sucede, la persona puede ser más propensa a embarcarse en un proceso terapéutico de colaboración. Intentado encontrar la similitud de esta fase con la del proceso de trabajo del terapeuta ocupacional, podríamos concretar que se encuentra en el momento en el que se desarrolla la evaluación ocupacional inicial, y se comienzan las entrevistas y observaciones. Se desarrollan estas estrategias de recogida de información y se encuentra la forma de relación terapéutica profesional-persona. Tendremos que saber utilizar estrategias narrativas y exploratorias⁶ lo suficientemente sólidas y comprometidas para que la persona las desarrolle toda su vida y ofrezca cuáles son sus necesidades y prioridades. En definitiva, podríamos denominarla también como fase de «estar allí y comprender a la persona» (34); con esto queremos decir que incluye todas las acciones que un terapeuta emplea para expresar el deseo de comprender profundamente a la persona y sus experiencias, deseos, motivaciones, miedos y esperanzas.

Segunda etapa. Establecimiento de confianza (44)

Un terapeuta genera confianza al pasar tiempo con la persona, ofreciendo atención a lo que cuenta y escuchándole. Si somos capaces de realizar de forma adecuada esta fase, estableceremos la suficiente confianza con la persona para proporcionarle un contexto narrativo en el que se puedan instrumentalizar las mejores opciones de intervención. De esta forma, podremos ofrecer pautas claras, concisas, orientadas hacia las prioridades del individuo, que dotarán a nuestra intervención de sentido y compromiso por parte de la persona. Esta situación crea las bases para el entendimiento y la confianza que a su vez desarrollará asociaciones vinculadas con la colaboración entre ambos. Esta fase se encuentra localizada durante el desarrollo de la evaluación ocupacional inicial, no tanto en los momentos específicos del desarrollo de las estrategias de recogida de datos (como en la fase anterior), sino durante todo el proceso de ésta. Es decir, esta segunda etapa del proceso de terapia es en la que

tenemos que saber gestionar la participación de la persona en el proceso de la intervención. Las personas deben tomar un papel activo en su propia recuperación y puede suceder que se encuentren receptivas y dispuestas a iniciar o ser incluidos en un proceso de terapia si sienten que ésta les ayudará. Otra persona podría tener dificultad para participar en la intervención, ya que puede resistirse a su participación, sospechar de la terapia, o dejar de ver la pertinencia o la oportunidad de pedir ayuda. En resumen, en este momento los terapeutas deben emplear diferentes estrategias y negociaciones sutiles para ayudar al individuo a generar significado y motivación para participar en la terapia. Es el proceso denominado «plantar una semilla» (47), ya que debemos tener paciencia para que ésta crezca y no intentar que se desarrolle de forma rápida y por medios que no sean oportunos. En saber esperar residen los beneficios de la intervención.

Tercera etapa. El desarrollo de una asociación de colaboración

En esta etapa son relevantes las formas en las que el profesional se posiciona para encontrar la colaboración de la persona. Ya tiene lograda la confianza, por lo que de aquí en adelante se muestra la capacidad del profesional para tomar las riendas (48) (quizás) en los primeros momentos, y pasar a ser mero espectador posteriormente (49). En ocasiones, esta situación es necesaria para generar en la persona apoyo y confianza ante retos que le resultan difíciles de gestionar. Es necesario saber que los comienzos pueden ser duros; es posible que deban reajustarse aspectos del plan de intervención, o incluso objetivos⁷. Aun así, este período ofrece una evolución que fortalece la relación entre profesional y persona durante el momento de la intervención hasta llegar a lograr las metas de ésta, cuando la relación formal se disuelve (39). Antes de esto, el terapeuta transmite la confianza suficiente en la capacidad de la persona para completar lo propuesto con competencia, eligiendo una actividad o una ocupación que dicha persona era capaz de realizar. En esta fase es necesario que la relación se afiance y ambas partes estén dispuestas a asumir su participación activa como socios del proceso. En el caso del terapeuta es necesario que esté dispuesto a ofrecer y ajustar las intervenciones sobre la base de las prioridades de las personas y que haga una lectura cuidadosa de los deseos, motivaciones y experiencias. En este caso, esta fase se circunscribe al momento de las negociaciones, para el desarrollo del plan de intervención y el tiempo dedicado a intervenir con la persona, donde nuestra labor se potencia al utilizar expresiones de corte (47): «Si fuera así, yo lo haría», «Sin embargo, aún puede hacer esto», «Hazlo ahora». Podremos definir esta etapa como «trabajando juntos», ya que en ella se busca una relación de colaboración, porque los resultados más satisfactorios son aquellos en los que participan el profesional y la persona aportando sus experiencias al proceso⁸.

Cuarta etapa. Mantenimiento de la asociación para la intervención

Es un período en el que es necesaria una revisión de las metas, planes y las fluctuaciones en la relación o la autonomía y la privacidad (50). La relación entre profesional-persona se torna más fluida, el profesional puede asumir más riesgos en la comunicación, o puede estar menos atento. Esto puede ser un peligro en la relación terapéutica, pero es un riesgo que se debe correr para saber si ésta es fuerte o, por el contrario, necesita fortalecerse aún más. Es una fase en la que, si ya se encuentra afianza por el vínculo entre profesional-persona, podremos comenzar con la evolución de los roles. En un primer momento, los terapeutas presentan un rol marcado por el desarrollo de estrategias de enseñanza. Posteriormente, según se van consiguiendo metas se llega a esta cuarta etapa. Los profesionales cambian las estrategias y se convierten en correctores, y cuando las personas logran la competencia en las habilidades, los terapeutas vuelven a cambiar la estrategia para convertirse en seguidores. Después, vuelven a involucrar en los roles y estrategias, hasta que el proceso finalice (34, 47). Esta fase corresponde al desarrollo de la intervención en terapia ocupacional, y está marcada por las fluctuaciones de rol en relación con la consecución de logros, lo que nos lleva hasta las puertas del final de nuestra intervención. Es la denominada fase de «habilitación del desempeño ocupacional» (7) en la que la intervención está marcada por el ensayo y error, en la identificación de las actividades de intervención, la solución de problemas o las revisiones en los planes y en los resultados. Los terapeutas emplean diversas estrategias para involucrarse en una relación de colaboración basada en el esfuerzo mutuo y en la solución conjunta de problemas que mejorarán el rendimiento de la persona. Es decir, hay que proporcionar opciones y elecciones sobre las actividades y el individuo puede aceptar, rechazar u ofrecer alternativas.

Quinta etapa. Relaciones duraderas

En esta etapa (51), es importante la permanencia de la relación después de que se termina el proceso formal de la terapia. Una vez finalizado el proceso, el individuo sin estar en contacto con el profesional, lo mantiene en su memoria, de manera que cuando va a realizar una actividad con propósito o desarrolla su ocupación recuerda la relación con este profesional y los momentos vividos con él. Es la fase relacionada con el recuerdo de lo que se hace con el profesional, en diferentes situaciones de la vida que por su similitud recuerdan al vínculo vivido con anterioridad. En esta fase, la similitud con el proceso de gestión de terapia ocupacional se encuentra en su finalización y en su posterior seguimiento al alta. Es la denominada fase de «resultados» (7), en la que se ha logrado una trayectoria de vida que permita a la persona llegar a desear o vivir una vida plena de participación en ocupaciones deseadas, tener el control, la autonomía y la confianza en la gestión de la vida, y ser optimista acerca de su futuro (34–36).

Principales dificultades en la relación terapéutica

En la práctica cotidiana, la evolución de nuestras intervenciones, como hemos mencionado, mantiene un equilibrio entre el tipo de intervención y la relación terapéutica, pero, por diversas razones, los terapeutas ocupacionales con frecuencia se «atascan» en el trabajo con las personas y, por consiguiente, el proceso terapéutico no evoluciona. En esos momentos, se debe reflexionar sobre los planteamientos y determinar la forma de mejorar, con el fin de impulsar la intervención y posteriormente trabajar de manera más eficaz con las personas (52). Son muchas las teorías y los estudios que sustentan esta situación e intentan describir el motivo por el que esto puede suceder (53):

- Se cree que la falta de técnica y de formación sobre la relación terapéutica es el factor más determinante. Esta situación, unida a la carencia de una supervisión⁹ y evaluación objetiva de la calidad de la relación terapéutica y su técnica (ya que no existe una retroalimentación posterior por parte de otro profesional sobre las posibles dudas surgidas en este intercambio entre profesional y persona), genera una situación en la que la interacción en ocasiones no es tan terapéutica ni tan profesional como debiera.
- Las contratransferencias que tienen lugar en la relación con la otra persona no son supervisadas y, como consecuencia, no son «drenadas» a nivel organizativo ni a nivel estructural, lo que da lugar a perjuicios por parte de los terapeutas ocupacionales en la relación con la persona.
- Hay tensión profesional a causa de la acumulación de tareas y de la falta de identidad profesional en relación con otras profesiones.
- Por otro lado, la falta de tiempo es la dificultad más mencionada entre los profesionales de la salud. En un sistema de salud como el actual en el que imperan la tecnología, la aplicación de servicios al mínimo coste o las plantillas reducidas, el tiempo es un factor importante para la comunicación; en ocasiones es escaso o no tan extenso como se quisiera. Este aspecto no es condicionante, ya que son muchos los estudios que determinan que el proceso de relación terapéutica puede llevarse a cabo a pesar de que sea de corta duración.
- También llama la atención la falta de demanda por parte de la persona, que lejos de buscar sus necesidades, se acomoda a las situaciones de paternalismos producidas en estos ambientes, y se genera una ausencia de necesidad de vínculo con el profesional en el proceso de la relación terapéutica.
- Existen fallos en una relación de ayuda estructurada y programada hacia la persona, la familia y su entorno. Todo ello lleva implícita una falta de comprensión y aceptación del individuo y de la manera de manifestar sus necesidades en relación

con su problema de salud, sobre todo cuando la persona procede de un entorno cultural diferente al imperante.

- La ausencia de respuestas a estas preguntas, por ejemplo: ¿qué ocurre cuando una persona ingresa en el hospital?, ¿cómo vive este cambio de entorno?, ¿se adapta a él?, ¿cuál es nuestra formación sobre relación terapéutica?, ¿dónde la hemos adquirido?, ¿cuánto tiempo empleamos en relacionarnos con los pacientes?, ¿cómo nos relacionamos con ellos?, ¿cuándo lo hacemos?

Estos ítems son el reflejo de un trabajo incompleto desde la base de la profesión, en la mayor parte de los casos por la ausencia de enseñanzas claras de este proceso, que más que humanizarlas las aleja, llevándolas hasta cauces irreconocibles. No es baladí que la mayoría los alumnos argumenten que se sienten impotentes ante lo que estudian y lo que ven en la práctica. La teoría formativa y la práctica profesional son muy diferentes. Mientras esta situación no se normalice, se formarán profesionales con falta de identidad y con carencia de una capacidad para gestionar las relaciones terapéuticas, que lejos de ser terapéuticas se convertirán en relaciones de poder o de amistad. Ante este panorama, se necesita que los profesionales más experimentados sirvan de referente para que los más noveles puedan desarrollar más habilidades. Según Mattingly y Fleming (39), los terapeutas ocupacionales con más experiencia que han reflexionado sobre sus procesos probablemente tengan más desarrolladas las habilidades interactivas que los terapeutas noveles. Éste es el motivo por el que a los estudiantes de terapia ocupacional y a los recién incorporados al mundo laboral se les anima a centrarse en el desarrollo de habilidades interactivas, interpersonales y de comunicación, para lograr un máximo en el desarrollo de las relaciones terapéuticas¹⁰ (37).

Conclusiones

- Para el establecimiento de una buena relación terapéutica tienen que contemplarse los vínculos entre la persona y el profesional; hay que ser conscientes de que ambos aportan a este proceso aspectos relacionados con su forma de ver la vida, opciones vitales y factores personales, entre otros.
- Las diferentes teorías que no sirven para poder entender cómo es el ser humano, son también condicionantes de cómo será el proceso de relación terapéutica.
- La terapia ocupacional es una profesión estrechamente ligada a la relación terapéutica, necesaria para interactuar con la persona y negociar las posibles intervenciones.
- Los vínculos relacionales y profesionales se asientan en la relación terapéutica en el momento puntual en el que se desarrolla, pero tienen repercusión durante la intervención e incluso tras su finalización.
- Aunque las diferentes formas de relación terapéutica establecen principios de no dirección, existen estudios en los que se refleja la necesidad de ser directivos, en función del tipo usuario y en función del momento; esto no genera una pérdida en la relación profesional-persona, sino que incluso puede enriquecerla (54).

Bibliografía

Price P. The Therapeutic Relationship. In: Crepeau E.B., Cohn E.S., Boyt Schell B.A. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 11.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011:329–341.

Talavera Valverde MA. El legado de Barton. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA [compiladores]. *Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación*. A Coruña: TOG; 2007; 4 [monográfico 1]. [acceso el 14 de octubre de 2010]. Disponible en:

http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf

Arango Cammaert A.M., Moreno Franco M.F. Más allá de la relación terapéutica: Un recorrido histórico y teórico. *Acta Colomb Psicol*. 2009;(2):135–145.

Jafran J.C., Muran J.D. *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*, 1.^a ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2005.

Jarcía Laborda A., Rodríguez Rodríguez J.C. Factores personales en la relación terapéutica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2005;(96):29–36.

Mitchell J., Ward K., Price P. Occupation-based practice and its relationship to social and occupational participation in adults with spinal cord injury. *Occup Ther J Res*.

(4):2007.

Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm Glob.* 2009:17.

Muñoz Vallejo T. Los procesos psicológicos en enfermería. In: Mejías Lizanco F., Serrano Parra M.D. *Psiquiatría y Salud Mental.* 1.ª ed. Madrid: DAE; 2000:58–83.

Jómez Esteban R. *El médico como persona en la relación médico-paciente,* 1.ª ed. Madrid: Fundamentos; 2002.

Rodríguez Rodríguez J.C., García Laborda A. Descubriendo sentido. Entrevista clínica transcultural en Salud Mental. *Rol.* 2004:6–10.

Castellanos Ortega M.C. La relación terapéutica en Terapia Ocupacional. *Bol Ter Ocup.* 2010:109–111.

Montes Salas I.R. Fundamentos de intervención de terapia ocupacional en salud mental desde un enfoque humanista. *Bol Ter Ocup.* 2010:109–111.

Moreno ZT. Centro de psicodrama y sociodrama. Diccionario de psicodrama. 1.ª ed. Buenos Aires; 2010.

Fiorini H. *Teorías y técnicas de psicoterapia,* 1.ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1992.

Maccoby M. El poder de la transferencia: por qué la gente sigue al líder. *Harvard Bull Rev.* 2004;(9):58–67.

Smith H.F. La contratransferencia, la escucha conflictual y la relación analítica de objeto. *Apert Psic.* 2001:7.

Jiménez J.P. La investigación empírica apoya una técnica psicoanalítica relacional y flexible. *Apert Psic.* 2005:21.

Wilson G.T., O’Leary D. *Principles of behaviour therapy,* 1.ª ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.

Castillero Amador Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Av Psicol Clin Latinoam.* 2007;(1):52–63.

White M. *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos,* 1.ª ed. Barcelona: Gedisa; 2002.

Semerari A. *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica,* 1.ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.

Cormier H.W., Cormier L.S. *Estrategia de entrevista para terapeutas,* 1.ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1994.

Rogers C.R. *Counseling and psychotherapy,* 1.ª ed. Boston: Houghton Mifflin; 1942.

Rogers C.R. *Client-centred therapy: its current practice, implications, and theory,*

1.^a ed. Boston: Houghton Mifflin; 1951.

Meador B.D., Rogers C.R. Client-centred therapy. In: Corsini R.J., ed. *Current psychotherapy*. 3.^a ed. Itasca: Peacock; 1984:142–195.

Mestre Escrivá M.V., Samper García P., Frías Navarro M.D. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. 2004;(2):255–260.

Rogers C.R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Clin Psychol*. 1957:95–103.

Rogers C.R. *Freedom to learn: a view of what education might become*, 1.^a ed. Columbus: Charles E. Merrill; 1969.

Lax W.D. El pensamiento posmoderno en una práctica clínica, McNamee S., Gergen K. La terapia como construcción social, 1.^a ed, Barcelona: Paidós, 1996.

Geyerhofer S., Komori Y. Integración de modelos postestructuralistas de terapia breve. In: Watzlawick P., Nardone G. *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós, 2000.

Hoffman L. Una postura reflexiva para la terapia familiar, McNamee S., Gergen K. La terapia como construcción social, 1.^a ed, Barcelona: Paidós, 1996.

De Shazer S., Berg I.K., Lipchick E., Nunnally E., Molnar A., Ginerich W., et al. Terapia breve: un desarrollo centrado en las soluciones, Watzlawick P., Nardone G. *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, 1.^a ed, Barcelona: Paidós, 2000.

White M. *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*, 1.^a ed. Barcelona: Gedisa; 2002.

Peloquin S.M. The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *Am J Occup Ther*. 1990:13–22.

Schwartzberg S.L. Tools of practice: Therapeutic use of self. In: Hopkins H.L., Smith H.D. *Willard & Spackman's occupational therapy*. 8.^a ed. Philadelphia: Lippincott; 1993:269–274.

Yerxa E.J. Authentic occupational therapy. The 1966 Eleanor Clark Slagle Lecture. *Am J Occup Ther*. 1967:1–9.

Neistadt M. Methods of assessing clients' priorities: A survey of adult physical dysfunction settings. *Am J Occup Ther*. 1995:428–436.

Mattingly C. *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*, 1.^a ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

Mattingly C., Fleming M.H. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: Davis Company; 1994.

- Marín M., et al. Entrenamiento en habilidades sociales. *Psicothema*. 2001;(2):247–251.
- Oliveira M., et al. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm Glob*. 2006:1.
- García M., et al. Reflexiones en torno a la relación terapéutica. *Índex Enferm (Gran)*. 2004:44–48.
- Cibanal L., et al. La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cul Cuid*. 2001; (10):88–99.
- Crepeau E.B., Cohn E.S., Boyt Schell B.A. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 11.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Peloquin S.M. The fullness of empathy: Reflections and illustrations. *Am J Occup Ther*. 1995:24–39.
- Peloquin S.M. The therapeutic relationship: Manifestations and challenges in occupational therapy. In: Crepeau E.B., Cohn E.S., Schell B.A.B. *Willard and Spackman's occupational therapy*. 10.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:157–170.
- Price P., Miner S. Occupation emerges in the process of therapy. *Am J Occup Ther*. 2007:441–450.
- Urzúa A. La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Ter Psicol*. 2010;(1):125–146.
- Crepeau E.B. Achieving intersubjective understanding: Examples from an occupational therapy treatment session. *Am J Occup Ther*. 1991;(11):1016–1025.
- Clark F. Interweaving occupational science and occupational therapy. Eleanor Clark Slagle Lecture. *Am J Occup Ther*. 1993:1067–1078.
- Paddy A., Wright-Sinclair V., Smythe L. Aspects of the relationship following face-to-face encounters in occupational therapy practice. *NZ J Occup Ther (Auckl)*. 2002; (2):14–20.
- Spencer J.C., Davidson H., White V. Continuity and change: Past experience as adaptive repertoire in occupational adaptation. *Am J Occup Ther*. 1996:303–309.
- García Marco M.I., López Ibor M.N., Vicente Edo M.J. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿Falta de tiempo?. *Index Enferm*. 2004;(47):44–48.
- Urzúa A. La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Ter Psicol*. 2010;(1):125–146.

Autoevaluación capítulo 15

1. ¿Cómo definen los autores el término relación terapéutica?
 - a. Una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre profesional y persona se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-ausencia de ésta.
 - b. Además, es un proceso en el que el profesional busca la interacción para intentar que el usuario acepte lo que queremos imponerle.
 - c. Además a todo lo dicho, es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual se transmiten los significados entre personas y grupos.
 - d. Sólo a y c son correctas.
 - e. Todas son falsas.

Correcta: *d*. Por todo lo anterior y ubicando el desarrollo de este término dentro de una concepción inicial psicodinámica, podemos decir que la definición más acertada de relación terapéutica es: *una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre profesional y persona se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-ausencia de ésta*. Por lo tanto, *es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual, son transmitidos los significados entre personas y grupos*.

2. Dentro de los factores personales que influyen en la relación terapéutica se incluyen:
 - a. Las variables de la persona, la forma de entender al ser humano, el uso del lenguaje, las variables socioculturales.
 - b. Las variables de la persona, la forma de entender al ser humano, el uso del lenguaje, las variables socioculturales, el estatus profesional.
 - c. Las variables de la persona, la forma de entender al ser humano, el uso del lenguaje, las variables socioculturales, el estatus profesional, el número de usuarios asignados en el trabajo.
 - d. Las variables de la persona, la forma de entender al ser humano, el uso del lenguaje, las variables socioculturales, el estatus profesional, el número de usuarios asignados en el trabajo, la capacidad de no implicarse en algo.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *a*. Si consideramos que la interacción y la relación con las personas es parte de nuestra esencia como terapeutas ocupacionales y que nos caracteriza por la necesidad de acompañar a la persona durante su proceso, entonces entenderemos que este proceso está cargado claramente de influencias de corte personal en lo

profesional. Intentaremos profundizar algo más en este principio para poder ver de qué manera afecta realmente a la relación terapéutica:

- Factores personales.
 - Las variables individuales de la persona.
 - La forma de entender al ser humano.
 - El uso del lenguaje.
 - Las variables socioculturales.
3. Desde un planteamiento teórico psicodinámico, ¿cuáles podríamos decir que son los factores que aporta el profesional para dar forma a la relación terapéutica?
- a. El contacto empático, que se evidencia en el terapeuta por medio de gestos de escucha y asentimiento que facilitan la conversación e infunden tranquilidad en el consultante y la calidez del terapeuta, que se manifiesta en los gestos y en el tono de la voz.
 - b. Todo lo anterior y la espontaneidad, que contribuye en la creación de un clima de libertad, creatividad y permisividad, y que se refleja en la capacidad del terapeuta para ajustarse a la situación sin dejar de ser él mismo.
 - c. Todo lo anterior más el *rapport*.
 - d. Ninguna es correcta.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *b*. El funcionamiento de la relación terapéutica en este enfoque depende de factores que aportan el terapeuta y la persona. Fiorini afirma que en esta relación el que más determina cómo se desarrolla es el profesional con sus actitudes y su capacidad para realizar contribuciones a la persona. Por tanto, podríamos decir que los factores que aporta el profesional para dar forma a esta relación terapéutica son los siguientes:

- El contacto empático, que se evidencia en el terapeuta por medio de gestos de escucha y asentimiento que facilitan la conversación e infunden tranquilidad en el consultante.
- La calidez del terapeuta, que se manifiesta en los gestos y en el tono de la voz.
- La espontaneidad, que contribuye en la creación de un clima de libertad, creatividad y permisividad, y que se refleja en la capacidad del terapeuta para ajustarse a la situación sin dejar de ser él mismo.
- La iniciativa del terapeuta, que se evidencia en su vivacidad corporal.
- La actitud docente, que se evidencia en la utilización de los recursos que sean necesarios para lograr una experiencia emocional correctiva.

Este enfoque, para dar forma a la relación terapéutica, incluye un principio de flexibilidad, factor determinante para la construcción en este enfoque. Así, podremos

definir la flexibilidad como la modificación constante de la forma de realizar la práctica profesional, intentando adaptarse a las necesidades de cada persona, es decir, ofreciendo, por tanto, un conjunto flexible de indicaciones, buscando ajustar sus actitudes y recursos técnicos a las necesidades individuales de cada persona.

En el caso del *rapport*, este término caracteriza al proceso de sentar las bases para la cooperación recíproca y el vínculo terapéutico con la persona, es decir, sentar las bases para la confianza y el entendimiento mutuo durante el proceso de intervención y es una parte de la relación terapéutica en la terapia conductual.

4. Desde un planteamiento de relación terapéutica en la terapia centrada en el cliente, ¿cuáles podríamos decir que son los factores que aporta el profesional para dar forma a la relación terapéutica?

- a. La empatía o capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. La empatía así entendida desempeñaría un papel central en la disposición prosocial de las personas.
- b. Todo lo anterior más la genuinidad, que implica ser uno mismo en todo momento; es una manera de participar de forma espontánea en la relación.
- c. Todo lo anterior más el respeto, ya que hace referencia a la capacidad de valorar al cliente como persona merecedora de «dignidad» y se expresa en el compromiso, la comprensión, la actitud no valorativa, la protección y la cercanía por parte del terapeuta.
- d. Todo lo anterior más la triangulación, concepto que inicialmente se refería a la construcción de coaliciones con los miembros más débiles del sistema, pero que posteriormente se ha ampliado a la pertenencia del terapeuta al sistema familiar en el momento de comenzar un proceso terapéutico.
- e. Todas son correctas.

Correcta: *c*. En este postulado se recogen las evoluciones de una teoría que se desarrolló desde 1942 llegando hasta cerca de 1984. La evolución del concepto de relación terapéutica a través de las diferentes corrientes se fueron desarrollando tras estas teorías. Cormier y Cormier hablan de tres evoluciones teóricas de la terapia centrada en el cliente:

- El primer período es el *no directivo*.
- El segundo es el *centrado en el cliente*.
- El tercer período se denomina *centrado en la persona*.

Por tanto, la expresión relación terapéutica atraviesa por tres concepciones durante este período, y se enriquece en cada una de ellas. Entre las principales

condiciones de esta teoría que asume la relación terapéutica, se encuentran:

- La empatía.
- La genuinidad.
- El respeto.

Rogers entiende la relación terapéutica como interactiva, y el progreso terapéutico lo determina la forma en la que la persona experimenta dicho proceso y cómo se siente con el profesional. Para que esto suceda dos son las premisas que tienen que desarrollarse:

- Expectativas de la persona.
- Métodos usados por el profesional.

5. ¿Cuáles son las fases de establecimiento de una buena relación terapéutica?

- Primera etapa: Establecimiento de una buena relación. Segunda etapa: Establecimiento de la confianza. Tercera etapa: El desarrollo de una asociación de colaboración. Cuarta etapa: Mantenimiento de la asociación para la intervención. Quinta etapa: Relaciones duraderas.
- Primera etapa: Establecimiento de la confianza. Segunda etapa: Establecimiento de una buena relación. Tercera etapa: El desarrollo de una asociación de colaboración. Cuarta etapa: Mantenimiento de la asociación para la intervención. Quinta etapa: Relaciones duraderas.
- Primera etapa: Establecimiento de la confianza. Segunda etapa: Establecimiento de una buena relación. Tercera etapa: Mantenimiento de la asociación para la intervención. Cuarta etapa: El desarrollo de una asociación de colaboración. Quinta etapa: Relaciones duraderas.
- Primera etapa: Establecimiento de una buena relación. Segunda etapa: Establecimiento de confianza. Tercera etapa: El desarrollo de una asociación de colaboración. Cuarta etapa: Relaciones duraderas. Quinta etapa: Mantenimiento de la asociación para la intervención.
- Primera etapa: Establecimiento de confianza. Segunda etapa: Establecimiento de una buena relación. Tercera etapa: El desarrollo de una asociación de colaboración. Cuarta etapa: Relaciones duraderas. Quinta etapa: Mantenimiento de la asociación para la intervención.

Correcta: *a*. Fases en las que se desarrolla la relación terapéutica:

Primera etapa. Establecimiento de una buena relación.

Segunda etapa. Establecimiento de la confianza.

Tercera etapa. El desarrollo de una asociación de colaboración.

Cuarta etapa. Mantenimiento de la asociación para la intervención.

Quinta etapa. Relaciones duraderas.

- ¹ Para poder ampliar estos conocimientos, remitimos a la lectura del [capítulo 4](#) de este libro, «Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental».
- ² El término «encuentro» fue acuñado por Moreno, y es una palabra relacionada con la teoría psicodramática. Es ésta una de las bases conceptuales del pensamiento filosófico de Moreno y uno de los principios de su visión antropológica. Por lo tanto, es un concepto angular para la construcción de su modelo psicoterapéutico. Impregnado por el pensamiento de las corrientes filosóficas vitalistas que subyacen en sus teorías y por los trabajos de Kierkegaard y Buber entre otros, Moreno se planteó el encuentro, además, como una de las posibilidades humanas en la relación consigo mismo, con el otro en el mundo y con la trascendencia. Para que tal encuentro, sumamente difícil pero no imposible, pueda acontecer, para que pueda florecer la verdadera integración del hombre con los demás hombres, y de la humanidad consigo misma, deberán superarse los estereotipos técnicos, científicos y culturales, lo que dará lugar, según Moreno, al despliegue de la libertad, de la espontaneidad y la creatividad. No sólo las relaciones de atracción o amistosas, sino también las hostiles y de choque (choque para el encuentro) son fundamentales para lograr un encuentro auténtico. El encuentro, según Moreno, nunca puede estar preparado ni constituido de antemano, ni planeado, ni examinado o escrutado, únicamente puede acontecer en la égida del momento.
- ³ En este caso entendemos por «aliento» las siguientes acepciones que propone el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española en su 22.^a edición: «Vigor del ánimo, esfuerzo, valor. Inspiración, estímulo que impulsa la creación artística. Alivio, consuelo».
- ⁴ Es por esto, y para que nuestros valores no interfieran en la relación terapéutica que generemos, que se hace tan importante la supervisión terapéutica de nuestro trabajo. Para comprender más aspectos sobre este proceso de supervisión remitimos al lector al [Capítulo 22](#), «Docencia y supervisión en terapia ocupacional».
- ⁵ Los tipos de intervención y la relación terapéutica.
- ⁶ Recomendamos la lectura del apéndice «Documento sobre el Marco para la práctica de la Terapia Ocupacional», 2.^a ed., (2008), que se puede encontrar en el portal web, en el que el lector accederá a tablas con herramientas de evaluación para poder utilizar durante este período.
- ⁷ El terapeuta y la persona llegan al acuerdo de lo que es importante para ésta, identifican los resultados deseados, desarrollan objetivos y planes, se comprometen a trabajar juntos para culminar los objetivos propuestos.
- ⁸ Por un lado, el profesional aporta informaciones, entre otras, sobre el proceso, resultados o mejores tipos de intervención y la persona aporta, entre otros,

conocimientos, experiencias, formas de hacer y estilos de adaptación a las cosas.

- ⁹ Para más información sobre este punto, remitimos al lector al [capítulo 22](#) «Docencia y Supervisión en Terapia Ocupacional» de este libro
- ¹⁰ Para conocer más sobre este tipo de estudios, recomendamos la lectura del [capítulo 14](#) de este libro, «Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental».

Sección 3

Organización y tecnologías de la información y comunicación

Administración y gestión de departamentos de terapia ocupacional

P. Moruno Miralles, C. Cipriano Crespo, M. Calvo Leira

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Definición de administración, organización, planificación y dirección y control

Organización y diseño

Planificación

Dirección

Control y mejora de la calidad

Particularidades de la gestión del departamento de terapia ocupacional en dispositivos de atención a la salud mental

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Definir y describir los términos y conceptos más importantes asociados a la administración y gestión de departamentos de terapia ocupacional en recursos de atención a la salud mental.
- Conocer las diversas acciones y procedimientos necesarios para diseñar, organizar, planificar y dirigir un departamento, así como para controlar la calidad de la asistencia de terapia ocupacional.
- Identificar las funciones del administrador o gestor de un departamento de terapia ocupacional.
- Revisar algunas de la particularidad de la administración de un departamento en los principales dispositivos y recursos de la red de atención a las personas con enfermedad mental.

Introducción

Para llevar a la práctica nuestro trabajo en salud mental en un contexto real no sólo es imprescindible tener en cuenta los principios teóricos y metodológicos sobre los que se apoya la terapia ocupacional, sino también conocer *cómo se organiza, planifica, dirige y controla* nuestro quehacer profesional. En otras palabras, nuestra labor profesional requiere que tengamos conocimientos y destrezas de *administración y gestión*. Para lograrlo no debemos limitarnos exclusivamente a gestionar los recursos materiales de los que disponemos en un departamento, también debemos conocer las particularidades de programas y actuaciones cuyo funcionamiento no está tan ligado a una estructura enmarcada por el espacio y las infraestructuras, como ocurre en el caso de las intervenciones en la comunidad.

Uno de los objetivos prioritarios que nos marcamos con las personas que sufren una enfermedad mental, del tipo que sea, es conseguir que éstas alcancen el mayor grado de independencia en la realización de sus actividades cotidianas y que mantengan un equilibrio entre las distintas áreas de ocupación en las que se implican. Para conseguirlo intervendremos en diferentes contextos, con características en muchos casos dispares, contando con el soporte institucional de un departamento, pero también en circunstancias en las que éste no existe como tal (verbigracia, en el domicilio o vecindario).

Por tanto, nuestro trabajo en el ámbito de la salud mental demanda un modo de gestión que se ajuste tanto a las características del recurso como a las del medio natural del individuo, medio en el que tendrá lugar su desempeño ocupacional real.

Todos los profesionales que forman el departamento de terapia ocupacional deben realizar un esfuerzo que permita desarrollar métodos útiles de trabajo, adecuados al contexto de la intervención, que realmente sean herramientas terapéuticas eficaces.

A lo largo de este capítulo pretendemos dar a conocer cómo se gestiona o administra el quehacer profesional del terapeuta ocupacional. Conocer el modo en que se gestiona nuestro trabajo en los recursos de salud mental y cuáles son las funciones y cometidos de cada uno de los miembros del equipo facilitará la realización de un trabajo bien hecho.

Definición de administración, organización, planificación y dirección y control

Dada la diversidad de términos¹ (1–5) que se han empleado y emplean en la literatura para referirse a las labores relacionadas con las diversas acciones que hacen viable el funcionamiento adecuado del quehacer profesional del terapeuta ocupacional en salud mental, en primer lugar trataremos de acotar los términos y las definiciones utilizados en estas páginas, para identificar de forma clara a qué hacen referencia. Los términos que vamos a emplear son: administración/gestión, organización, planificación, dirección y control.

Rescatamos por su claridad las voces propuestas por Bravement (6), quien distingue diversas funciones y roles en la tarea de asegurar el buen funcionamiento de los servicios de terapia ocupacional. Este autor plantea inicialmente diferenciar entre: administración (*administration*), gestión (*management*) y supervisión (*supervisión*).

Define gestión como: «El proceso de *dirigir* una unidad mediante la *planificación* de las futuras obligaciones laborales, *organizando* y dirigiendo a los trabajadores en los departamentos en el proceso de completar la labor cotidiana en el puesto de trabajo y *controlando* el proceso y el sistema de trabajo para asegurar una adecuada calidad de los resultados».

Así, en terapia ocupacional, el administrador² o gestor tiene la responsabilidad de gobernar el departamento de terapia ocupacional y supervisar cómo éste contribuye a los objetivos globales de la institución o servicio en el que se inscribe. Como podemos constatar en el párrafo anterior, las labores de administración o gestión del departamento se distribuyen en actuaciones relacionadas con la organización, planificación, dirección y control del departamento.

Si seguimos «desbrozando» el significado de los términos, el *Diccionario de la Lengua Española* en su vigésima segunda edición (7) define *organización* como: «Acción de organizar»; «Establecer o reformar algo para lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados».

En consecuencia, en lo que nos compete, organizar significa tanto establecer, crear o instaurar un servicio que antes no existía (es decir, diseñarlo), como ajustar uno ya existente a las necesidades de la población a la que va dirigido para lograr los objetivos deseados. Se puede definir de manera sencilla como el instrumento que convierte una idea en realidad (8). Nos permite definir la estructura en la que tiene lugar la provisión de un servicio de terapia ocupacional de manera óptima, en relación con los recursos disponibles (1).

Desde este punto de vista, podemos considerar la organización como el eje central alrededor del que se articulan las funciones y actuaciones de los

administradores o gestores de departamentos de terapia ocupacional, en la que se incluyen diversas acciones vinculadas con el diseño, la planificación, la dirección y el control de nuestro servicio, considerando los agentes y medios implicados en su funcionamiento.

Por tanto, a las personas que organizan un departamento de terapia ocupacional se les encarga diseñarlo (si todavía no existe), planificarlo, dirigirlo y controlarlo (9).

En lo que respecta a la *planificación*, ésta es el proceso de toma de decisiones en el presente para producir un resultado en el futuro (10, 11). En nuestro caso, se trata de decidir qué hacer para determinar y establecer aquellos objetivos vinculados con el desempeño ocupacional de la población a la que atendemos y determinar las actividades, programas y espacios terapéuticos que deben llevarse a cabo para lograr tales objetivos.

Por su parte, se puede definir *dirección* como: «el proceso de planificación, organización, dirección y control de las *actividades que los empleados*, en combinación con otros recursos, realizan para lograr las metas de la organización» (13).

Por último, en lo que respecta al *control*, el cometido del administrador es establecer estándares y patrones de actuación dentro del departamento y medir, evaluar y corregir su funcionamiento (figura 16.1).



Fig. 16.1 Organigrama de funciones básicas para la administración de un departamento.

Establecidas las definiciones de los términos que utilizaremos para nombrar las acciones, funciones y roles ligados al buen funcionamiento del servicio de terapia ocupacional, podemos preguntarnos: ¿qué es específicamente aquello que tenemos que administrar o gestionar?

Como hemos podido comprobar en las líneas precedentes, en nuestra profesión es lugar común hablar constantemente del *departamento de terapia ocupacional*, pero: ¿qué es exactamente un departamento?; cuando hablamos de un departamento:

¿a qué nos referimos?

Probablemente, la filosofía de departamentos se origina e inscribe en contextos hospitalarios, con una fuerte impronta del modelo médico, en el que distintas especialidades intervienen para definir y tratar un problema por separado, en concordancia con la perspectiva singular de cada disciplina o especialidad. Esta forma de organización ha demostrado ser eficaz en muchas ocasiones, pues permite desarrollar nuevas terapéuticas eficaces, pero quizá se olvida de la persona, de contemplarla en su globalidad.

Consecuentemente, emplear la palabra «departamento» puede dar lugar a malas interpretaciones, como si los terapeutas ocupacionales quisiéramos coger la parte del sujeto que nos correspondiera (si existiese) y tratarlo entre cuatro paredes, aisladamente del resto de los profesionales del equipo interdisciplinario. Esta tendencia corresponde más a un modelo asistencial retrógrado, pero en salud mental la idea de rehabilitación o readaptación implica una complejidad que precisa avanzar hacia la integración del individuo en la comunidad, desde y entre todos los profesionales y estamentos implicados.

En el ámbito de la salud mental, el departamento de terapia ocupacional no tiene (en principio) la misma estructura ni conceptualización en los diversos recursos asistenciales y, además, su cometido es muy diferente al de los departamentos concebidos para la atención de trastornos físicos.

Las necesidades de las personas con trastornos mentales sobrepasan los límites puramente médicos, implican aspectos sociales, culturales y ambientales que precisan una intervención mucho más dinámica, integrada y ecológica, que no encaja con la idea tan fragmentaria que supone tradicionalmente el término «departamento».

Proponemos, por tanto, un concepto de «departamento» mucho más amplio –superando las limitaciones que hemos señalado anteriormente– que abarque los recursos de una institución (hospital, residencia, programa, entre otras) y los de la comunidad en que se ubique, articulado en torno a los intereses, valores, necesidades y expectativas del individuo abordado, principal protagonista y receptor de los servicios que oferte el departamento.

Creemos que nuestra disciplina desarrollará una labor más eficaz si la vinculamos al ambiente natural en el que el individuo se integra habitualmente y si tiene en cuenta sus necesidades y deseos. En otras palabras, el terapeuta debe proporcionar una atención eficaz y planificada *para cada sujeto* en un ambiente lo más normalizador posible.

En esta línea de argumentación, instamos a considerar los departamentos de terapia ocupacional de dispositivos hospitalarios y sociocomunitarios como soportes del proceso continuo de readaptación, rehabilitación e integración de un sujeto a la vida en comunidad. Por tanto, es imprescindible la labor de los terapeutas ocupacionales en las diferentes fases del proceso. En esta dirección es en la que está

creciendo la terapia ocupacional.

Definidos los términos y explicitada nuestra idea de departamento, describamos las distintas actuaciones ligadas a su administración y gestión, dentro del ámbito de la salud mental.

Organización y diseño

Como hemos descrito en el apartado anterior, crear o establecer un nuevo departamento de terapia ocupacional en un dispositivo asistencial de salud mental en el que no existía puede ser considerado un caso especial dentro de la tarea de organización. Ello nos da pie a describir el diseño y la organización del departamento de forma paralela.

Tal y como sostiene Gleave (8), cuando se funda un departamento nuevo es necesario tener una visión global de la situación con la que vamos a encontrarnos. Para ello es imprescindible analizar detenidamente las características de la institución o dispositivo en el que se ubicará y en el que vamos a desempeñar nuestra labor. Para llevar a cabo tal análisis debemos:

- Conocer la titularidad del recurso (pública, privada y/o mixta).
- El perfil típico de las personas con las que vamos a trabajar: edad, situación clínica y, especialmente, las alteraciones prototípicas del desempeño y participación ocupacional que presentan.
- Los componentes del departamento de terapia ocupacional y los agentes que colaboran con él.
- Los responsables de los equipos y servicios con los que tendremos contacto directo (psiquiatras y tutores que derivarán los casos, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería o educadores sociales); en definitiva, quiénes componen el equipo y cómo se ordenan las distintas intervenciones o programas que se implementan en la institución.
- La filosofía de trabajo del equipo: por ejemplo, el marco teórico en el que se apoya o los objetivos perseguidos.
- Las infraestructuras, recursos materiales (entre ellos los económicos) y humanos y equipamientos.

Revisemos detenidamente cada uno de estos puntos.

La titularidad del dispositivo o recurso es determinante para la organización interna del departamento de terapia ocupacional. De este hecho dependen, entre otras cosas, su estructura, el número de sus componentes, la complejidad de las interacciones y la amplitud de sus cometidos. La variabilidad es enorme. Habitualmente los departamentos de terapia ocupacional de instituciones de titularidad pública suelen tener un tamaño mediano o grande; en ellos su estructura y ordenación está regulada por normativas bien definidas (en ocasiones, desgraciadamente, demasiado rígidas), que establecen las funciones y roles que desempeñan los terapeutas ocupacionales, así como las relaciones con otros

departamentos y profesionales, los cargos, acreditación, relaciones, vías de comunicación y la estructura jerárquica del personal de la institución. En el extremo opuesto podemos encontrar departamentos muy pequeños (compuestos incluso por un único terapeuta ocupacional), adscritos en general a instituciones de carácter privado, que atienden a un contingente de población reducido, en los que las funciones e interacciones se pactan y revisan con asiduidad en respuesta a las contingencias de cada momento.

Esta circunstancia hace difícil establecer pautas generales para la organización de departamentos, dado que las características del dispositivo determinan cuáles son las actuaciones y tareas necesarias para organizarlo.

No obstante nos gustaría advertir, aunque sólo sea a vuelapluma, que el terapeuta ocupacional que gestiona un departamento puede encargarse de labores relacionadas con la organización del personal –su selección, contratación, formación continuada y adaptación a un servicio – , y con la confección de la estructura organizativa general del dispositivo o recurso³.

En aquellos casos en los que el administrador del departamento de terapia ocupacional tenga responsabilidades directas en la organización del equipo de terapeutas ocupacionales es necesario asignar roles, funciones y líneas de interacción y comunicación a los distintos miembros que lo componen. Para ello, el administrador puede apoyarse en la elaboración de *organigramas* organizativos, diagramas en los que se representa gráficamente la estructura, relaciones, canales de comunicación y la jerarquía entre los diversos empleados que forman el departamento.

Estos organigramas sirven para explicitar y clarificar el funcionamiento organizativo, aunque debemos tener en cuenta que son una foto fija poco sensible a las modificaciones y cambios que acontezcan.

El estilo organizativo de cada departamento puede adquirir distintas formas, dependiendo principalmente de la filosofía de trabajo en equipo que adopten los profesionales de la institución. Tradicionalmente, los equipos han adoptado estructuras *piramidales* (sobre todo en encuadres de carácter hospitalario), en las que se establece una jerarquía respecto a las responsabilidades y funciones de los profesionales de acuerdo con su titulación o regulado por normativas. No obstante, ésta no es la única posibilidad. Así, podemos diseñar la organización con estructuras *matriciales o en red y lineales*, en las que el resultado esperado del servicio, más que el nivel académico, da forma a la organización. Cada una de estas opciones tiene sus ventajas e inconvenientes (6).

En resumen, determinar el equipo de profesionales que trabajan en el departamento facilitará realizar un buen trabajo dentro de la institución. Es necesario que conozcamos quiénes son las personas que van a trabajar en él, si todos son terapeutas ocupacionales o habrá auxiliares o personal de enfermería, quién será el o

la responsable del departamento y determinar la relación que tienen todos estos profesionales entre sí. Gracias a la organización se acuerdan las funciones de cada uno de los miembros del equipo y se establecen las acciones que cada terapeuta realizará en él⁴.

Determinada la organización del *staff* del departamento, su funcionamiento se regulará gracias a las labores de dirección del administrador, que revisaremos más detenidamente en párrafos posteriores.

El sentido último de la organización del equipo de terapeutas ocupacionales que forman el departamento es desarrollar su ejercicio profesional de manera adecuada. Para ello es imprescindible conocer el perfil característico de la población atendida, sin lugar a dudas, el aspecto más importante de todo diseño y organización. Otras variables influyen también poderosamente en su adecuado funcionamiento, pero las necesidades del colectivo con el que trabajamos son esenciales, si deseamos que nuestra labor profesional sea relevante para las personas a quienes va dirigida.

Identificar y abordar las necesidades que un grupo de población o colectivo tiene respecto a la evaluación y modificación de sus alteraciones en el desempeño y participación ocupacional es el cometido central de la planificación del departamento. Veamos los pormenores de este proceso.

Planificación

Antes de continuar debemos advertir de que, en este apartado, la planificación a la que nos referimos es aquella que da respuesta a las necesidades de un grupo de individuos, con un perfil característico, aunque dicho perfil se modifique con el tiempo. Consecuentemente, hemos de distinguirla de la planificación de la intervención de carácter individual (v. [capítulo 6](#)).

Tal y como sostiene Noya (10), para realizar una buena planificación es necesario tener previamente un diagnóstico real de la situación en la que nos encontramos, identificar las necesidades, tener en cuenta la normativa y las limitaciones y recursos de los que disponemos.

Determinar los objetivos de intervención y los programas o espacios terapéuticos que se van a llevar a cabo para su consecución vertebra el proceso de planificación. Por tanto, aunque tales objetivos y programas dependen de la filosofía de trabajo y del marco teórico que se implante en cada servicio o dispositivo, nunca debemos olvidar la perspectiva única de nuestra disciplina, la utilización de actividades/ocupaciones significativas como método terapéutico.

La identificación de las características habituales del desempeño y de la participación ocupacional del grueso de la población atendida en el departamento guía y estructura la planificación. Este análisis nos permite determinar los objetivos que deben alcanzarse y, por ende, los espacios terapéuticos, las actividades y los programas diseñados e implementados. Cuando nuestro cometido sea diseñar un departamento es insoslayable explorar y recabar previamente datos de aquellas variables que determinan el perfil ocupacional de la población atendida: aspectos de carácter demográfico, promedio y grupos de edad, género predominante, contexto social, cultural y económico. Estas variables determinan los rasgos típicos del desempeño ocupacional de las personas que abordaremos⁵. Si el departamento ya está en funcionamiento, la planificación debe ser lo suficientemente flexible para ajustarse al cambio en las demandas o necesidades que surjan como consecuencia de las variaciones del perfil o a las modificaciones introducidas para mejorar la eficacia de nuestros programas. Es obvio que la labor de planificar está estrechamente relacionada con la de *control y mejora de la calidad* del departamento (v. apartado «Control y mejora de la calidad»). Por esta razón, sería erróneo considerar la planificación como una actuación circunscrita a un período determinado y puntual; debemos contemplarla como un proceso continuo, sensible a los múltiples cambios que puedan aparecer a lo largo del tiempo y sujeto a constante refinamiento y revisión. No obstante, debemos ser sensatos y realistas, analizando las condiciones de nuestro entorno laboral sin perder de vista las posibilidades reales de cambio. Este análisis nos evitará la frustración que empaña y dificulta nuestro desarrollo

profesional.

Si bien la planificación del departamento se basa en perfiles genéricos, tal y como acabamos de afirmar, su bondad depende en gran medida de lo amplia, dúctil y completa que sea, lo suficiente como para encarar la combinación única de necesidades de cada individuo tratado. Sólo de esta forma evitaremos planificar programas de intervención rígidos, estereotipados e inmutables, que se prolongan en el tiempo hasta quedar obsoletos. Además, también debe permitirnos afrontar necesidades específicas de índole individual, que no sean comunes o frecuentes en el colectivo tratado, en la medida en que esto sea posible.

De lo dicho se deduce que una buena planificación articula procedimientos de evaluación e intervención que abordan todas las necesidades en las áreas de ocupación características de la población que admite el dispositivo. No sólo aquellas que apuntan a la modificación de las alteraciones del desempeño ocupacional, sino también aquellas de carácter preventivo, para la promoción de la salud, el asesoramiento y las ligadas a la integración en la comunidad, el seguimiento y la continuidad de cuidados (siempre que tales intervenciones tengan cabida en los propósitos generales del *setting*). Por ello, considerar y analizar el medio habitual del colectivo que tratamos (familia, vecindario, comunidad, entre otros aspectos) y el papel de los agentes que ocupan un lugar relevante en el proceso terapéutico es un aspecto sumamente importante de la planificación.

Planificar es un ejercicio de optimización de los recursos para alcanzar los mejores resultados posibles al enfrentar las necesidades de la población atendida. En esta tarea es imprescindible ser realista, identificando el potencial y las limitaciones de los dispositivos y del propio departamento. Esto implica conocer los recursos humanos, materiales, temporales, económicos y de infraestructuras de que disponemos para realizar nuestra labor.

Es evidente que para que el terapeuta pueda llevar a cabo su trabajo necesita determinadas infraestructuras y recursos materiales, incluidos los económicos (verbigracia, presupuestos, salas, armarios, mesas o sillas) y humanos que hagan posible su labor. Dichos recursos serán diferentes según las necesidades del servicio, aunque en muchas ocasiones tendremos que adaptarnos a los ya existentes, del mismo modo que lo hacemos a la forma de trabajo en equipo que impere.

Respecto a las *infraestructuras*, debemos conocer cuáles son las estancias en las que se desarrollará nuestra intervención, su disponibilidad, si las usaremos compartidas con otros profesionales, sus medidas, etc. De esta forma podremos tomar decisiones apropiadas respecto al espacio y a todos aquellos elementos que resultan imprescindibles para el trabajo diario. El espacio con el que contamos es un determinante central para establecer el número de personas que compondrán los futuros grupos de intervención y las actividades y programas que se pueden realizar.

El potencial de nuestro departamento en lo que respecta a sus infraestructuras se

verá enormemente ampliado si tenemos en cuenta los recursos e instalaciones del vecindario o comunidad.

La distribución inicial de las salas, del material y el mobiliario variará con el tiempo y las necesidades cambiantes del departamento, por ello su diseño debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a lo cambios que haya que afrontar a medio y largo plazo (tabla 16.1).

Tabla 16.1 Análisis de infraestructuras y recursos materiales del departamento

Infraestructuras
<ul style="list-style-type: none"> • Número de estancias, salas y despachos • Disponibilidad de salas (uso exclusivo, compartido y común) • Ubicación de estancias y desplazamientos • Dimensiones y movilidad en el interior de las salas • Iluminación • Decoración • Accesibilidad • Acondicionamiento de la sala en relación con la actividad o programa realizado (zonas húmedas o fáciles de limpiar, silencio y privacidad, confort, etc.) • Mobiliario estático • Sistemas de almacenamiento. • Suministros: agua, luz, electricidad, teléfono, wi-fi o acceso a red • Medidas de seguridad (cierre de puertas, mobiliario con llave, sistemas de alarma, etc.) • Salas especiales (taller, gimnasio, piscina, etc.)
Equipamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliario dinámico (mesas, sillas, taburetes, etc.) • Equipos informáticos, de sonido, vídeo, etc. • Equipos especiales (cocina, habitaciones adaptadas, etc.). • Herramientas: variedad, especificidad, uso, conservación y almacenamiento • Mantenimiento y reparación
Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto económico • Características y diversidad de los materiales empleados o disponibles • Cauces para reposición

Pero no sólo debemos considerar las instalaciones de cara a la planificación, también los *recursos materiales y equipamientos* (así como su reposición, mantenimiento y reparación) sopesando la relación coste-beneficio de las actividades propuestas en los distintos programas. Dependiendo de las características del recurso y su titularidad, el administrador del departamento puede desarrollar labores asociadas con la gestión económica (elaboración de presupuestos o búsqueda de recursos) (14).

La gestión correcta de los recursos materiales es una necesidad que incide directamente en la calidad del servicio. El momento actual exige una administración eficaz de estos recursos, reduciendo costes innecesarios y optimizando la relación entre el coste y el beneficio obtenido en los programas y actividades planificadas. Para administrar de forma adecuada los recursos materiales en relación con los objetivos planificados, algunas directrices útiles son las siguientes:

- Planificar la adquisición de recursos y la provisión de servicios en función del presupuesto y de las prioridades de acción.
- Controlar y supervisar el gasto.
- Administrar los recursos materiales para adaptarse permanentemente a nuevas necesidades y expectativas.
- Informar de los resultados de la gestión de los recursos materiales a los órganos que corresponda.

En lo que se refiere a los *recursos humanos*, es imprescindible conocer el número de terapeutas ocupacionales que componen el departamento, su forma de participación (a tiempo completo o parcial), su formación, experiencia y especialización. También debemos conocer los agentes que colaboran con el departamento: auxiliares, voluntarios, estudiantes en prácticas y cualquier otro componente del equipo que esté implicado en su buen funcionamiento y/o en el aumento de su potencial para la intervención. Profundizaremos más en estos temas cuando revisemos las funciones vinculadas con la dirección del departamento.

Establecidos los objetivos generales del departamento de terapia ocupacional y seleccionados los programas y espacios terapéuticos para alcanzar tales objetivos, debemos plasmarlos en un *planning* que asegure la ordenación temporal de la provisión del servicio.

La elaboración de esta planilla permite evidenciar la distribución a lo largo del día, de la semana o del mes de los espacios terapéuticos, actividades o programas. Para elaborarla debemos tener en cuenta:

- La *prioridad* de cada programa, de acuerdo con las necesidades de la población.
- La *duración y frecuencia* de las actividades o espacios terapéuticos, de acuerdo con las características psicopatológicas de los participantes, los objetivos perseguidos y

los pormenores del desarrollo de cada programa (fases, secuencia, revisión de logros).

- La *intensidad*, repartiendo equilibradamente espacios terapéuticos en los que los individuos tengan mayor implicación con otros que requieran menos compromiso o sean más relajados.
- El establecimiento de *periodos de descanso*, para los desplazamientos o preparación de las actividades, entre otros.
- La *ubicación* dentro del horario que cubra el departamento: así, dependiendo de las características del encuadre consideraremos los períodos de desayuno, comidas o cenas, la presencia de actividades de sostén o la adecuación del programa al momento del día (p. ej., entrenar la realización de las actividades básicas de la vida diaria [ABVD] en el tiempo propicio de la jornada).

También debemos pensar la provisión del servicio en lapsos de tiempo más amplios (trimestrales, semestrales o anuales), teniendo en cuenta períodos vacacionales, festividades o posibles fluctuaciones de la población atendida.

El análisis de estos parámetros nos permite distribuir los distintos espacios terapéuticos y programas que dan forma al servicio ofertado por el departamento de terapia ocupacional.

Nuestra planificación no sería completa (incluso podría perder su utilidad) si no somos capaces de transmitirla adecuadamente. Por tanto, debemos establecer estrategias para comunicar de forma clara y precisa al resto del equipo, a los pacientes y a sus familias nuestros objetivos y cómo éstos se engranan con los programas de intervención programados (también con los métodos, los medios y las modalidades seleccionados). En la medida en que seamos capaces de transmitir de forma adecuada nuestra labor cotidiana aumentaremos de manera importante el apoyo que recibirá por parte del resto del equipo. Para ello es importante que sea compatible o complementaria con la labor realizada por los demás profesionales de la institución.

Para favorecer este propósito en muchas ocasiones resulta muy útil elaborar una *memoria de actividades* del departamento en la que se incluyan las características básicas de los diferentes programas, actividades o espacios terapéuticos diseñados y su organización temporal (tabla 16.2). Esta memoria formará parte de la documentación del departamento y dispositivo, de forma que sea accesible a cualquier agente implicado en la provisión eficaz del servicio.

Tabla 16.2 Formato para la elaboración de la memoria de actividades del departamento de terapia ocupacional

Memoria de actividad, programa o espacio terapéutico
1. Nombre de la actividad, programa o espacio terapéutico

Nombrar de forma sencilla la actividad, programa o espacio en relación con su objetivo prioritario. Por ejemplo:

GRUPO DE ENTRENAMIENTO DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

2. Breve descripción:

En este apartado se describen de manera genérica sus contenidos: tareas realizadas, número de participantes, personal necesario, horario en *planning*, materiales, equipamiento, preparación, etc. Puede incluirse un presupuesto

3. Objetivos:

En este apartado se describen los objetivos que deben alcanzarse a corto, medio y largo plazo, así como las tareas realizadas para lograrlos. También se pueden incluir indicadores de su cumplimiento

4. Método y desarrollo temporal:

Estableciendo métodos, modalidades y medios empleados, duración y frecuencia temporal prevista, fases de intervención y tareas que deben realizarse.

5. Indicaciones:

En este apartado se describen las características típicas de los participantes en la actividad o programa

6. Precauciones y contraindicaciones:

Describiendo cualquier precaución, condición o contraindicación que permita seleccionar a los participantes

En resumen, el proceso de planificación nos permite determinar cuáles son los objetivos que deben alcanzarse en el departamento de terapia ocupacional en relación con las necesidades de la población atendida. Estos objetivos, agrupados en torno a abordajes (modificación del desempeño, prevención, asesoramiento, entre otros), nos permitirán determinar los tipos, las modalidades y los medios de intervención que se concretarán en programas, actividades y espacios terapéuticos, ajustados a los recursos materiales y humanos disponibles, implementados para lograr tales objetivos (figura 16.2).

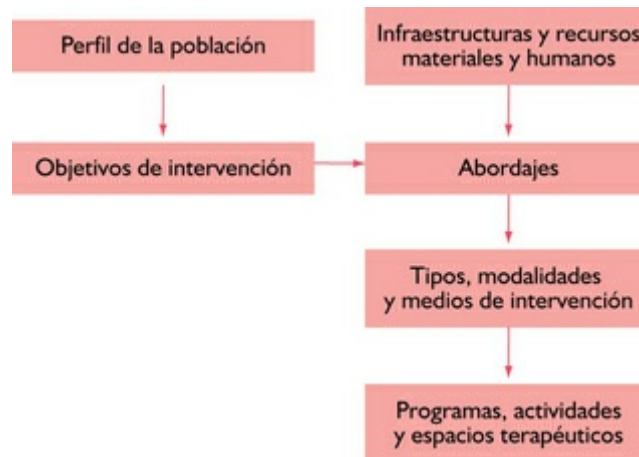


Fig. 16.2 Proceso de planificación del departamento de terapia ocupacional.

Finalmente, planificar también implica acciones ligadas a la *ordenación temporal* del quehacer de cada terapeuta ocupacional que trabaja en un departamento. Por tanto, tenemos que establecer *cómo* se distribuye en tiempo de trabajo durante nuestro horario laboral y *cuánto* tiempo dedicamos a cada una de las diferentes funciones que desempeñamos. Genéricamente, el tiempo de que dispone un terapeuta se reparte en diversas actuaciones:

- Evaluación y apoyo al diagnóstico.
- Planificación y revisión de planes de intervención individual y grupal.
- Realización de las intervenciones, ya sean grupales y/o individuales.
- Valoración de resultados.
- Labores administrativas asociadas con la realización de registros, elaboración y lectura de informes, etc.
- Reuniones de equipo, con familiares, allegados, etc.
- Labores de gestión y preparación de actividades, del programa general del departamento y de coordinación con otras instituciones: realización de compras, mantenimiento de equipos, limpieza, inventario, desplazamientos o comunicaciones.
- Investigación, docencia y supervisión.

En este afán debemos tener en cuenta que la *agenda personal* del terapeuta ocupacional se ensarta en el *planning* general del departamento y del dispositivo. Dicho de otra forma, numerosas actividades y compromisos de cada terapeuta ya están fijados en el plan general de programas y espacios terapéuticos del departamento (intervenciones grupales e individuales, evaluación) y articulados con el funcionamiento general de la institución (reuniones, tiempo de comidas, descanso), con horarios fijados de común acuerdo.

No obstante, es un error asumir que las tareas que no tienen fijada un hora concreta se hacen solas o no requieren tiempo para llevarse a cabo (p. ej., llamadas telefónicas, preparación de las actividades, tareas de coordinación). Este error puede repercutir en que se dejen de hacer, lo que va en detrimento del funcionamiento del departamento. No podemos olvidar que estas tareas requieren segmentos temporales, que, aunque son más flexibles, siguen siendo imprescindibles para realizar de manera eficaz nuestro trabajo; por tanto, no podemos dejar de planificarlas.

Una herramienta útil para mejorar la eficacia en la planificación del horario y actividades laborales del terapeuta es la elaboración de una *agenda personal*, con distinta periodicidad (diaria, semanal, mensual).

Dirección

Dirigir es aquella actividad que capacita al administrador o gestor del departamento para sacar el mayor provecho de los profesionales que trabajan con él. Implica guiar y liderar a los miembros a su cargo para conseguir un ejercicio profesional que se dirija a la consecución de las metas del departamento y de la institución. Normalmente, la dirección del departamento la ocupa uno de los miembros del equipo de terapeutas ocupacionales, aquel con mayor experiencia y destreza para realizar tal labor, que se caracterice por su pericia para prevenir y resolver posibles conflictos que puedan surgir en el trabajo diario. Para ello es necesario conocer a los miembros del equipo y la dinámica de trabajo, así como sus respuestas ante determinadas situaciones.

Sin pretender ser exhaustivos, ya que las peculiaridades entre departamentos son múltiples, la persona encargada de dirigirlos realiza, entre otras, las siguientes funciones:

- Implementar los objetivos del departamento, asignando tareas y funciones a los componentes del equipo de terapia ocupacional.
- Programar, elaborar y coordinar el *planning* laboral, de reuniones de equipo y otras actividades.
- Determinar los programas de intervención y los horarios de los participantes en los programas del departamento. Frecuentemente esta tarea se hace de manera conjunta con psiquiatras u otros componentes del equipo.
- Establecer procedimientos, protocolos y cronogramas de actuación que guíen y orienten al equipo y permitan alcanzar resultados uniformes.
- Coordinación entre el departamento con otros servicios y/o instituciones que tienen competencia en aspectos que afecten al desempeño ocupacional, personal y social de los pacientes.
- Asesorar, entrenar o acoger al personal del departamento para obtener resultados laborales óptimos.
- Aportar *feedback* a los terapeutas ocupacionales sobre su labor profesional actual y su evolución a lo largo del tiempo.
- Implicar al personal en la negociación de las líneas de acción y los objetivos del departamento.
- Alentar para el logro de objetivos específicos dentro de plazos propuestos.
- Colaborar con la universidad de procedencia en la preparación de los programas de prácticas clínicas de los estudiantes.

El terapeuta ocupacional que dirige el departamento debe tener destrezas para el

uso de las tecnologías de la información y de la comunicación y para realizar presupuestos adecuados teniendo en cuenta la institución en la que se encuentra (15).

Otra tarea importante es conseguir una buena comunicación entre todos los miembros del equipo. Para ello es fundamental programar reuniones periódicas y establecer herramientas de comunicación (p. ej., cuadernos de registro o diarios), que permitan un intercambio ágil de información sobre la situación clínica de la población tratada. La elaboración de informes facilita la comunicación entre los diferentes miembros del equipo.

Para la asignación de funciones y tareas a los componentes del equipo de terapeutas ocupacionales, una de las funciones más importante del director o directora, se debe determinar el montante de trabajo global al que se enfrenta el departamento, teniendo en cuenta a todos los terapeutas ocupacionales que trabajan en él, su formación, su experiencia y sus destrezas específicas, a la hora de distribuir su trabajo entre las diversas actividades que se van a llevar a cabo. Esta asignación se enmarca en períodos semanales, mensuales y anuales o, incluso, en períodos más cortos, diarios o por turnos, según las características del recurso o dispositivo de atención. La filosofía organizativa y el tipo de modelo adoptado, junto con la formación y experiencia de los terapeutas ocupacionales, condiciona el tipo de actividades que cada uno realiza.

Como criterio general, la persona que dirige debe asegurar que las actuaciones del equipo que forma el departamento de terapia ocupacional se centran en la consecución de objetivos comunes y concretos, dirigidos a potenciar y/o recuperar el desempeño y la participación ocupacional de la población atendida en la institución. Una forma, entre otras, de lograr este propósito genérico es establecer y explicitar *políticas* y *procedimientos* (16, 17) que orienten al equipo respecto a su trabajo diario⁶. Las políticas nos permiten determinar claramente valores congruentes con los objetivos de la institución, que circunscriben y delimitan el quehacer profesional de todos los profesionales que trabajan en ella. Los procedimientos y protocolos permiten perfilar actuaciones específicas para implementar las políticas establecidas.

Entre los terapeutas ocupacionales estadounidenses o británicos la elaboración de protocolos y procedimientos es una práctica común. Sin embargo, en España es mucho menos habitual. Por lo general estamos poco acostumbrados a revisar la efectividad de nuestro trabajo y, además, el marco cultural en el que se inscribe la asistencia sanitaria en España es muy distinto al de los países del ámbito anglosajón⁷. Su principal ventaja es apoyar la consolidación social de nuestra profesión. Con ellos documentamos nuestro quehacer profesional, mostramos la calidad de nuestro servicio y clarificamos nuestro marco de competencias dentro del equipo. Asimismo, nos permiten también vincular la práctica con los principios teóricos que la sustentan, en la medida en que gracias a ellos podemos generar evidencia científica y estándares de calidad sobre la eficacia de nuestra labor. Por estos motivos creemos que a pesar de su escaso uso en nuestro entorno inmediato merece la pena desarrollar con cierto

detenimiento sus características.

Un *protocolo* (16–18) es una secuencia ordenada de procedimientos aplicables en la práctica clínica, que regula las acciones y la actitud terapéutica más adecuada ante un problema de salud⁸. Su elaboración se basa en una revisión de la literatura sobre aquellas experiencias clínicas previas con mayor consenso en la comunidad científica, que nos permita identificar y describir las acciones realizadas durante la intervención, su desarrollo metodológico y sus resultados. Los protocolos de actuación se revisan periódicamente, para introducir modificaciones o variaciones que optimicen su eficacia. En general, en la producción de protocolos intervienen varias disciplinas para el abordaje transdisciplinario en la atención a los problemas de salud.

Por su parte, los *procedimientos* (17) son el conjunto de instrucciones escritas que describen etapas consensuadas y recomendadas para realizar un acto o una serie de actos terapéuticos. Se elaboran para concretar los pasos adecuados a dar en situaciones clínicas específicas y/o durante la realización de programas de intervención determinados. En terapia ocupacional los dos procedimientos más conocidos y con mayor grado de consenso son los de evaluación y planificación de la intervención. Para orientar al lector respecto a la confección de procedimientos, en la [tabla 16.3](#) describimos los ítems básicos a contemplar para elaborarlos.

Tabla 16.3 Guión para la elaboración de procedimientos

Nombre del procedimiento				
Código	Fecha de realización	Aprobado	Edición	Fecha de próxima revisión
Autores				
Unidades que intervienen en la elaboración				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición: entre otros datos describiremos el proceso, su pertinencia, fases y destinatarios. 2. Objetivos del procedimiento: descripción del/los resultado/os esperado/os con la aplicación de este procedimiento. 3. Personal que interviene: descripción de los profesionales implicados, incluido el propio terapeuta ocupacional. En los casos en que participen otros profesionales es necesario referir cuáles son y sus responsabilidades. 4. Espacios, materiales y recursos necesarios: se deben describir de forma clara y concisa cada uno de estos ítems. En algunos casos es muy útil que el material necesario incluya un código de petición para su solicitud. 5. Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> – Actividades de evaluación: indicadores que deben observarse, previamente a la ejecución del procedimiento, que son necesarias para garantizar la identificación y estado general del usuario, la adecuación del mismo o la disponibilidad de los recursos. – Actividades de formación y/o información: descripción de aquellas acciones necesarias para informar u obtener el consentimiento de la persona y/o su colaboración. – Actividades de intervención: se describirán secuencialmente, siguiendo una lógica temporal, las distintas actividades que deben realizarse para el desarrollo del procedimiento. – Actividades de valoración de resultados: se definen los indicadores que permiten valorar el grado de implantación del procedimiento y el cumplimiento de los profesionales. 6. Anexos. 7. Bibliografía: referencias bibliográficas consultadas, según las normas de Vancouver, de manera que se especifique si se derivan de la experiencia disponible o del consenso en la literatura científica. 				
Tomado de Abelló, Barba, Delgado, Humet, Suñol, et al. 1994.				

Por último, el *cronograma* (18) asociado con cada procedimiento ordena de manera temporal las acciones a lo largo del proceso de intervención. Básicamente es un esquema que organiza en el tiempo el conjunto de actuaciones programadas a lo largo del proceso de la intervención⁹.

En resumen, cada protocolo incorpora un conjunto de procedimientos que, a su vez, se estructuran e implementan siguiendo un cronograma. Aunque normalmente no todas las actuaciones están protocolizadas, es recomendable que la mayoría lo estén, para de esta forma asegurarnos de que todos los terapeutas del departamento actúan siguiendo criterios comunes y uniformes (16–18).

Todos los protocolos y procedimientos, con sus respectivos cronogramas, se aglutinan en un documento (en distintos soportes: papel, disco de ordenador, magnético o electrónico) en que se recogen las reglas y directrices que organizan la labor profesional de los terapeutas del departamento. Este documento pasará a formar

parte de la *memoria de las actividades* realizadas, lo que permite comunicar el trabajo desarrollado por el equipo de terapeutas.

Control y mejora de la calidad

Las labores de *control y mejora de la calidad* de las que se responsabiliza el administrador del departamento de terapia ocupacional se centran principalmente en *establecer y monitorizar estándares* específicos respecto al ejercicio profesional de los terapeutas ocupacionales, así como en desarrollar, actualizar y revisar protocolos de actuación.

Para lograrlo debe obtener datos, evaluarlos y, basándose en las conclusiones obtenidas, impulsar cambios que aseguren resultados óptimos entre los profesionales y que mejoren la calidad del servicio ofertado.

La recopilación de datos se realiza estableciendo indicadores que reflejen las intervenciones realizadas por los terapeutas ocupacionales del departamento; entre otras: número de evaluaciones, revaluaciones, valoraciones de resultados, sesiones grupales o individuales o entrevistas. Los datos recogidos, procesados de forma estadística, nos permitirán describir, clasificar, localizar y resumir nuestro trabajo a lo largo de distintos períodos temporales (semana, mes o año).

La finalidad última de estas tareas es analizar y evaluar qué se hace en el departamento, su proceso de realización y los resultados obtenidos, de tal forma que podamos tomar decisiones para la mejora de la eficacia y calidad de nuestro servicio.

Habitualmente las labores de control están vinculadas a políticas institucionales de control y mejora de la calidad de los servicios de salud, en las que participan tanto el departamento de terapia ocupacional como el resto de departamentos integrados en cada recurso.

Hoy por hoy en España estas acciones están poco enraizadas en la cultura de los profesionales de la salud, poco habituados a valorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los programas que desarrollan¹⁰.

Particularidades de la gestión del departamento de terapia ocupacional en dispositivos de atención a la salud mental

Como adelantábamos en la «Introducción» a este capítulo, los detalles asociados con la administración del departamento de terapia ocupacional en los principales recursos de atención a la población con enfermedad mental son muy numerosos. En este apartado sólo recordaremos algunas características singulares de dichos dispositivos que influyen notablemente en la organización y en la planificación del departamento.

La gestión del departamento de terapia ocupacional inscrito en *recursos especializados* (v. capítulo 9) requiere acciones específicas de diversa índole dependiendo del dispositivo concreto administrado. Así, cuando nuestro quehacer profesional se desarrolla en encuadres comunitarios, como es el caso de los centros de salud mental, debemos considerar que los programas de intervención diseñados pueden implementarse en el propio centro en el que se ubica el departamento, pero también en la comunidad y en otras instituciones del área sanitaria de referencia. Esta circunstancia implica que su organización y su planificación deben ajustarse a las diversas líneas de actuación –tanto en la propia institución como fuera de ella–, en programas de atención directa, pero también de prevención de la enfermedad y promoción de la salud para la población general, domiciliarios o de seguimiento y continuidad de cuidados. Además, la necesaria coordinación con otros agentes e instituciones que colaboran con los centros de salud mental supone un considerable aumento del tiempo dedicado a reuniones y comunicaciones, visitas domiciliarias, preparación de actividades, coordinación con otras instituciones, desplazamientos, entre otros, tiempo que debe planificarse en la agenda personal del terapeuta.

Como ya expusimos en capítulos anteriores, las *unidades de hospitalización breve* (UHB) son dispositivos que se encargan del ingreso, cuidado temporal y tratamiento de pacientes que presentan problemas clínicos agudos. En estas unidades se persigue que la persona compense los síntomas clínicos y, de este modo, pueda volver a su vida normal en el menor tiempo posible. Cada vez está siendo más reconocida la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en las UHB, puesto que cumple un papel fundamental para ayudar a reducir el impacto de los factores potencialmente estresantes asociados con la hospitalización y con la situación de crisis en la que ingresan los pacientes.

En las UHB en numerosas ocasiones hay grandes problemas de espacio, lo que dificulta la creación de un departamento de terapia ocupacional con los requisitos mínimos exigibles. El terapeuta tiene que adaptarse a los espacios existentes, que distan mucho de ser cálidos y acogedores e, incluso, en ocasiones, pueden ser muy

agobiantes si no se dispone de lugares abiertos.

Asimismo, el estado psicopatológico del individuo en el momento del ingreso puede comprometer el trabajo de los terapeutas, puesto que suele verse rodeado de otros individuos en crisis, sin un rol específico y claro, lo que puede dificultar de manera importante la contención de los síntomas. En estas circunstancias es prioritario crear espacios confortables que minimicen los factores estresantes del medio, en los que el sujeto pueda sentirse cómodo y seguro, para promover su participación activa en el inicio de su recuperación. Proponemos que la intervención del terapeuta ocupacional se realice en los espacios disponibles de la UHB, desterrando la idea de una sala de terapia ocupacional separada. De esta forma, se ajusta la intervención al discurrir cotidiano del tiempo en los lugares comunes que habita el sujeto hasta que es dado el alta.

Además, la breve duración del ingreso, la necesidad de instaurar medidas de seguridad, la falta de privacidad y la preeminencia del tratamiento psicofarmacológico (v. apartado «Unidades de hospitalización breve» en el [capítulo 9](#)) condicionan el tipo de programas que podemos planificar.

Los *hospitales de día* (HDD) son recursos enmarcados dentro de programas de hospitalización parcial. El establecimiento de los objetivos del departamento de terapia ocupacional se articula prioritariamente considerando el entorno de la persona atendida, evaluando e interviniendo en el ambiente natural en que tiene lugar el desempeño ocupacional del individuo, su integración comunitaria y su comportamiento. Por tanto, es fundamental orientar los programas de terapia ocupacional para favorecer el desempeño de roles satisfactorios en los ámbitos social, laboral y personal que aseguren la permanencia del sujeto en su comunidad de pertenencia. Nuestra experiencia como terapeutas ocupacionales de HDD nos ha permitido constatar que, en ocasiones, la planificación de programas y espacios terapéuticos debe tener en consideración la coexistencia de diferentes perfiles en la población abordada, lo que hace necesario elaborar programas de intervención diferenciados para cada perfil (v. apartado «Terapia ocupacional en hospital de día» en el [capítulo 9](#)).

Por lo demás, en estos dispositivos es necesario que el sujeto disponga un apoyo social o familiar mínimo, que asegure su participación en el programa, y deben dotarse de las infraestructuras y recursos materiales y humanos necesarios que permitan una intervención integral que aborde todas las áreas ocupacionales, además de proveer de cuidados médicos intensivos.

En los departamentos de terapia ocupacional de *unidades de larga estancia y residenciales* es importante incorporar en la planificación acciones que mejoren el contexto institucional de las instituciones, puesto que éste es uno de los elementos con mayor potencial de cambio para mejorar la calidad de vida de los residentes, eliminando aspectos iatrogénicos y promoviendo la autonomía.

En lo que respecta a los departamentos insertos en *recursos sociocomunitarios* (v. [capítulo 10](#)), en particular en los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), el departamento de terapia ocupacional debe poner en funcionamiento un conjunto de programas de rehabilitación con el fin de promover y minimizar las disfunciones producidas por la enfermedad, tratando de mantener, mejorar y recuperar las capacidades funcionales necesarias para conseguir el máximo nivel de autonomía para integrarse en un entorno comunitario.

La provisión del servicio de terapia ocupacional se optimiza si disponemos de salas específicas para el entrenamiento de las actividades de la vida diaria (AVD) (cocina, baño, habitación), que posibiliten un entorno adecuado para entrenar aquellas habilidades necesarias para el desarrollo de las actividades cotidianas que aseguren la vida en comunidad de los individuos con los que trabajamos.

En aquellos casos en los que los CRPS tengan asignadas funciones para la integración o rehabilitación laboral es imprescindible contar con talleres adaptados a diferentes exigencias, con el fin de abordar las habilidades necesarias para conseguir y/o mantener un empleo (puntualidad, horarios, responsabilidad, aceptación de normas y críticas, etc.).

Conclusiones

- Gracias a la lectura de este capítulo se identifican los elementos y procesos que nos permiten responder a la pregunta de cómo se diseña, organiza, planifica y dirige un departamento de terapia ocupacional y cuáles son las tareas principales que desempeñamos los terapeutas para encarar esta labor.
- Conocer la importancia de las acciones encaminadas a la creación y administración de departamentos de terapia ocupacional, así como las diferencias de los departamentos en el ámbito de la salud mental con los de otros ámbitos de nuestro dominio profesional, es determinante para optimizar nuestro quehacer profesional y evitar la frustración del profesional.
- Para conseguir un buen funcionamiento del departamento es fundamental tener en cuenta todos los aspectos y procedimientos que se contemplan en el capítulo y que el terapeuta ocupacional encargado de su gestión posea los conocimientos y destrezas necesarias para realizar esta labor.

Bibliografía

Mosey A.C. *Psychosocial Components of Occupational Therapy*, 1.^a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1986.

Early M.B. *Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant*, 1.^a ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2009.

Polonio B. *Terapia ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos*, 1.^a ed. Madrid: Panamericana; 2002.

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*, 1.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1990.

Villard and Spackman. *Terapia ocupacional*, 11.^a ed. Madrid: Panamericana; 2009. 915-28

Bravement B. Management of Occupational Therapy Services. In: Crepeau E., Cohn E.S., Schell B.A. *Willard and Spackman: Terapia ocupacional*. 11.^a ed. Madrid: Panamericana; 2009:915–928.

Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*, 22.^a ed. Madrid: Espasa Calpe; 2000.

Jopkins H.L., Smith H.D. Willards and Spackman. *Terapia Ocupacional*. 8.^a ed. Madrid:Panamericana; 1998.

Merinchief J.M. Documentación y administración de los servicios de Terapia

Ocupacional, Crepeau E., Cohn E.S., Schell B.A. Willard and Spackman: Terapia ocupacional, 10.^a ed, Madrid: Panamericana, 2005.

Durante P., Noya B. *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 1998.

Durante P., Noya B., Moruno P. *Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2000.

Gómez Tolón J., Salvanes Pérez R. *Terapia Ocupacional en Psiquiatría*. Madrid: Mira Editores; 2003.

Barr L. Management. In: Creek J., ed. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008:159–170.

Braveman B. *Leading & managing occupational therapy services: an evidence-based approach*, 1.^a ed. Philadelphia: FA Davis; 2006.

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*, 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Olmedo Lucerón M.C., Sanchidrián de Blas C., Plá Mestre R., Puente González M.D., Rodríguez Pérez P. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2010;(5):268–274.

Abelló C., Barba R., Delgado R., Humet C., Suñol R., et al. *Protocolos. Rev Calidad Asistencial.* 1994:49–50.

Grifell E., Carbonell J.M., Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. In *Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica*. Barcelona: CHC Consultoría; 2002.

Autoevaluación capítulo 16

1. ¿Cree que el departamento de terapia ocupacional debe estar representado en los diferentes recursos como un espacio físico?
 - a. Sí, es necesario que los terapeutas trabajen con un lugar físico como referencia de su trabajo y como soporte institucional.
 - b. Es como se ha trabajado en nuestra disciplina a lo largo de nuestra historia.
 - c. No, ni siquiera es deseable, debido a que ciertos recursos asistenciales, referidos principalmente al ámbito de la salud mental, no están enmarcados por el espacio y las infraestructuras, ya que su objetivo primordial es su desarrollo en la comunidad.
 - d. a y b son correctas.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *c*. Diversos autores han reflejado en sus estudios que el trabajo rehabilitador que es realmente eficaz es aquel que se lleva a cabo en ambientes normalizados y no en ambientes ficticios.

2. ¿El terapeuta ocupacional debe actuar como administrador y gestor en los departamentos?
 - a. No, esas funciones deben ser desarrolladas por profesionales del terreno administrativo.
 - b. Podemos hacer algún curso que nos capacite para esta labor.
 - c. Sí, forma parte de nuestro desarrollo profesional. Estas actuaciones incluyen el diseño, la planificación, la dirección y el control de nuestro departamento.
 - d. Depende del carácter del terapeuta y de lo que desee involucrarse.
 - e. b y d son correctas.

Correcta: *c*. Son actuaciones imprescindibles para el buen funcionamiento del servicio de terapia ocupacional en relación con los recursos disponibles.

3. ¿Cuál es el concepto de departamento?
 - a. Lugar físico con unas características determinadas dependiendo la patología que debe tratarse.
 - b. El concepto de departamento es muy amplio, debe abarcar los recursos de una institución y los de la comunidad.
 - c. Espacio que se debe encontrar dentro de un centro hospitalario, sea público o privado.
 - d. a y c son correctas.
 - e. Cada terapeuta, según su formación, puede tener un concepto diferente.

Correcta: *b*. El departamento debe articular el trabajo del terapeuta en torno a los intereses, valores y expectativas del paciente, que es el principal protagonista, y su desarrollo será más eficaz si lo vinculamos a un ambiente normalizador.

4. ¿De qué manera evitaremos planificar programas de intervención rígidos?
- Siendo creativos y repitiendo programas de intervención exitosos.
 - Lo evitaremos planificando intervenciones amplias en las que se tengan en cuenta las necesidades, los intereses y las posibilidades de una manera individualizada.
 - Una buena planificación articula la evaluación y la intervención que abarcan las limitaciones en las áreas de ocupación.
 - b y c son correctas.
 - Todas son correctas.

Correcta: *d*. Los planes individualizados de rehabilitación buscan una intervención ajustada a las necesidades de cada individuo y para ello es necesario que exista una correcta planificación en la que haya una evaluación y una intervención. El proceso de planificación nos permite establecer los objetivos.

5. ¿Es necesaria la elaboración de protocolos y procedimientos para nuestro desarrollo profesional?
- No, cada terapeuta establece la forma y la manera, según su formación, en la que quiere que se desarrolle su trabajo.
 - Sí, no hay otra forma lógica de trabajar.
 - Sería lo deseable y de esta forma se consolidaría nuestra profesión.
 - Es la forma de regular las acciones y actitud más adecuada ante diferentes situaciones.
 - c y d son correctas.

Correcta: *e*. Utilizar protocolos y procedimientos es una forma de revisar la efectividad de nuestro trabajo y marcar nuestras competencias dentro del equipo interdisciplinario. Además, el resto de las profesiones de nuestro ámbito trabajan de esta manera.

¹ Es frecuente que encontremos en la literatura –por sólo citar algunas referencias: Mosey (1986); Early (2002); Polonio (2002); Creek (2005) y Willard y Spackman (2009)–, la utilización de términos distintos para referirse a los conceptos relacionados con la administración de un departamento. A esta dificultad se añade la de traducir términos con contenidos semánticos diferentes en inglés, pero con significados sinónimos, cuando no idénticos, en castellano. Esta situación puede generar confusión. Por este motivo, en este capítulo hemos optado por definir y acotar los conceptos y términos que emplearemos, tratando de evitarla.

² Nos gustaría aclarar, para no dar lugar a equívocos, que Bravement aplica el término «administración» para referirse a aquellas actuaciones que aseguren el funcionamiento general de una organización. No obstante, nosotros en este texto utilizaremos los términos «administración» y «gestión» como sinónimos para hacer referencia únicamente a la labor que se circunscribe a las unidades o departamentos de terapia ocupacional, no a la globalidad del servicio, recurso o

dispositivo.

- ³ No obstante, debemos advertir que raramente son cometidos habituales para la mayoría de los gestores y administradores de departamentos de terapia ocupacional. Por este motivo, nos centraremos exclusivamente en la organización interna del personal del propio departamento.
- ⁴ Todo ello sin perder de vista que la gestión del departamento es responsabilidad del terapeuta ocupacional y no está en manos de otros que, en ocasiones, lejos de sugerir, necesitan imponer sus criterios, generando confusión respecto a las responsabilidades de cada uno.
- ⁵ Para recabar esta información pueden consultarse diversos informes estadísticos publicados por órganos locales, regionales o nacionales, apoyarse en los datos y registros de la propia institución o utilizar herramientas de evaluación.
- ⁶ El responsable del control y mejora de la calidad de la institución es el responsable de asignar códigos a los procedimientos y de velar para que sean aprobados y puedan coordinarse en el seno de grupos de trabajo.
- ⁷ En los que los profesionales de la salud, entre ellos los terapeutas ocupacionales, están acostumbrados a facturar directamente sus servicios a usuarios o aseguradoras y, en consecuencia, suelen estar sujetos a inspecciones y auditorías frecuentes.
- ⁸ Pueden emplearse para intervenciones de promoción de la salud, prevención de condiciones de discapacidad, restauración, modificación y adaptación del desempeño de la persona, población o comunidad en la que desarrollemos nuestra labor profesional.
- ⁹ Esta organización temporal se articula principalmente en torno a dos ejes: la duración global de la intervención y el tiempo que previsiblemente el profesional dedicará a su desarrollo. Puede ser de utilidad para comunicar aspectos relacionados con tiempos y plazos, para planificar recursos, como herramienta para el seguimiento o para el cálculo de costes económicos.
- ¹⁰ Para revisar los pormenores del proceso de valoración de resultados y programas de intervención, véase el [capítulo 6](#).

Tecnologías de la información y de las comunicaciones en salud mental

B. Groba González, N. Canosa Domínguez, L. Nieto Riveiro

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC): impacto en la comunidad

Estudios y experiencias sobre el efecto de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en salud mental

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones como herramientas de intervención en salud mental

Herramientas cotidianas

Herramientas específicas

Herramientas de apoyo a los profesionales de ciencias de la salud

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Analizar la evidencia científica en relación con el uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones por parte de personas con trastornos de salud mental.
- Estudiar herramientas tecnológicas cotidianas y específicas con aplicación en salud mental.
- Realizar una aproximación a los instrumentos tecnológicos de apoyo a los profesionales del ámbito de las ciencias de la salud.
- Determinar, en función de la evidencia científica, si las herramientas tecnológicas

suponen un beneficio para la intervención en salud mental.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia» (1).

Así, la salud mental, como parte integrante de esta definición, es «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». En este sentido, es posible afirmar que la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad (1).

Según el Informe de la OMS «Promoción de la Salud Mental», las cualidades en el concepto de salud mental pueden ser universales. No obstante, su expresión difiere según el individuo, la cultura y según su relación con diferentes contextos. Es por ello que la promoción de la salud mental incide en la importancia de adoptar medidas multisectoriales, y reclama la paz, la justicia social, condiciones de vivienda aceptables, educación y empleo (1).

El principal fin es promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y en la vejez.

En esta línea, la terapia ocupacional pretende que la persona con una enfermedad o un trastorno mental participe en aquellas ocupaciones en las que quiera comprometerse para promover la salud y su participación en el domicilio, la escuela, el centro de trabajo y la vida de la comunidad (2).

En el año 2003, Townsend aplicó el concepto de justicia social a la terapia ocupacional (2). Surge así la expresión «justicia ocupacional» para describir el compromiso de la profesión con la ética, la moral y los factores cívicos, abogando por la inclusión y no discriminación de la persona en los distintos contextos en los que se encuentra inmersa.

Así, el foco de la terapia ocupacional con el compromiso con las ocupaciones y la justicia ocupacional complementa la perspectiva de salud de la OMS (2).

Por todo, se considera a las personas con problemas de salud mental como un sector vulnerable de la sociedad, y se precisa de un marco que evite la estigmatización y que empodere a los individuos y a las comunidades, desde normativas y obligaciones legales.

Los derechos humanos son una herramienta útil para garantizar la libertad e igualdad, en dignidad y derechos, de todas las personas, y en todos los ámbitos de su vida.

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones abren nuevas oportunidades y retos para el ejercicio de la ciudadanía, potenciando el avance hacia la cohesión social y de la igualdad.

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones: impacto en la comunidad

Las TIC se encuentran cada día más presentes en nuestra sociedad, promoviendo incluso la evolución de ésta hacia la denominada sociedad de la información, un nuevo escenario social caracterizado por la posibilidad de «obtener y compartir cualquier información, instantáneamente, desde cualquier lugar y en la forma en que se prefiera» (3).

Como se refleja en numerosos informes y estudios realizados en España en los últimos años, la sociedad de la información y los elementos que la componen han experimentando un grado elevado de desarrollo y crecimiento. Esto «ha llevado a impactar ya notablemente en muchos ámbitos y sectores» (4).

Las TIC ofrecen a los ciudadanos nuevas posibilidades y oportunidades, y favorecen su participación en las actividades de la vida diaria, en la educación, en el trabajo, en el ocio o en la vida social.

De esta forma, proporcionan un nuevo abanico de posibilidades para formarse y aprender; para acceder y manejar el conocimiento; para desarrollar actividades de ocio o de entretenimiento; para comunicarse y establecer relaciones y vínculos sociales; entre otros (4). Es decir, permiten mejorar o incrementar la capacidad para estar en contacto con la sociedad y el entorno que nos rodea, rompiendo las barreras y las distancias físicas y temporales.

Por tanto, las nuevas tecnologías pueden constituir un medio a través del cual las personas encuentren nuevas oportunidades de interacción y de contacto con la realidad. Pueden mejorar su independencia y autonomía en las diferentes áreas de desempeño ocupacional, incrementar su nivel de participación en actividades significativas dentro de su entorno y favorecer su crecimiento y desarrollo personal. En definitiva, permiten a los seres humanos responder a sus necesidades vitales y cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia.

El acceso y la utilización de las TIC es, además, un derecho de todos los seres humanos, como se refleja en diferentes artículos de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Ésta es proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948; nace con el fin de reconocer y promover la aplicación y el respeto de una serie de derechos iguales e intrínsecos para todos los seres humanos, «sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición» (Artículo 1).

Entre estos derechos se encuentra el «derecho a la libertad de opinión y

expresión», que incluye «poder investigar y recibir informaciones y opiniones» y «difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión» (Artículo 19), o «el derecho al trabajo» (Artículo 23), «al descanso, al disfrute del tiempo libre» (Artículo 24), «a la educación» (Artículo 26) y «a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad» (Artículo 27).

En definitiva, la sociedad de la información debe ser accesible y utilizable por todos los ciudadanos, para lo que resulta imprescindible desarrollar normativas y legislaciones en este sentido, con el fin de que todo ser humano pueda ejercer libremente y de forma autónoma sus derechos.

A nivel internacional, cabe destacar la *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad*, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante, ONU) el 13 de diciembre de 2006 (en especial, el Artículo 9 en sus puntos 2.g y 2.h), y las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, aprobadas por la Asamblea General de la ONU el 20 de diciembre de 1993 (en concreto, la Norma 5).

En cuanto a la legislación española en relación con la accesibilidad a la sociedad de la información, cabe señalar:

- El Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y los medios de comunicación social.
- La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal a las Personas con Discapacidad (LIONDAU).
- La Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSICE).

Asimismo, en la *Declaración de Principios de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información*, celebrada en las ciudades de Ginebra, en el año 2003, y Túnez, en 2005, se recoge:

«Declaramos nuestro deseo y compromiso comunes de construir una sociedad de la información [...] en que todos puedan crear, consultar, utilizar y compartir la información y el conocimiento, para que las personas, las comunidades y los pueblos puedan emplear plenamente sus posibilidades en la promoción de su desarrollo sostenible y en la mejora de su calidad de vida» (5).

Las estadísticas correspondientes a la población total española parecen indicar que el derecho de acceso a la sociedad de la información se está haciendo realmente efectivo. Así, en el año 2010, el porcentaje de personas de edades comprendidas entre

16 y 74 años que habían utilizado alguna vez el ordenador fue del 73,1%; el de aquellas que habían empleado el teléfono móvil, del 92,2%, y el de aquellas que habían accedido alguna vez a Internet, del 68,5% (6).

Sin embargo, estos porcentajes disminuyen de manera considerable al analizar ciertos grupos de población según características socioeconómicas:

- El porcentaje de las personas que habían utilizado alguna vez el ordenador fue del 1,7% para el grupo de personas sin estudios; del 31,4% para aquellos que habían cursado hasta la educación primaria, y del 47,8% para aquellos en cuyos hogares los ingresos son inferiores a los 1.100 euros.
- La proporción de personas sin estudios o con estudios de educación primaria que habían accedido alguna vez a Internet fue del 1,5 y del 26,0%, respectivamente, siendo el de aquellas cuyos hogares perciben ingresos inferiores a los 1.100 euros del 41,4%.
- El porcentaje de uso del teléfono móvil desciende hasta un 50,2% en el conjunto de personas sin estudios (6).

Por otro lado, al considerar la variable de discapacidad las estadísticas muestran que «[...] las personas con discapacidad utilizan las TIC en menor medida que el resto de la población». Así, la frecuencia de empleo del ordenador, de Internet o del teléfono móvil es sensiblemente inferior a la del resto de ciudadanos (7).

Los datos sobre las personas con trastornos de salud mental en relación con la población total que presenta discapacidad suponen un 11,5% (8). Sin embargo, si se observan los datos de informes sobre la población que presenta trastornos de salud mental y su grado de acceso y manejo de las TIC la información hallada es escasa.

Las estadísticas europeas sobre penetración de Internet y de la telefonía móvil no recogen la variable de discapacidad, por lo que no es posible conocer cómo han evolucionado los datos en este ámbito (9). Por otro lado, en las estadísticas nacionales no se recogen datos estadísticamente significativos sobre las personas con trastornos de salud mental.

No obstante, en algunos documentos se hace referencia a esta población como los umbrales de la dependencia, terminología que se emplea para denominar a las personas con enfermedad crónica y a las personas con enfermedad mental (8). Esto se debe a que ambos grupos no emplean la palabra discapacidad de manera habitual por no considerarla adecuada a su estado de funcionamiento y por no sentirse sujetos de demanda en relación con servicios de atención.

La Fundación Vodafone implementó un estudio cualitativo con entrevistas a profesionales de atención a personas con enfermedad mental, del que se extrajeron datos del uso del móvil y de Internet en este colectivo. Se observa que el empleo de la telefonía móvil tiene un alcance mayor (57%) que el uso de Internet (14%), pero la penetración de las TIC en esta población es inferior a la de otros colectivos de

personas con discapacidad, como son los grupos de personas con sordera o ceguera o las personas con dificultades físico-motoras (8).

Los datos anteriormente expuestos evidencian que todavía existen ciudadanos que no pueden acceder y utilizar las TIC. Surge así la expresión «brecha digital», que hace referencia a la desigualdad generada como consecuencia de la falta de integración de determinados grupos de ciudadanos en las tecnologías y, con ello, en una nueva sociedad que se está configurando cada día (10).

En los últimos años, Europa ha logrado reducir las diferencias relacionadas con el género, la edad o el lugar de residencia, aunque se mantienen disparidades estructurales que incrementan esta distancia, como las asociadas al nivel educativo, al nivel de ingresos y a la situación de actividad (9).

Otra de las implicaciones de la brecha digital es la diferente velocidad con la que se ponen a punto soluciones tecnológicas y con la que éstas se adaptan a las necesidades de los colectivos de personas con discapacidad (11).

Por lo tanto, para fomentar el uso de las TIC en colectivos como el de las personas con trastornos de salud mental es necesario ofrecer un acceso a las tecnologías, fomentar el diseño para todos, favorecer la coordinación de los agentes implicados en el proceso, incidir en ejes de desarrollo como la accesibilidad económica y la formación digital, y desarrollar normativas inclusivas sobre accesibilidad (8).

Estos avances son necesarios ya que las propias personas con algún tipo de trastorno de salud mental tienen un alto nivel de confianza en las posibilidades de las TIC, y como afirma la OMS: «todos los días, la salud humana mejora en todas las partes del mundo como consecuencia directa de las TIC» (8-12).

Estudios y experiencias sobre el efecto de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en salud mental

Como hemos explicado en el apartado anterior, las nuevas tecnologías han crecido de forma exponencial en los últimos años, y se encuentran cada vez más presentes en nuestra vida cotidiana y en las diferentes ocupaciones que el ser humano desempeña.

«La revolución informática y las tecnologías de la información y comunicación están transformando la familia, la escuela, el sector laboral, el mundo empresarial, el ocio, los espectáculos y el deporte, entre otras cosas» (13).

En relación con la educación, las nuevas tecnologías, como el ordenador o Internet, se han convertido en elementos fundamentales, transformando los procesos tradicionales de enseñanza y aprendizaje (13). El *e-learning* aparece progresivamente como un instrumento esencial para la formación y la educación, que contribuye a eliminar o a solventar algunas de las barreras existentes, «como puede ser la distancia al centro educativo, el dinero necesario para abordar desplazamientos o estancias y el tiempo» (4).

Las posibilidades para aprender y acceder al conocimiento se han visto multiplicadas, así como las oportunidades para construir redes y entornos que no los faciliten (4). En concreto, un 95,1% de los niños de edades comprendidas entre 10 y 15 años que utilizan el ordenador lo hace para trabajos escolares, frente al 86,5% de aquellos que lo emplean para actividades de ocio, música o juegos. En cuanto a la población adulta (personas de edades comprendidas entre 16 y 74 años), un 52,5% de los que utilizan Internet lo hace para buscar información sobre educación, formación u otro tipo de cursos; un 12,7% para realizar algún curso online de cualquier materia, y un 45,8% consulta Internet para realizar algún tipo de aprendizaje (6).

Así, «la mayor parte del conocimiento se adquiere a través de los distintos medios de comunicación e información a los que tiene acceso el ciudadano en su vida» (13).

Por otro lado, y en relación con el ámbito laboral, podría afirmarse que «la sociedad de la información ha roto con la rigidez del punto de trabajo», permitiendo «que el trabajador pueda desarrollar perfectamente su trabajo desde su casa u otros lugares distintos» (13). Aparecen, gracias a las TIC, nuevos modelos de trabajo, y se renuevan la manera de hacer negocios en distintos ámbitos y sectores (4) y los métodos para buscar y acceder a las ofertas de empleo.

Con respecto al ocio y al entretenimiento, éste es uno de los ámbitos que más se

ha visto afectado por el crecimiento y la expansión de Internet. Se está viviendo un proceso de redefinición y transformación de las actividades de diversión, debido al nuevo entorno digital (4). Un 44% de las personas que emplean Internet lo hacen para jugar o descargar juegos, imágenes, películas o música, y un 42,2% para escuchar la radio y/o ver televisión online (6).

Las nuevas tecnologías también influyen en la realización de numerosas actividades cotidianas. Entre los usos básicos de Internet, se recogen, entre otros, la planificación y organización de viajes, la realización de operaciones bancarias y el desarrollo de compras electrónicas (14).

Por último, las TIC ofrecen nuevas formas y vías para la comunicación y para la participación social. En la actualidad, se está viviendo una transformación en la manera en que desarrollamos o fomentamos las relaciones y vínculos sociales. El teléfono móvil, el correo electrónico, la mensajería instantánea o las redes sociales permiten estar conectados y en contacto con la sociedad en cualquier momento y en cualquier lugar (4, 14).

En cuanto a las personas con enfermedades o trastornos mentales, también existen evidencias de que el empleo de las nuevas tecnologías puede incidir en mayor o menor medida sobre diferentes aspectos de su funcionamiento y de su salud.

En primer lugar, existen estudios y trabajos que refieren los beneficios aportados por las TIC (en concreto, Internet y otras aplicaciones del ordenador) en distintos programas de rehabilitación psiquiátrica como, por ejemplo, programas de apoyo a la educación y al empleo basados en la enseñanza de conocimientos informáticos, o intervenciones con jóvenes con enfermedades mentales graves en dispositivos comunitarios empleando programas multimedia (15–17).

Entre estos beneficios se encuentran los siguientes: disminución del uso de los servicios de salud mental y de rehabilitación (15); mejora de la autoestima y los sentimientos de empoderamiento (15); potenciación del sentido de competencia personal (15) y la autoeficacia (16); mantenimiento de las capacidades cognitivas (17); mejora de la ocupación del tiempo libre y enriquecimiento del ocio (17); mejoras en el estatus o la situación laboral (15), y apoyo a la inclusión e integración laboral y comunitaria (15–17).

En el artículo titulado *Internet-Based Mental Health Interventions*, publicado en 2005 y redactado por Michele L. Ybarra y William W. Eaton, se ofrecen un análisis y una evaluación detallados de programas de intervención basados en Internet y específicamente dirigidos a la salud mental. Se distingue entre intervenciones pasivas, que incluyen páginas web informativas o educativas y herramientas de detección de salud mental, e intervenciones activas: terapias online y grupos de apoyo.

Con respecto a la web, en este artículo se refleja que «Internet se ha convertido rápidamente en un espacio al que la gente acude para buscar información sobre importantes temas de salud mental». No obstante, las páginas web de salud mental

tienden a ser inconsistentes; contienen cierta información precisa pero suelen carecer de una visión completa, basada en la evidencia existente, de las enfermedades y trastornos.

En relación con las terapias online, se recogen experiencias de terapias individuales, terapias grupales y terapias autodirigidas, en las que los resultados son en general prometedores.

Por un lado, se observa que Internet puede emplearse como un complemento a otras terapias a través del correo electrónico, ya que éste permite que el usuario pueda integrar en mayor medida al terapeuta en su vida diaria, así como enriquecer el intercambio terapéutico, al darle la oportunidad de revelar libremente su información más íntima y personal.

Por otro lado, se indica que Internet puede emplearse como la piedra angular del tratamiento mediante sesiones online, con intercambios entre los usuarios y los profesionales en tiempo real. Los resultados de los estudios analizados refieren que las terapias online pueden ser una importante alternativa para aquellas personas que son reticentes a iniciar terapias tradicionales o a visitar recursos y centros de salud mental. Además, las intervenciones de salud mental vía online acogen a la población que vive en áreas remotas, sin fácil acceso a los proveedores y servicios encargados del cuidado de la salud.

En cuanto a los grupos de apoyo online, existe una amplia disponibilidad, dirigidos tanto a jóvenes como adultos con enfermedad mental. Éstos permiten que la persona pueda explorar y compartir de forma anónima sus sentimientos, en un nivel mayor de intimidad que el que ofrecen los ambientes tradicionales, neutralizándose factores sociales como la raza o la apariencia física, y solventándose problemas frecuentes de acceso a los recursos, como el transporte (18).

En un estudio publicado en el año 2006 por el psiquiatra R. Vaimberg, se analizan los usos y sentidos que otorgan a las TIC jóvenes diagnosticados de trastorno mental grave que participan e intervienen en el foro Psiquiatría.com. Se observa que la utilización de Internet «en foros especializados, parece favorecer [...] la toma de conciencia de la enfermedad, por la vía de la generación de procesos de mutua identificación, a partir de la comunicación en el foro, de los sufrimientos psíquicos padecidos de los participantes en el mismo». Además, la obtención de información de otros pacientes o de profesionales permite orientar la búsqueda de una asistencia adecuada. Sin embargo, también se evidencian riesgos en cuanto a la información que circula en el foro, que puede ser confusa, o la posibilidad de desarrollar procesos de identidad fragmentada (19).

Los dispositivos móviles, como los teléfonos o las PDA, poseen también un papel importante en la intervención con personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia o los trastornos bipolares. Estos dispositivos permiten reducir la intensidad de las intervenciones clínicas, extender sus efectos a lo largo del tiempo

o entre sesiones y solventar barreras económicas o de transporte a la hora de acceder a los recursos. Además, pueden ayudar a mejorar la transferencia de las habilidades entrenadas al desempeño de la persona en su entorno real (20).

Cabe destacar, asimismo, el uso terapéutico de técnicas de realidad virtual, que permiten la creación de «un ciberespacio en el que es posible interactuar con cualquier objeto o con cualquier ser» (21); técnicas de realidad aumentada, que permiten «la introducción de elementos virtuales en el mundo real» (21), y videojuegos, que emergen como una herramienta terapéutica útil si se emplea en entornos seguros (22).

No obstante, y a pesar de todo lo explicado previamente en este apartado, existen ciertos aspectos negativos con respecto a la utilización de las nuevas tecnologías en la intervención terapéutica, como pueden ser la pérdida de la comunicación no verbal y del lenguaje corporal (18), o la creación de distancias entre el profesional y el usuario, con el consiguiente deterioro de los potentes efectos de la alianza terapéutica (20).

Las tecnologías de la información y de las comunicaciones como herramientas de intervención en salud mental

Las TIC son herramientas de la llamada sociedad de la información y se emplean como un medio o como un fin en sí mismas, emergiendo como instrumentos de intervención en ciencias de la salud.

Los profesionales difieren en marcos, modelos y conceptualizaciones acerca de las tecnologías para incrementar la autonomía personal puestas a disposición de las personas con discapacidad. Sea cual sea el enfoque teórico del profesional, los beneficios de las TIC son indudables, siempre y cuando sean creadas, desarrolladas y utilizadas por y para el conjunto de los ciudadanos.

En terapia ocupacional, estas herramientas cobran relevancia al convertirse en apoyos o instrumentos facilitadores para el desempeño ocupacional, generando autonomía en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación, trabajo, ocio, participación social y/o sueño.

A continuación, se presentan distintas herramientas útiles para la intervención con personas con trastorno mental. Se incluye una descripción genérica de los productos y se concreta la población a la que van dirigidos¹. Por ello, en este capítulo, se clasifican en función de la población diana:

- Herramientas cotidianas: aquellas que están dirigidas a la población general y que son usadas en el día a día.
- Herramientas específicas: aquellas creadas y desarrolladas para personas con discapacidad o, más específicamente, para personas con enfermedad mental.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva nacional en este campo, y se destacan las herramientas más relevantes y actuales. Sin embargo, los autores del capítulo son conscientes de la existencia de *software* no recogido.

Herramientas cotidianas²

Web 2.0

Características generales. Web 2.0 es una red social o de relaciones interactivas, abierta a los internautas que quieran participar en los procesos comunicativos de producción, difusión, recepción e intercambio de todo tipo de archivos. Implica una transformación importante respecto a la web 1.0 puesto que la sociedad pasa a ser la auténtica gestora, generando así un nuevo modelo comunicativo, una nueva dimensión y significación social. De ese modo, se pasa de un modelo vertical de información y conocimiento a otro horizontal en el que los usuarios aparecen al mismo nivel, sin orden jerárquico, ni de prioridad de unos sobre otros.

Beneficiarios. Población, en general. Si bien, J. Freire, en *Los retos y oportunidades de la Web 2.0 para las universidades*, muestra que ésta puede entenderse como un facilitador de un cambio de paradigma en los procesos de aprendizaje, y por tanto, ser empleada en la docencia (23).

Microsoft Office

Autoría y desarrollo. Microsoft Corporation.

Características generales. Microsoft Office es un paquete de aplicaciones para Windows que ofrece posibilidades de manejo sencillo e intuitivo de distintos documentos y archivos para utilizar en contextos como el domicilio, el colegio, el trabajo o la comunidad. Además, ofrece fórmulas para que estos documentos se personalicen a través de habilidades creativas.

Existen distintas versiones de Microsoft Office, la última del año 2010. Entre las aplicaciones que se distribuyen en el paquete básico, destacan las siguientes:

- Word. Es un procesador de textos que permite la edición, redacción y organización de éstos. Incluye distintas funciones: combinación de distintos formatos, colores y fuentes; inserción de formas, imágenes y elementos gráficos; corrector ortográfico y gramatical, entre otros.
- Power Point. Es un programa que permite la elaboración de presentaciones dinámicas. Permite insertar archivos de audio, imágenes y otros elementos multimedia. Además, existen numerosas funciones para personalizar el aspecto visual de las presentaciones.
- Excel. Es una aplicación que permite la elaboración de hojas de cálculo. Entre sus funciones destaca la realización de operaciones básicas y/o complejas de manera intuitiva y la presentación visual de los datos.

Beneficiarios. Personas interesadas en la creación y diseño de documentos, así como en la gestión de la información.

OpenOffice.org 3 (OOo)

Autoría y desarrollo. OpenOffice.org.

Características generales. Se trata de un paquete de ofimática libre, de código abierto y de distribución gratuita, que incluye herramientas como procesador de texto, hoja de cálculo, presentaciones, herramientas de dibujo y base de datos. Está disponible para Windows, Linux y Mac OS y en distintos idiomas.

Beneficiarios. Personas interesadas en la creación y diseño de documentos, así como en la gestión de la información.

Windows Movie Maker

Autoría y desarrollo. Microsoft Corporation.

Características generales. Windows Movie Maker es un *software* que permite crear, editar y modificar montajes con vídeo, sonido e imágenes. Permite cortar, unir y pegar elementos multimedia de manera sencilla con resultados muy visuales. Destacan los elementos de transición y los efectos de imagen y vídeo.

Beneficiarios. Personas con interés en el montaje de archivos multimedia.

Blogs

Características generales. También denominados *webblogs* o bitácoras. Pueden ser considerados como productos culturales, pertenecientes al contexto virtual y creados a partir de comunidades de intereses que unen a *bloggers* y a lectores. Presentan un formato de publicación web que se actualiza periódicamente y en el que se recopilan cronológicamente textos o artículos de uno o varios autores. Contienen anotaciones o historias (*posts*) dotadas cada una de su propia dirección URL, y facilitan y simplifican la publicación de contenidos en Internet.

Beneficiarios. Población, en general. No obstante, J.L. Orihuela, en el libro *La revolución de los blogs*, así como A. Martínez y J.M. Hermosilla, en el artículo *El Blog como herramienta didáctica en el Espacio Europeo de Educación Superior*, refieren la importancia de los *blogs* como herramientas para la docencia (24, 25).

Consola Wii de Nintendo

Características generales. Presenta como rasgo distintivo la presencia de un mando de control. El principio de éste consiste en la capacidad de detección de movimiento en el espacio mediante un acelerómetro, dispositivo que permite captar desplazamientos y rotaciones en los tres ejes de coordenadas, con lo que se consigue una detección de movimiento en un espacio tridimensional.

Beneficiarios. Personas que presenten interés por el juego en un contexto virtual. Según J.A. Guerrero, es posible que partiendo de este sistema se generen prototipos tecnológicos orientados específicamente a personas en situación de dependencia (26).

Herramientas específicas

Herramientas web

Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC)

Características generales. El portal ofrece recursos gráficos y materiales para facilitar la comunicación de aquellas personas con algún tipo de dificultad en esta área.

Consta de colecciones de pictogramas a color y en blanco y negro; colecciones de fotografías; vídeos con términos signados en la lengua de signos española, e imágenes en color de lengua de signos española.

Además, ofrece herramientas online:

- Creador de animaciones. Tiene como finalidad crear una secuencia animada y sucesiva de pictogramas, fotografías o imágenes. Entre sus aplicaciones se incluye la de trabajar secuencias de actividades determinadas.
- Creador de símbolos. Tiene como finalidad permitir la adaptación y modificación de las imágenes a las capacidades y necesidades de los usuarios finales.
- Creador de frases. Tiene como finalidad la adaptación de una frase escrita solamente con texto a otra en la que se utiliza una combinación de pictogramas y texto, pensado especialmente para personas que necesiten apoyo visual por presentar dificultades o ausencia de lectoescritura.
- Generador de horarios. Permite la elaboración de horarios personalizados de manera intuitiva y sencilla con el fin de que las personas se sitúen en el contexto temporal.
- Generador de calendarios. Tiene como finalidad la creación de calendarios personalizados para ayudar a la situación temporal mensual.
- Generador de tableros. Permite elaborar tableros de comunicación personalizados o cualquier material basado en tablas.

El portal ARASAAC incluye una sección con selección de *software*, enlaces web, bibliografía y recursos multimedia de interés en el ámbito de la comunicación aumentativa y alternativa.

Beneficiarios. Personas con dificultades en la comunicación; con dificultades en la estructuración de hábitos y rutinas, o con dificultades para completar secuencias temporales.

Miradas de apoyo

Autoría y desarrollo. Fundación ADAPTA.

Características generales. Portal web dirigido a promover, facilitar y dar soporte al proceso de planificación centrada en la persona. Es una herramienta para el grupo que se forma alrededor de una persona con necesidades de apoyo con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Garantiza la disponibilidad de toda la información desde cualquier lugar con tan sólo tener acceso a Internet. Ofrece herramientas para coordinar y planificar para y con la persona central, independientemente de su nivel y desarrollo cognitivo.

Beneficiarios. Personas con necesidades de apoyo y las personas que les rodean.

Aumentativa 2.0

Autoría y desarrollo. Aumentativa 2.0 es un proyecto desarrollado por DIVERTIC, asociación sin ánimo de lucro que tiene como finalidad principal constituirse en foro permanente de reflexión e investigación sobre el uso de las TIC en el ámbito de la atención a la diversidad. Además, es el soporte del Proyecto CAR (comunicación aumentativa en la red). El Proyecto CAR surge como resultado directo de la práctica diaria, proporcionando un espacio en la red para la comunicación aumentativa, que facilite a los profesionales herramientas de fácil acceso para la integración curricular y el diseño de esos entornos aumentativos de comunicación, tan cotidianos como necesarios.

Características generales. Espacio interactivo, dinámico y en constante crecimiento y evolución, que constituye una valiosa fuente de recursos materiales y didácticos para la implementación de programas para la comunicación aumentativa. En la actualidad, la web cuenta con más de 8.500 pictogramas, 34.000 palabras o grupos de palabras, 10.000 fotografías, un total de 48 aplicaciones multimedia y un potente sistema automático de generación de actividades y aplicaciones. Ofrece tanto a profesionales como a usuarios finales la posibilidad de acceso a materiales formativos e informativos que pretenden ayudar en los distintos procesos de toma de decisiones, pero también a una serie de materiales para el uso práctico en el aula y en el devenir cotidiano de diseño y construcción de entornos de comunicación.

Beneficiarios. Alumnado con y sin discapacidad, puesto que cree en una escuela integradora, compensadora de desigualdades, de todos y para todos. Sigue un paradigma ecológico que, en estrecha interconexión con los diferentes contextos y situaciones de enseñanza-aprendizaje, se vale de las potencialidades del soporte tecnológico para una mayor eficacia.

Zac Browser

Autoría y desarrollo. John LeSieur.

Características generales. ZAC es un navegador para Internet gratuito, desarrollado para niños, con el que se permite el acceso controlado y autónomo a

juegos, vídeos, ejercicios educativos, música, canciones infantiles e historias.

Beneficiarios. Niños con autismo y con alteraciones del espectro autista, como el síndrome de Asperger, aunque puede ser utilizado de forma general en la infancia.

Aplicaciones para ordenador. Creación de actividades

LIM (Libros interactivos multimedia)

Autoría y desarrollo. Fran Macías.

Características generales. Es un entorno para la creación de materiales educativos formado por un editor de actividades (EdiLim), un visualizador (LIM) y un archivo en formato XML (Libro), que define las propiedades del libro y las páginas que lo componen. Requiere para su funcionamiento el *plug-in flash*.

Beneficiarios. Personas con y sin discapacidad.

JClic

Características generales. Entorno para la creación, realización y evaluación de actividades educativas multimedia, desarrollado en la plataforma Java. Esta aplicación está basada en estándares abiertos que funciona en diversos entornos operativos. Está formado por un conjunto de aplicaciones informáticas (JClic Applet, JClic player, JClic autor y JClic reports) que sirven para realizar diversos tipos de actividades educativas, como rompecabezas, asociaciones, ejercicios de texto o palabras cruzadas, entre otras.

Beneficiarios. El Jclic y el programa Clic 3.0. (1992) han sido utilizados por educadores y otros profesionales como herramienta de creación de actividades didácticas y terapéuticas para personas con discapacidad.

Aplicaciones para ordenador. Acceso simplificado y comunicación

The Grid 2.0

Autoría y desarrollo. Sensory Software.

Características generales. Es un programa de comunicación dinámico que emplea símbolos, texto o símbolos y texto. Permite el acceso mediante pantalla táctil, teclado, ratón o mediante pulsadores de dedo, mentón, cabeza, entre otros. Este programa, es a su vez, una excelente herramienta de acceso al ordenador para el control de Windows, así como cualquier otra aplicación. Adicionalmente permite, de forma integrada y simplificada, el envío de correo electrónico, SMS, control de Skype, reproducción de multimedia, navegación por Internet y control del entorno.

Beneficiarios. Personas con problemas de comunicación y otras discapacidades asociadas.

Proyecto In-TIC

Autoría y desarrollo. In-TIC ha sido impulsado por la Fundación Orange y realizado íntegramente por el Centro de Informática Médica y Diagnóstico Radiológico (IMEDIR) de la Universidade da Coruña, con la colaboración de la Asociación de Padres de Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE) de A Coruña y el Centro de Día de la Cruz Roja de A Coruña.

Características generales. El proyecto In-TIC (Integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en los colectivos de personas con discapacidad) comprende un *software* de descarga gratuita para todos los usuarios en Internet. Posibilita que las personas con diversidad funcional puedan mejorar su autonomía personal, gracias a un sistema de apoyo que permite personalizar el uso de todas las funcionalidades y aplicaciones del ordenador, siendo tanto una herramienta de acceso al ordenador como un comunicador dinámico basado en Windows.

Beneficiarios. Personas con diversidad funcional.

Sicla

Autoría y desarrollo. Surge en el año 2000 por la financiación de Fundación Telefónica. La empresa Art Media, del grupo Telefónica y el grupo I-D de la Universidad de Oviedo participan como socios tecnológicos del proyecto. Por otro lado, las entidades ASPACE Barcelona y AVAPACE Valencia participan en la definición de requisitos del sistema y en las pruebas de usuario, retroalimentando de este modo el desarrollo final. La Confederación ASPACE se ocupa de la formación y la distribución del producto.

Características generales. SICLA es un conjunto de aplicaciones informáticas destinadas a servir de soporte a los sistemas aumentativos de comunicación, fundamentalmente los pictográficos. La tecnología permite crear y gestionar bibliotecas de pictogramas, crear tableros personalizados, realizar configuraciones individualizadas para cada usuario y disponer de un conversor de texto-voz que facilita la comunicación. Además, aporta la posibilidad de gestión de los mensajes elaborados de modo similar a un procesador de textos (guardar, imprimir, dar nombre), de forma accesible al usuario. También permite la comunicación de estos mensajes a distancia: en texto, a través del correo electrónico, y en voz, a través de la telefonía convencional. En definitiva, este *software* permite mejorar los medios de acceso y la potencialidad de uso de los sistemas aumentativos de comunicación a través de las nuevas tecnologías.

SICLA se compone de cuatro aplicaciones diferenciadas: editor de lenguajes aumentativos, gestión de usuarios, aplicación de comunicación y teclado virtual.

Beneficiarios. Está especialmente indicado para personas que, debido a su discapacidad (autismo, parálisis cerebral infantil [PCI], daño cerebral sobrevenido), tienen limitadas sus competencias comunicativas: manifiestan un nivel de lenguaje

simple, un vocabulario limitado y elaboran estructuras de frases muy cortas.

Comunicate in Print 2

Autoría y desarrollo. Widgit Software.

Características generales. Es un programa de autoedición para la creación de recursos y materiales impresos, para potenciar la comunicación, la lectoescritura y el acceso al currículum. Contiene más de 7.000 símbolos Widgit en color y blanco y negro, aunque pueden incorporarse otras galerías de símbolos del usuario.

Beneficiarios. Personas con problemas de comunicación y otras discapacidades asociadas.

Escribir con símbolos 2000

Autoría y desarrollo. Widgit Software.

Características generales. Es un programa que permite la creación de materiales que combinan texto y símbolos facilitando la comunicación, la lectoescritura y la inclusión. Incorpora dos amplias colecciones de imágenes gráficas o símbolos: SPC en color y Widgit Rebus. Además, permite agregar fotografías o imágenes personales. Tiene cuatro secciones: procesador de símbolos con voz, procesador de textos con voz, cuadrículas para imprimir y cuadrículas para escribir.

Beneficiarios. Personas con discapacidad.

Boardmaker versión 6

Autoría y desarrollo. Mayer-Johnson.

Características generales. Es un editor de tableros o paneles que apoya y/o facilita la comunicación y el aprendizaje de ésta. Presenta alrededor de 8.000 símbolos pictográficos SPC, agrupados en categorías que facilitan su uso y aplicación.

Beneficiarios. Puede ser utilizado por personas con todo tipo de discapacidades que presenten trastornos asociados a la comunicación, el lenguaje y el aprendizaje en general.

Boardmaker con speaking dynamically

Autoría y desarrollo. Mayer-Johnson.

Características generales. Combina la creación de tableros de comunicación con la utilización dinámica de esos tableros con salida de voz sintetizada o digitalizada y texto. Se puede utilizar mediante conmutadores, ratón o con pantallas táctiles.

Beneficiarios. Personas con discapacidad, especialmente con trastornos de la

comunicación y del lenguaje.

TICO (Tableros interactivos de comunicación)

Autoría y desarrollo. TICO se enmarca dentro de un proyecto de colaboración existente entre el Departamento de Informática e Ingeniería de Sistemas del Centro Politécnico Superior de la Universidad de Zaragoza y el Colegio Público de Educación Especial Alborada.

Características generales. Es una aplicación informática que permite generar y utilizar tableros de comunicación de forma interactiva. Se compone de dos aplicaciones independientes y diferenciadas: *Editor*, con el que se pueden crear tableros, e *Intérprete*, que permite usar los tableros de comunicación previamente creados. Esta aplicación está dotada de una función de barrido, que hace un recorrido secuencial por los elementos del tablero.

Beneficiarios. Personas con discapacidad física o psíquica.

Aplicaciones para ordenador. Entrenamiento de habilidades

Gradior

Autoría y desarrollo. Fundación INTRAS.

Características generales. Es una herramienta de rehabilitación cognitiva. Su objetivo principal es la habilitación de los procesos mentales superiores deteriorados y, consecuentemente, permite mejorar la eficacia de las estrategias de aprendizaje. Permite una intervención personalizada, así como el diseño de sesiones de evaluación y rehabilitación.

Beneficiarios. Es el primer programa que se realiza en España específico para personas con enfermedad mental aunque, debido a sus características, puede ser utilizado por poblaciones con un déficit o un deterioro cognitivo (demencias, traumatismo craneoencefálico, retraso mental o esquizofrenia).

AutiPlan

Características generales. *Software* de planificación. Es necesario registrarse para descargar la aplicación con las funciones básicas: planificación de las actividades con acceso a la de datos de pictogramas; plantillas para horarios habituales; impresión de las planificaciones.

Beneficiarios. Dirigido especialmente a niños y adultos con trastornos relacionados con el autismo.

Picto selector

Autoría y desarrollo. Martijn van der Kooij.

Características generales. Es una aplicación para Windows diseñada para facilitar la selección e impresión de pictogramas. Éstos proceden de Sclera.be, ARASAAC y Straight-Street.com, y están traducidos al holandés, inglés, español y francés.

Actividades Simples Abiertas, basadas en Sonido versión 8.5 (ASAS)

Autoría y desarrollo. El proyecto «Aplicaciones para educación y rehabilitación basadas en el reconocimiento de patrones sonoros» (ASAS) es producto de un proyecto de investigación de la Universidad Abierta Interamericana.

Características generales. Permite diseñar, ejecutar y modificar actividades para trabajar con imágenes y sonido, en función de la utilización como entrada de un clic del ratón o el sonido detectado por un micrófono.

Beneficiarios. Personas con discapacidades motrices y trastornos del lenguaje.

Aplicaciones para ordenador. Ocio y tiempo libre

Messenger visual

Autoría y desarrollo. Fundación Maresme, en colaboración con la Universidad Politécnica de Cataluña.

Características generales. Es un proyecto de servicio de mensajería instantánea basado en pictogramas. Su objetivo es posibilitar la comunicación de personas que tienen dificultades de lectura, escritura, de expresión o de movimiento. Utiliza un sistema alternativo de comunicación (ARASAAC) que representa conceptos y palabras a través de símbolos, que están clasificados por temáticas generales.

SiMuove

Autoría y desarrollo. Joaquín Fonoll y Setefilla López.

Características generales. Programa de causa-efecto que funciona con una *webcam*. Permite combinar la imagen real de la persona con distintos ítems; así se exploran las imágenes o mediante la selección voluntaria. Funciona con Windows y Linux.

Beneficiarios. En su inicio surge para personas con dificultades físicas, pero se puede aplicar en cualquier ámbito de la infancia.

WhizKidGames

Características generales. Es un conjunto de juegos para niños con autismo. Comprende 16 juegos terapéuticos enfocados a acciones cotidianas como vestirse o ir al colegio.

Móviles

Comunicador personal adaptable (CPA)

Autoría y desarrollo. Rubén Velasco y Daniel Muñoz.

Características generales. El objetivo general del proyecto es el desarrollo de un sistema de comunicación alternativo/aumentativo, basado en la utilización de pictogramas e imágenes y sonidos asociados, mediante un *software* informático y la utilización de PDA como *hardware* y soporte del sistema.

El programa consta de dos partes:

- Sistema Padre. Esta parte de la aplicación se ejecuta en un PC con sistema operativo Windows. Desde este sistema se configura el vocabulario (contiene 600 palabras) y la sincronización con la Pocket PC. Permite la gestión de usuarios, el acceso a la base de datos de imágenes, gestión de vocabulario, creación de rutinas, organizador y configuración general. Se implementan estas opciones para aquellas personas que no tienen acceso a la utilización de la PDA.
- Comunicador. Esta parte de la aplicación se ejecuta en Pocket PC. Dispone, además, de diferentes módulos: Comunicador simple, Comunicador ampliado, Generador de frases, Gestor de rutinas, Organizador del día y Tablero de Comunicación.

Beneficiarios. En su inicio surge para personas con trastornos del espectro autista.

Proyecto azahar

Autoría y desarrollo. Grupo de Autismo y Dificultades del Aprendizaje, Instituto de Robótica, Universidad de Valencia. Impulsado por la Fundación Orange.

Características generales. Se trata de un conjunto de aplicaciones gratuitas de planificación, ocio y comunicación que se pueden ejecutar en ordenador o en dispositivos móviles.

Se basa en tecnología Java para el ordenador (Windows XP y Windows Vista) y/o el teléfono móvil (Windows Mobile 5 y 6).

Dispone de una aplicación denominada Tutor, que permite configurar y personalizar el aspecto de las aplicaciones que utilizará el usuario final de Azahar.

Presenta además otras cinco aplicaciones:

- Tic Tac. Diseñada para facilitar la comprensión y el manejo del concepto de tiempo. Se representa este concepto de manera visual, auditiva y tangible.
- Personal. Diseñada para que la persona pueda comunicar información personal a los que le rodean de manera visual e intuitiva.

- **Hola.** Comunicador diseñado para ser utilizado por personas que estén aprendiendo o hayan aprendido a comunicarse apoyándose en imágenes. Permite que cuando la persona señale la imagen se reproduzca un sonido como refuerzo auditivo.
- **Mensajes.** Sirve para enviar pictogramas o secuencias de pictogramas entre diferentes teléfonos.
- **Música.** Diseñada para facilitar el acceso y el manejo de la música a quienes puedan tener dificultades con los reproductores de música convencionales, potenciando la accesibilidad, la representación visual y formatos sencillos.

Beneficiarios. Personas con autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo, aunque su aplicación se extiende a aquellas personas con dificultades para acceder a dispositivos convencionales o personas con necesidades de apoyo.

Picca: Sistema de apoyo al aprendizaje

Autoría y desarrollo. Grupo de Investigación Especificación, Desarrollo y Evolución del Software (GEDES) de la Universidad de Granada con la colaboración de la Asociación Nacional de Tecnología Educativa para la Diversidad (DIVERTIC).

Características generales. Picaa es una plataforma para diseñar actividades para alumnado con necesidades educativas especiales; tanto el diseño como la ejecución de los ejercicios se llevan a cabo en dispositivos móviles iPhone, iPod touch o iPad.

Actualmente Picaa incorpora cuatro tipos de ejercicios:

- **Asociación.** Se presentan dos conjuntos y la persona debe establecer la relación entre ambos.
- **Puzzle.** La imagen se descompone en piezas y el alumno debe ordenarlas.
- **Exploración.** Permite a la persona interactuar a través de un sistema hipertexto y crear comunicadores básicos o agendas basadas en imágenes, así como buscar información, reproducir sonidos.
- **Ordenación.** Se muestran distintos elementos desordenados y la persona tiene que establecer la secuencia correcta.

Beneficiarios. Alumnos con necesidades educativas especiales.

Sc@ut

Autoría y desarrollo. El proyecto Sc@ut es un proyecto de investigación desarrollado por el GEDES (Grupo de investigación en Especificación, Desarrollo y Evolución de Software), del Departamento de Lenguajes y Sistemas Informáticos, con sede en la E.T.S. de Ingenierías Informática y de Telecomunicación, que se encarga de todos los aspectos tecnológicos y de desarrollo de *software* del proyecto.

Características generales. Es un paquete de aplicaciones que podría encuadrarse dentro de la tipología de *software* conocido como «*software* de apoyo a la enseñanza». Sin embargo, dentro de este tipo de *software*, debemos situarlo dentro de lo que se denominan «sistemas de comunicación aumentativa», ya que permite potenciar las habilidades comunicativas de personas con dificultades en este terreno. Así, se basa en la búsqueda de un sistema adaptativo de comunicación alternativa que permita mejorar la autonomía personal (portable y de reducidas dimensiones), facilitar la labor pedagógica y analizar el rendimiento del alumno, siendo de bajo coste y de fácil aprendizaje e interfaz intuitiva.

Ofrece un paquete de aplicaciones que sirven para potenciar las habilidades comunicativas de personas con dificultades en este terreno; se basa en tecnología PDA.

Beneficiarios. Personas con trastornos del espectro autista o con trastorno generalizado del desarrollo, así como adultos que han perdido el habla por diversos motivos.

Ablah 1.0

Autoría y desarrollo. Juan Carlos González Montesino.

Características generales. Se trata de un programa de comunicación aumentativa para plataformas Iphone, Ipad e Ipod touch. Los objetivos generales de la aplicación son: favorecer la comunicación, permitir la organización de tareas, generar agendas y ofrecer la posibilidad de aprender de manera temática o por categorías (colores, formas o medios de transporte).

Beneficiarios. Personas con autismo, pero se amplía a personas con dificultades del lenguaje. Además, determinadas partes de la aplicación la convierten en una herramienta útil para personas con dificultades para completar secuencias de una actividad. Incluso puede ser usado para comunicarse entre personas que no comparten el mismo idioma.

Herramientas de apoyo a los profesionales de ciencias de la salud

Actualmente, la OMS promueve el término «cibersalud», que se define, de manera general, como el uso de las TIC para la salud (27) en distintas áreas de la actividad profesional en ciencias de la salud. El objetivo es abordar las inequidades o facilitar la resolución de distintas problemáticas en los sistemas y servicios sanitarios de los países en desarrollo y desarrollados (27).

Las aplicaciones de la cibersalud abarcan un amplio abanico de esferas como las siguientes:

- Almacenar, procesar y transmitir información sobre pacientes.
- Administrar la información clínica, administrativa y financiera generada en los

hospitales.

- Proporcionar mecanismos para el diagnóstico y el tratamiento entre profesionales de la salud que se encuentran a distancia.
- Desarrollar capacidad ofreciendo formación en ciencias de la salud y cursos de formación continua en línea para estudiantes y profesionales de la salud.
- Aprovechar el aumento de los dispositivos móviles para ofrecer enfoques innovadores de atención de salud.
- Realizar investigaciones complejas en biomedicina mediante redes distribuidas de ordenadores o suministro (27).

Por tanto, las TIC pueden emplearse como herramientas de soporte de actividades profesionales de investigación, formación y docencia en biomedicina y salud (28).

Así, en terapia ocupacional, la aplicación de este concepto y la ejecución de estas actividades, a través de las TIC, influyen en la prestación de los servicios. El aspecto más relevante es el tratamiento de la información, así como su almacenaje, desde el momento de derivación hasta la conclusión del servicio de terapia ocupacional.

La evaluación es el proceso de obtener e interpretar los datos necesarios para conocer el individuo, el sistema o la situación. Comprende la planificación y la documentación del proceso de evaluación, los resultados y las recomendaciones, como la necesidad de intervención, la modificación potencial en el plan de intervención o ambos. Las TIC en relación con este ítem cobran importancia debido al volumen de información que el profesional maneja. De ahí las numerosas iniciativas relacionadas con la promoción en el uso de distintas herramientas.

El tratamiento informatizado tiene el potencial de mejorar la eficiencia en la recogida y gestión de datos, así como la fiabilidad entre los evaluadores (29).

En España, se está favoreciendo la formación y capacitación de los profesionales, desde el ámbito privado al público. Ejemplos de esto son la puesta en marcha de bases de datos simples para recoger datos generales de los usuarios en entidades reducidas o el paso de determinados organismos públicos hacia la historia clínica electrónica (HCE).

Ésta es el registro en formato electrónico (por oposición a la ficha en papel) de la historia clínica de un paciente. Comprende información del tipo de resultados de pruebas y tratamientos farmacológicos, así como la historia general. Las TIC permiten ponerla rápidamente a disposición del personal autorizado que esté atendiendo al paciente (30).

Los datos avalan esta afirmación, ya que en España el 98% de los centros de salud públicos y el 70% de los hospitales del sistema nacional de salud cuentan con la HCE (4).

Por todo, el uso de las TIC impacta en la mejora de procesos asistenciales, en los mecanismos de información y comunicación entre los agentes sanitarios y agiliza los procesos burocráticos y organizativos internos de dicho sistema (31). Asimismo, permite reducir los costes y contribuye a mejorar la calidad asistencial³ (4).

Conclusiones

- La evidencia científica existente, aunque limitada, refleja los beneficios de las TIC tanto para la población general como para las personas con trastornos de salud mental y los profesionales del ámbito de la salud.
- La escasez de estudios científicos no implica que las TIC no sean una herramienta válida para la intervención en este ámbito, sino que reflejan la necesidad de una mayor investigación y publicación de resultados en la comunidad científica.
- Las personas con trastornos mentales representan un 9% de la población total y un 11,5% de la población con discapacidad. Sin embargo, no han sido objeto de estudio estadístico sobre el grado de penetración de las TIC.
- Existen herramientas tecnológicas, cotidianas y específicas, que son útiles y beneficiosas para la evaluación e intervención con personas con problemas de salud mental. No obstante, el desarrollo de un gran porcentaje de las herramientas específicas se centra en personas con trastornos del espectro autista, así como con trastornos del lenguaje asociado con otras patologías.
- Las TIC suponen un desafío para la práctica clínica y la investigación desde terapia ocupacional, emergiendo como «una herramienta creativa de crecimiento personal y de progreso social» (9).

Bibliografía

Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente,. *Práctica: informe compendiado*. Francia: Organización Mundial de la Salud; 2004.

American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain & process (2nd Ed.) Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-683.

Fundación Telefónica. La Sociedad de la Información en España 2007 [monografía en Internet]. Madrid, Barcelona: Fundación Telefónica, Ariel; 2007. Disponible en: <http://e-libros.fundacion.telefonica.com/sie07/>

Fundación Telefónica. La Sociedad de la Información en España 2010 [monografía en Internet]. Madrid, Barcelona: Fundación Telefónica, Ariel; 2011. Disponible en: <http://e-libros.fundacion.telefonica.com/sie10/>

Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. Declaración de Principios. 2003 [acceso febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.itu.int/wsis/index-es.html>.

Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2010 [acceso febrero de 2011]. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los hogares. Disponible en: <http://www.ine.es>.

Miranda de Larra R. *Discapacidad y eAccesibilidad*. Madrid: Fundación Orange; 2007.

Fundación Vodafone España, Red.es. TIC y Dependencia. Estudio de opinión [monografía en Internet]. Madrid: Fundación Vodafone España; 2007 [acceso febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.red.es/publicaciones/articulos/id/2442/tic-dependencia-estudio-opinion.html>.

CERMI, Observatorio Fundación Vodafone. El Estado Actual de la Accesibilidad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) [monografía en Internet]. España: Fundación Vodafone, CERMI; 2011 [acceso febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.cermi.es/ES-ES/COLECCIONESCERMI/CERMI.ES/Paginas/Inicio.aspx?TSMEIdPub = 92>.

Grande R., Pereira M.A., Mato V., Pazos A. Accesibilidad de las personas mayores a las tecnologías de la información y la comunicación: Situación actual en España. In: *En: Pereira J, Martínez LA, Fuertes JL, Vázquez JM (eds.). Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Autonomía Personal Dependencia y Accesibilidad*. Santiago de Compostela: Fundación Alfredo Brañas; 2008:93–114.

Grande R, Pereira J, Pousada T, Groba B, Pazos A. Proyecto In-TIC para la accesibilidad y usabilidad de las TIC en personas con diversidad funcional. *Revista Informativa de la APETO* 2008;(47):78-85.

Building foundations for eHealth. *Progress of member states: report of the Global Observatory for eHealth*. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2006.

Olivera Betrán J. La Sociedad de la Información. Análisis y retos actuales. *Apuntes Educación Física y Deportes* [revista en Internet] 2007 [acceso febrero de 2011]; (87): [3-6]. Disponible en: <http://www.revista-apuntes.com>

Fundación Orange. Informe anual sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España [monografía en Internet]. Madrid: Fundación Orange; 2010 [acceso febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.informeespana.es/docs/eE2010.pdf>

Hutchinson D, Anthony W, Massaro J, Rogers ES. Evaluation of a Combined Supported Computer Education and Employment Training Program for Persons with Psychiatric Disabilities. *Psychiatr Rehabil J* [revista en Internet] 2007 [acceso febrero de 2011]; 30 (3): [189-97]. Disponible en: <http://www.bu.edu/cpr/prj/>

Koblik M, Kidd SA, Goldberg JO, Losier B. So I Wouldn't Feel Like I Was Excluded: The Learning Experience in Computer Education for Personas with Psychiatric Disabilities. *Psychiatr Rehabil J* [revista en Internet] 2007 [acceso febrero de 2011]; 32 (4): [306-8]. Disponible en: <http://www.bu.edu/cpr/prj/>

Guillén AI, Linos P, Hernández M, Witt J. Diseño de un modelo de trabajo con

personas jóvenes con enfermedad mental grave. *Informaciones psiquiátricas* [revista en Internet] 2008 [acceso febrero de 2011]; (194): [371-78]. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/04_194_04.htm

Ybarra ML, Eaton WW. Internet-Based Mental Health Interventions. *Ment Health Serv Res* [revista en Internet] 2005 [acceso febrero de 2011]; 7 (2): [75-87]. Disponible en: <http://www.springer.com/public+health/journal/11020>.

Vaimberg Grillo R. Usos y sentidos de las TICs (Tecnologías de información y comunicación) en jóvenes diagnosticados de Trastorno mental severo (TMS). Análisis de los foros de *Psiquiatría.com*. *Psicologia.com* [revista en Internet] 2006 [acceso febrero de 2011]; 10 (2): [19 p.]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/issue/view/98/>

Depp CA, et al. Mobile Interventions for Severe Mental Illness. Design and Preliminary Data From Three Approaches. *J Nerv Ment Dis* [revista en Internet] 2010 [acceso febrero de 2011]; 198 (10): [715-21]. Disponible en: <http://journals.lww.com/jonmd/pages/default.aspx>

Botella C, et al. La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: revista sobre la sociedad del conocimiento* [revista en Internet] 2007 [acceso febrero de 2011]; (4): [32-41]. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>

Gooch P, Living R. The Therapeutic Use of Videogames within Secure Forensic Settings: a Review of the Literature and Application to Practice. *BJOT* [revista en Internet] 2004 [acceso febrero de 2011]; 67 (8): [332-41]. Disponible en: [http://www.cot.org.uk/Homepage/Library_and_Publications/British_Journal_of_Occupational_Therapy_\(BJOT\)/](http://www.cot.org.uk/Homepage/Library_and_Publications/British_Journal_of_Occupational_Therapy_(BJOT)/)

Freire J. Los restos y oportunidades de la Web 2.0 para las universidades. In: *En: Jiménez Cano R, Polo F (eds.). La Gran Guía de los Blogs 2008*. España: El Cobre Ediciones; 2007:82–90.

Orihuela J.L. *La revolución de los blogs Cuando las bitácoras se convirtieron en el medio de comunicación de la gente*. Madrid: La Esfera de los Libros; 2006.

Martínez Gimeno A, Hermosilla Rodríguez JM. El Blog como herramienta didáctica en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación* [revista en Internet] 2010 [acceso febrero de 2011]; (38): [165-75]. Disponible en: <http://www.sav.us.es/pixelbit/>

Guerrero Ortiz JA. Hacia la recuperación de la autonomía personal en situaciones de dependencia. *Revistaesalud.com* [revista en Internet] 2008 [acceso febrero de 2011]; 4 (14). Disponible en: <http://revistaesalud.com>

Organización Mundial de la Salud. *Global E-Health Survey* [monografía en Internet].

OMS; 2009 [acceso febrero de 2011]. Disponible en:
http://www.who.int/goe/data/global_e-health_survey_2009_es.pdf

Monteagudo Peña JL. Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Educ Med [revista en Internet] 2004 [acceso febrero de 2011]; 7 (Supl 2): [15-22]. Disponible en: <http://www.educmed.net>

Eisen SV, Toche-Manley LL, Grissom GR. Computer-Administered Versus Paper-and-Pencil Mental Health Surveys. Psychiatr Serv [revista en Internet] 2004 [acceso febrero de 2011]: 55 (11): [1316-7]. Disponible en: <http://es.psychiatryonline.org>

Kay M, Dzenowagis J, Olesen M, Boucher P. Encuesta Mundial sobre Cibersalud 2005. Glosario de términos de la encuesta [monografía en Internet]. OMS; 2005 [acceso febrero de 2011]. Disponible en:
http://www.who.int/goe/data/Global_eHealth_Survey-Glossary-SPANISH.pdf

Fundación Telefónica. Las TIC en la sanidad del futuro [monografía en Internet]. Madrid, Barcelona: Fundación Telefónica, Ariel; 2006. Disponible en: <http://e-libros.fundacion.telefonica.com/ticensanidad/>

Autoevaluación capítulo 17

1. En relación con la expresión tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
 - a. Las TIC son elementos y técnicas utilizadas en la transmisión y el tratamiento de la información, entre las que se incluyen principalmente la informática, Internet, la ingeniería civil y las telecomunicaciones.
 - b. El acceso y uso de las TIC significa el acceso y uso a los elementos y técnicas de la sociedad de la información, que se considera un derecho inherente a los ciudadanos.
 - c. Las TIC son un medio a través del cual las personas encuentran nuevas oportunidades de interacción y de contacto con la realidad.
 - d. b y c son correctas.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. De forma genérica, las TIC son elementos y técnicas utilizadas en la transmisión y el tratamiento de la información, que incluyen principalmente la informática, Internet y las telecomunicaciones, pero no la ingeniería civil. Además, y tal y como se refleja en el capítulo y en otros documentos relevantes, las TIC se consideran un derecho de toda la población. En la actualidad, se convierten en «una herramienta creativa de crecimiento personal y de progreso social» y, por lo tanto, en una fuente de oportunidades.

2. Las herramientas tecnológicas pueden tener distintas características. Para la intervención en salud mental es necesario que sean:
 - a. Herramientas cotidianas.
 - b. Herramientas específicas.
 - c. Aplicaciones para ordenador.
 - d. Ninguna es correcta.
 - e. Sólo a y b son correctas.

Correcta: *d*. Sea cual sea el enfoque teórico del profesional, los beneficios de las TIC son indudables, siempre y cuando sean creadas, desarrolladas y utilizadas por y para el conjunto de los ciudadanos. Por lo tanto, las herramientas tecnológicas pueden ser empleadas en la intervención en salud mental, sea cual sea la población diana para la que se creó y siempre que favorezcan el desempeño en las áreas ocupacionales. Una herramienta cotidiana no excluye el uso de una herramienta específica y viceversa.

3. La clasificación de las herramientas expuestas en el capítulo se ha estructurado en función de:
 - a. El *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso* (2.^a ed.), de la American Occupational Therapy Association (AOTA).

- b. El *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso* (2.ª ed.), de la AOTA, y basándose en la población diana a la que van dirigidas.
- c. La clasificación genérica está hecha basándose en la población diana a la que van dirigidas las herramientas y las subcategorías se han estructurado basándose en el *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso* (2.ª ed.), de la AOTA.
- d. La clasificación genérica se basa en la población diana a la que van dirigidas las herramientas y las subcategorías se han estructurado basándose en el dispositivo en el que se instalan o bien en su utilidad terapéutica.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *d*. La clasificación genérica está hecha basándose en la población diana a la que van dirigidas las herramientas: herramientas cotidianas (aquellas que están dirigidas a la población general y que son usadas en el día a día) y herramientas específicas (aquellas creadas y desarrolladas para personas con discapacidad o, más específicamente, para personas con enfermedad mental).

Las subcategorías se han estructurado basándose en el dispositivo en el que se instalan (p. ej., herramientas Web y aplicaciones para ordenador) o bien en función de su utilidad terapéutica (p. ej., aplicaciones para ordenador para comunicación y aplicaciones para ordenador para ocio y tiempo libre).

4. El término «cibersalud», según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿cómo se define y qué conceptos abarca?
- a. Se define como el uso de las TIC para la salud y abarca esferas como la información de los pacientes, el diagnóstico, la investigación y la formación a través de la tecnología móvil.
 - b. Se define como el uso de las TIC para la salud y abarca, entre otras, esferas como la información de los pacientes, la historia clínica, el diagnóstico y la investigación a través de distintas herramientas tecnológicas.
 - c. Se define como el uso de las TIC para la salud que pueden ser empleadas como herramientas de soporte de actividades profesionales de investigación, formación y docencia en biomedicina y salud.
 - d. a y b son correctas.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Según la documentación referenciada de la OMS, el término «cibersalud» se define como el uso de las TIC para la salud, e incluye distintos ítems: almacenar, procesar y transmitir información sobre pacientes; administrar la información clínica, administrativa y financiera generada en los hospitales; proporcionar mecanismos para el diagnóstico y el tratamiento entre profesionales de la salud que se encuentran a distancia; desarrollar capacidad ofreciendo formación en ciencias de la salud y cursos de formación continua en línea para estudiantes y profesionales de la salud; aprovechar el aumento de los dispositivos

móviles para ofrecer enfoques innovadores de atención de salud, y realizar investigaciones complejas en biomedicina mediante redes distribuidas de ordenadores o suministro.

5. Según los autores, ¿qué características tiene la Web 2.0?
- a. Es una red social o de relaciones interactivas, abierta a los internautas que quieran participar en los procesos comunicativos de producción, difusión, recepción e intercambio de todo tipo de archivos. Implica una transformación importante respecto a la Web 1.0 puesto que la sociedad pasa a ser la auténtica gestora, generando así un nuevo modelo comunicativo, una nueva dimensión y significación social. De ese modo, se pasa de un modelo vertical de información y conocimiento a otro horizontal en el que los usuarios aparecen al mismo nivel, sin orden jerárquico, ni de prioridad de unos sobre otros.
 - b. Es un paquete de aplicaciones para Windows que ofrece posibilidades de manejo sencillo e intuitivo de distintos documentos y archivos para utilizar en contextos como el domicilio, el colegio, el trabajo o la comunidad. Además, ofrece fórmulas para que estos documentos se personalicen a través de habilidades creativas.
 - c. Paquete de ofimática libre, de código abierto y distribución gratuita, que incluye herramientas como procesador de texto, hoja de cálculo, presentaciones, herramientas de dibujo y base de datos. Está disponible para Windows, Linux y Mac OS y en distintos idiomas.
 - d. Es un *software* que permite crear, editar y modificar montajes con vídeo, sonido e imágenes. Permite cortar, unir y pegar elementos multimedia de manera sencilla dando resultados muy visuales. Destacan los elementos de transición y los efectos de imagen y vídeo.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *a*. Web 2.0 es una red social o de relaciones interactivas, abierta a los internautas que quieran participar en los procesos comunicativos de producción, difusión, recepción e intercambio de todo tipo de archivos. Implica una transformación importante respecto a la Web 1.0, puesto que la sociedad pasa a ser la auténtica gestora, generando así un nuevo modelo comunicativo, una nueva dimensión y significación social. De ese modo, se pasa de un modelo vertical de información y conocimiento a otro horizontal en el que los usuarios aparecen al mismo nivel, sin orden jerárquico, ni de prioridad de unos sobre otros. Los beneficiarios son la población en general, aunque Freire, en *Los retos y oportunidades de la Web 2.0 para las universidades*, muestra que ésta puede entenderse como un facilitador de un cambio de paradigma en los procesos de aprendizaje, y por tanto, emplearse en la docencia.

¹ Se ofrece más información sobre las herramientas cotidianas y específicas en la página web del capítulo.

- ² Está disponible información más específica sobre herramientas cotidianas, como la web 2.0 o como las consolas, en la página web del capítulo.
- ³ Para consultar más información acerca del concepto de ciberseguridad y su aplicación en España se remite al lector a la página web del capítulo y al [capítulo 7](#) de esta obra.

Parte IV
**Diseño e implementación de la
intervención**

Sección 1

Espacios terapéuticos

Grupos en terapia ocupacional

P. Moruno Miralles, M.A. Talavera Valverde

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Grupos en terapia ocupacional

Grupos de entrenamiento de habilidades sociales: definición y marco teórico

Grupos de orientación psicodinámica: definición y marco teórico

Grupos de orientación humanista: definición y marco teórico

Aspectos metodológicos de la intervención grupal

Programación de grupos de entrenamiento de habilidades sociales

Programación de grupos de orientación psicodinámica

Programación de grupos de apoyo o sostén

Niveles de intervención

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental

Recuperación de destrezas y vínculos sociales

Grupos y participación social

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Identificar los elementos básicos que influyen en la formación, evolución y resolución de grupos terapéuticos.
- Definir y diferenciar las características básicas de los distintos enfoques teóricos que adoptan los grupos en terapia ocupacional.
- Conocer los principios teóricos y metodológicos en que se apoya el trabajo grupal en terapia ocupacional.
- Distinguir los distintos niveles de intervención en los que se aplican los grupos de

terapia ocupacional y sus objetivos.

Introducción

Todo trabajo grupal se sustenta en un mismo hecho empírico: el comportamiento individual se modifica cuando se inscribe en el seno de un grupo; la conocida sentencia que afirma que un grupo es *algo más* que la suma de sus miembros. Las perspectivas teóricas que se han adoptado para explicar este fenómeno son muy numerosas¹ y más aún las aplicaciones técnicas que se apoyan en ellas –en ámbitos tan dispares como la educación, la salud y las organizaciones–, por sólo citar algunas.

En este variopinto panorama no nos queda más que afirmar que *la forma que adquiere el trabajo terapéutico con grupos depende del referente teórico adoptado por el terapeuta*. Por tanto, en puridad, no podemos hablar de grupo, en singular, como si éste fuese siempre concebido de una forma unánime basada en principios comunes. Más bien hablaremos de *grupos*, en plural, puesto que son diversas las maneras de conceptualizarlos y, por tanto, de aplicarlos terapéuticamente.

No obstante, para adoptar un punto de partida que nos permita circunscribir inicialmente el objeto de estudio al que nos referimos, hemos optado por rescatar algunas ideas generales de la psicología social² que nos aporten un marco general para describir cómo se *forman, desarrollan y estructuran* los grupos. Tales nociones nos permitirán familiarizarnos con los términos y conceptos que suelen utilizarse para analizar y comprender los fenómenos grupales, sin renunciar a describir otras formulaciones teóricas.

Desde la óptica de la psicología social, el estudio de los grupos aporta un conjunto de conocimientos teóricos, fruto de numerosas investigaciones, que persiguen definir, delimitar y dar carta de naturaleza científica a este objeto de estudio. Con esta pretensión trata de constatar las fuerzas y movimientos que actúan sobre los grupos y cómo éstos influyen en el comportamiento individual de sus miembros en el transcurso de su actividad. Se parte del presupuesto que afirma que el comportamiento individual en el seno de un grupo está sujeto a leyes y, por ello, es susceptible a la experimentación para descubrir constancias, tendencias, propensiones o leyes de conducta psicosocial³ (1). Veamos algunos de los fenómenos básicos que nos permiten definir y comprender mejor qué es un grupo.

Generalmente, los grupos se organizan y estructuran en torno a actividades comunes (laborales o culturales, entre otras), en las que se implican sus miembros, aunque las fuerzas que los cohesionan y dotan de identidad surgen de la interacción y comunicación de los participantes entre sí y con la sociedad en general (2). Los factores que influyen en la formación y desarrollo de un grupo se describen de forma resumida en la [tabla 18.1](#).

Tabla 18.1 Factores relacionados con la formación y desarrollo de los grupos

Factor	Grupo
Objetivos	Los objetivos del grupo son consustanciales a él desde su creación. Los componentes del grupo se sienten partícipes de ellos
Organización de la actividad	El grupo se organiza en torno a la actividad realizada y las tareas se reparten entre los miembros
Eficacia	La eficacia se mide por los resultados obtenidos. En general, prima la conformidad respecto a los resultados más que su excelencia
Relaciones	En las relaciones entre los miembros del grupo predominan las ligadas a la permanencia, la conformidad con las decisiones y el cumplimiento de las normas grupales, aunque es frecuente que se creen subgrupos o camarillas
Identificación	Los miembros se identifican con el grupo, se sienten incluso orgullosos de pertenecer a él
Valores	Los valores compartidos los establece el propio grupo
Liderazgo	El grupo fomenta la aparición de líderes formales, generados por el propio grupo
Información	Los líderes administran la información manejada en el grupo
Normas	El líder exige explícitamente el cumplimiento de las normas organizativas del grupo
Homogeneidad	Además del interés común que lleva a los participantes a formarlo, cierta homogeneidad en cuanto a la edad, el nivel intelectual y el estatus social de los componentes favorece el funcionamiento del grupo
Voluntariedad	El ingreso al grupo es voluntario, lo que favorece la participación y la responsabilidad
Reducido	El número de integrantes de un grupo es reducido, lo que permite a los miembros su actuación y favorece la dinámica grupal
Informalidad	Permite que los miembros se expresen en forma espontánea
Primario	Entre los miembros debe existir una relación cordial que los una, sin que haya presiones o imposiciones externas
Flexible	Debe permitir el cambio
Frecuencia	Debe existir una frecuencia en los encuentros para que los miembros tomen conciencia de pertenencia y se favorezca el proceso grupal
Normas	Son las reglas de funcionamiento del grupo aceptadas por todos los miembros de éste y que regulan su funcionamiento
Cultura	Los grupos se inscriben en una cultura, con valores y creencias compartidos, trasfondo del aprendizaje colectivo del grupo
Interacciones	Las acciones de un miembro del grupo influyen en el resto, lo que supone un proceso de interacción que conforma la dinámica grupal
Cohesión	Este fenómeno grupal viene dado por el sentimiento de pertenencia al grupo
Clima grupal	Los grupos adquieren una tonalidad afectiva que genera estados de ánimo que favorecen o entorpecen la expresión de los miembros del grupo
Emociones compartidas	Los grupos generan emociones y sentimientos que influyen en la cohesión grupal
Sistemas de comunicación	Los canales de comunicación fluida dentro del grupo facilitan el desarrollo de los objetivos propuestos y, por tanto, el devenir de la acción real del grupo

Modificada de Pobrete (2006) y Loscertales (1996).

La estructura del grupo, los fenómenos que acontecen en él y las fases o etapas de su desarrollo se interpretan de acuerdo con la orientación teórica que se adopte. Desde cada una de estas aproximaciones se formulan distintas fases y/o subfases,

atribuyéndoles una importancia específica, que explican cómo se constituye, qué ocurre, cómo evoluciona el grupo y de qué forma influye en el comportamiento de sus integrantes. A pesar de sus diferencias, todas ellas comparten la idea común que postula la existencia de un proceso de estructuración y progreso en los grupos. En la [tabla 18.2](#) exponemos las etapas más habitualmente aceptadas para describir el desarrollo temporal de los grupos.

Tabla 18.2 Fases del desarrollo grupal

Fase	Definición
Constitución o formación	Se inicia cuando los miembros del grupo toman contacto por primera vez y empiezan a interactuar. Gracias a esta interacción se designan, ya sea de forma natural o inducida, los roles y el estatus de cada participante en el grupo, y se evidencian diversas funciones de liderazgo. Establecido el grupo se ponen en juego las relaciones interpersonales y las dificultades asociadas con la interacción
Conflicto	Es frecuente que durante la dinámica del grupo surjan problemas asociados con la interacción entre sus miembros, el director del grupo o los líderes formales. El liderazgo puede ser cuestionado y aparecer fenómenos de dependencia, subgrupos, boicot, liderazgo informal, entre otros. Se establecen canales y estilos de comunicación que, si son deficientes o ineficaces, dan origen a dificultades que pueden llegar incluso a que el grupo se «estancue» y no supere esta etapa
Normalización	En ocasiones, la hostilidad previa y los enfrentamientos se reemplazan por la focalización en los objetivos del grupo, lo que favorece la cooperación y la comunicación entre los miembros. El grupo trabaja para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas, lo que da paso a la cohesión grupal. Además, los roles y las funciones se clarifican para regular el cumplimiento de las tareas
Cohesión	Se caracteriza por la unión del grupo, el sentimiento de pertenencia y la resolución de los conflictos y dificultades en las relaciones interpersonales. El establecimiento de roles, vías eficaces de comunicación y un liderazgo estable facilita la cohesión del grupo
Terminación	En la que se disuelve el grupo. Se reconoce desde el exterior la labor realizada y la experiencia grupal deja una huella entre los integrantes, más allá de su finalización, ya que se establecen lazos emocionales y un fuerte sentido de pertenencia

Modificada de Tuckam, 2007.

Las variables asociadas a su formación (heterogeneidad de sus miembros, tamaño del grupo, tiempo y frecuencia de la interacción, actividades y objetivos o estilos de liderazgo), condicionan de forma directa los fenómenos y la evolución del grupo, son los pilares sobre los que se estructura el grupo. De esta forma, podemos distinguir distintas tipologías grupales con diversas estructuras formales ([tabla 18.3](#)).

Tabla 18.3 Tipología de los grupos

Teorías	Tipos	Características
Estructura colectiva	Categorías sociales	Reunión puramente conceptual de una pluralidad de personas
	Masas	Formaciones agudas y pasajeras que aparecen y desaparecen en períodos breves de tiempo

	Multitud	Variante de la masa, se unen por un motivo muy superficial
Estructura por características	Primarios	Formación espontánea, con un número restringido de participantes que interactúan de forma directa (cara a cara), los miembros se sienten parte del grupo y su comunicación se realiza sin intermediarios
	Secundarios	Formación espontánea, con un número amplio de miembros, sin interacción directa, la comunicación necesita de intermediarios
Estructura por eficacia y satisfacción	Sociogrupos	Definidas por la necesidad de lograr un objetivo, grupos orientados a la eficacia
	Psicogrupos	Son estructuras más flexibles basadas en lazos afectivos o de interacción
Estructura por formación	Formales	Organización jerárquica predeterminada y explícita
	Informales	Basados en la cohesión de la que emerge la estructura del grupo
Estructura por tamaño grupal	Pequeño	Máximo 12 miembros, interacción directa. Se aplican con objetivos terapéuticos o para el aprendizaje
	Mediano	Máximo 40 miembros. Se aplican con objetivos didácticos y expositivos
	Gran grupo	Por encima de los 40 miembros. Utilidad puramente informativa
Estructura por roles	Autocrático	Estructura rígida y jerarquizada, el líder es autocrático tomando las decisiones individualmente
	Democrático	Normativa clara aceptada por todos, estructura flexible y decisiones por consenso
	<i>Laissez-Faire</i>	No posee estructura ni normas definidas, el liderazgo es atribuido por los miembros del grupo

Modificada de Núñez, 1996.

La exposición que acabamos de realizar, aunque brevísima y parcial, nos permite constatar que el estudio de los grupos es amplísimo, interesa a diversas áreas de conocimiento y disciplinas, que usan diferentes métodos y técnicas de investigación (etnográfico, experimental, psicodinámicos) y ha dado lugar a numerosas aplicaciones técnicas, entre ellas la aplicación terapéutica de los fenómenos grupales. Evidentemente supera con mucho el cometido de este capítulo siquiera contemplar aunque sólo fuera sucintamente todas ellas. En estas páginas sólo nos interesa cómo han conceptualizado el trabajo con grupos los terapeutas ocupacionales en el ámbito de la salud mental y de qué forma conciben su utilidad terapéutica.

Grupos en terapia ocupacional

El quehacer profesional del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental se inscribe en gran medida en intervenciones de carácter grupal. Según Howe y Schwartzberg (3), el comienzo de la utilización de grupos en terapia ocupacional puede fecharse alrededor de 1922, cuando Adolf Meyer (4) desarrolla programas individualizados para el entrenamiento de las destrezas asociadas a determinados oficios en el seno de un encuadre grupal. Desde esta temprana fecha nuestra labor se ha desarrollado frecuentemente enmarcada en grupos, aunque en todo momento no se hayan seguido los mismos principios teóricos para sostener su aplicación.

Estas autoras (3) identifican y describen la labor de los terapeutas ocupacionales con grupos a lo largo de nuestra historia, definiendo cinco etapas o períodos diferenciados: *proyecto*, *socialización*, *dinámica grupal*, *psicodinámica* y *adaptación*. Veamos sus características básicas para comprender mejor cómo ha evolucionado el trabajo grupal de los terapeutas ocupacionales en el ámbito de la salud mental.

La etapa inicial, que denominan del *proyecto*, no puede considerarse estrictamente trabajo grupal, ya que las actividades que se utilizaban no tenían un objetivo común para todos los participantes, ni se tomaban en consideración las interrelaciones entre los miembros o los fenómenos grupales. Más que un trabajo grupal deberíamos considerarlo un trabajo colectivo. Esta perspectiva dominará los años comprendidos entre 1922 y 1936⁴.

A partir de 1937 da comienzo el período de la *socialización*. La concepción teórica del grupo y de su eficacia terapéutica cambia drásticamente, resaltando su valor como proveedor de oportunidades para la socialización, en especial entre los pacientes con trastornos mentales más graves. Entre los objetivos que se persiguen encontramos la adquisición de destrezas de interacción y comunicación (capacidad de cooperación, competencia o comunicación), la mejora de la conciencia social y el sentido de gratificación y pertenencia a través de la participación en el grupo⁵.

La década de 1950 es testigo de intervenciones grupales aplicadas como técnicas específicas para alcanzar metas terapéuticas concretas. La aparición de tratamientos psicofarmacológicos eficaces durante este decenio (especialmente los fármacos antipsicóticos, que eliminan la sintomatología positiva), mejora la capacidad general de interacción social de los pacientes psiquiátricos, lo que permite a los terapeutas ocupacionales –superando su concepción del grupo como vehículo para compensar el aislamiento social, puesto que aporta oportunidades de interacción– diseñar grupos para abordar objetivos específicos asociados con la interacción social. El énfasis recae en la *dinámica grupal*, en las relaciones interpersonales en el seno del grupo como mecanismo terapéutico básico, más que en las características de la actividad⁶. El abordaje grupal, frente a las terapias verbales, parece ser un método más eficaz

para pacientes psicóticos crónicos y graves⁷.

Esta tendencia teórica se consolida durante la década de 1960, gracias a los trabajos de Fidler y Fidler (5,6), quienes describen el prototipo del tratamiento grupal de terapia ocupacional en la etapa *psicodinámica*. En ella se persigue que el paciente explore los determinantes psicodinámicos de su comportamiento a través de su participación en grupos orientados a la tarea. Los grupos de terapia ocupacional tienen como objetivo principal el fortalecimiento de las defensas del yo, mejorar el *insight* para enjuiciar la realidad y tomar decisiones y modificar el comportamiento gracias a la introspección. La idea central en que se apoyan estos grupos de terapia ocupacional es que la exposición del paciente a una variedad de actividades, con un rango determinado de demandas de relación emocional e interpersonal, posibilita el desarrollo y reconstrucción de un yo equilibrado, capaz de afrontar aquellas situaciones de interacción social que permitan al sujeto vivir en sociedad y, a la vez, satisfacer sus necesidades afectivas y emocionales. Como se puede constatar, los objetivos y el desarrollo de los grupos de terapia ocupacional son muy similares a los grupos de orientación psicoanalítica.

A lo largo de los años comprendidos entre 1970 y 1980 cambian las tendencias teóricas. Durante ese período el trabajo con grupos se centró en el *entrenamiento de conductas* y destrezas para la adaptación y la competencia social, basándose fundamentalmente en los principios del aprendizaje y en las teorías de la psicología social. El énfasis recae en la adaptación social a través de experiencias grupales estructuradas para alcanzar objetivos de aprendizaje⁸.

La sucinta revisión histórica que acabamos de hacer evidencia que la forma que adquiere nuestro trabajo con grupos depende del marco de referencia teórico en el que nos ubiquemos y desde el que contemplemos y concibamos la técnica grupal. Pero, además, ya sea consecuencia de la práctica profesional actual⁹ o de la tradición histórica de nuestra disciplina, nuestro interés por los fenómenos que se dan en el seno de un grupo, sus peculiaridades y su utilización terapéutica debe detenerse parsimoniosamente. Incluso podemos considerar incongruente (7) la labor del terapeuta ocupacional que trabaja con grupos sin considerar sus singularidades. Que nos pasen inadvertidas no implica que no influyan en nuestro quehacer diario. En consecuencia, desde nuestro punto de vista, es necesario que el terapeuta ocupacional esté familiarizado con los principios teóricos en los que se apoya el trabajo en grupo y que adquiera las habilidades prácticas imprescindibles para aplicarlos terapéuticamente en su práctica cotidiana¹⁰.

Resumiendo, hoy por hoy conviven diferentes formas de concebir y aplicar el trabajo grupal en terapia ocupacional, en relación directa con la orientación teórica adoptada por cada terapeuta ocupacional. Si seguimos la clasificación y terminología establecida por Jennifer Creek (8), entre las de mayor implantación podemos citar: los grupos de apoyo o soporte –que descansan principalmente en un marco de referencia teórico humanista–; los grupos explorativos, sustentados en teorías

psicodinámicas y los grupos de entrenamiento de habilidades sociales, ligados a las distintas áreas de desempeño ocupacional, que se apoyan básicamente en los principios del marco de referencia cognitivo-conductual.

En lo que resta de capítulo examinaremos los aspectos básicos de cada una de estas perspectivas y las particularidades de su utilización. Revisaremos qué las define, su soporte teórico, las particularidades respecto a su evaluación, diseño y programación, los distintos objetivos que persiguen y con qué propósito pueden aplicarse en relación con las características de la población abordada.

Además, en los contenidos vinculados a este capítulo en la página web expondremos un ejemplo práctico para ilustrar cómo se diseña e implementa un grupo de entrenamiento de habilidades sociales. También nos gustaría advertir que buena parte de los contenidos de este capítulo han sido publicados anteriormente en otros documentos y manuales. Para ampliar la información que aquí aportamos recomendamos al lector consultar las referencias bibliográficas citadas en el texto (9–11).

Grupos de entrenamiento de habilidades sociales: definición y marco teórico

Como expusimos en otras publicaciones (9,10), definir una habilidad social no es tarea sencilla. Esta dificultad se debe a que cualquier habilidad social depende en buena medida del contexto en el que se dé y éste es cambiante. El género, la edad, el nivel educativo y cultural, el status social y la situación de interacción determinan la habilidad social de un sujeto, en un determinado momento y en un escenario concreto. Por tanto, es muy difícil aislar criterios absolutos que definan la habilidad social, que sirvan para cualquier persona en distintas circunstancias.

Para salvar esta dificultad, apoyándonos en la literatura sobre la materia, podemos identificar aquellos rasgos comunes a numerosas habilidades sociales que, en general, se admiten como características genéricas de éstas, aunque de ello no debe desprenderse que es innecesario identificar gracias al proceso de evaluación los rasgos concretos que definen las habilidades sociales de los individuos en el medio natural en el que se ponen en juego.

Si lo hacemos así, las habilidades sociales se definen como comportamientos:

- Complejos. Formados por conductas más simples, lo que nos permite identificar sus componentes motores, cognitivos y afectivos para evaluarlos y entrenarlos.
- Manifiestos. Es decir, observables en situaciones de interacción social. Por tanto, susceptibles de medida y sujetos a los principios del aprendizaje.
- Heterogéneos. Desde conductas sencillas, como un saludo, hasta muy elaboradas, como las de un orador.
- Orientados a objetivos. Cada habilidad social se asocia con un objetivo o con una meta funcional; obtener información, alcanzar nuestros propósitos, hacernos entender, obtener la aprobación de otros, defender nuestras ideas, entre otras.
- Específicos. Su eficacia depende del contexto en el que se emiten. Las habilidades sociales están estipuladas y condicionadas por el grupo social y la cultura de referencia, por aspectos normativos y subjetivos, que dotan de sentido y eficacia al comportamiento.
- Interactivos. Su emisión varía con las respuestas del interlocutor, con los cambios que tienen lugar en el medio o con el logro parcial o total de los objetivos deseados.
- Integrados. Por una secuencia específica de conductas más simples. La eficacia de cada una de estas conductas dependerá del momento en el que se produzcan¹¹.

Dicho esto, arriesgamos una definición operativa de habilidades sociales:

conjunto de conductas, tanto verbales como no verbales, que permiten a un individuo en un contexto interpersonal dado interactuar socialmente de forma eficaz, adaptativa y funcional.

Obviamente, su entrenamiento lo realizan diferentes profesionales sociales y de la salud, desde la perspectiva singular que aporta su disciplina, con objetivos diferentes y complementarios. Para los terapeutas ocupacionales, la particularidad de este entrenamiento reside en ligarlo al desempeño eficaz de actividades y roles ocupacionales concretos. A nuestro modo de entender, planificar el entrenamiento de las habilidades sociales de forma coordinada entre todos los profesionales que forman el equipo interdisciplinario es una estrategia útil que aumenta la eficacia de la intervención. Verbigracia, mientras que el psicólogo puede realizar un entrenamiento genérico de la competencia social (asertividad o destrezas básicas de comunicación), el terapeuta puede centrar su foco de atención en la generalización del comportamiento en contextos naturales de interacción, asociándolo al desempeño de actividades o roles ocupacionales.

El marco teórico que sustenta los grupos de entrenamiento de habilidades sociales es el cognitivo-conductual (v. el apartado «Aplicaciones del marco de referencia cognitivo-conductual» en el [capítulo 4](#)), con las aportaciones adicionales de las teorías de la psicología social. Especialmente las teorías del aprendizaje social, por observación o vicario de Bandura (12), que plantean que el ser humano adquiere conductas observando e imitando a sus semejantes. No obstante, debemos advertir que, en su desarrollo, esta técnica también se apoya en otras teorías del aprendizaje, empleando procedimientos operantes y clásicos, instrucciones verbales y estrategias cognitivas.

Desde estos principios, las habilidades sociales se equipan con las habilidades motoras. Así, la emisión de una habilidad social, al igual que una habilidad motora, se organiza en torno a cinco procesos básicos:

- Objetivo, intencionalidad y/o motivación social.
- Percepción.
- Transducción: transformación de la información perceptiva en respuestas motoras.
- Respuesta.
- Retroalimentación y corrección de la respuesta.

En su origen, cualquier habilidad social es resultado de la intencionalidad o motivación del sujeto para la acción, fuente de activación fisiológica de la que se obtiene la energía necesaria para la emisión de los comportamientos que forman las distintas habilidades sociales. La psicología social ha identificado orígenes distintos para la motivación social que lleva a los seres humanos a relacionarse e interactuar con sus semejantes; entre otros, dominancia, agresión, afiliación, atracción,

dependencia, autoestima, identidad del *yo* y otros impulsos no sociales que producen interacción social. El estudio de las relaciones interpersonales desde la psicología social ha permitido alcanzar conclusiones empíricas de gran interés, entre ellas destacan el valor explicativo del contexto en la conducta social, su valor adaptativo y su origen biológico, la relevancia de la historia del aprendizaje individual en la adquisición del comportamiento relacional y la influencia de factores culturales en la adquisición y emisión de estos comportamientos (9). Tales motivaciones nos llevan a interactuar con nuestros semejantes, poniéndonos en contacto con entornos estimulares en los que se adquieren y actualizan nuestras habilidades sociales.

Gracias a la *percepción* de cada situación podemos seleccionar aquellos estímulos relevantes del ambiente e, interpretándolos, elaborar respuestas eficaces en cada interacción social concreta en que nos encontremos inmersos. La percepción de las señales relevantes es un proceso activo. Por tanto, es posible entrenar a un sujeto para que discrimine de forma selectiva las señales que le faciliten obtener la información necesaria para interactuar eficazmente. Así, podremos entrenar la apreciación de expresiones faciales y gestuales, postura, tono de voz y cualquier otro aspecto implicado en el proceso de percepción.

El proceso de *transducción* es aquel que permite que las percepciones recibidas en cualquier momento de la interacción social se transformen en un plan de acción determinado. En él están implicadas las capacidades cognitivas y de procesamiento de la información, aunque con frecuencia la transducción se automatiza en la medida en que las habilidades se repitan.

Establecido el plan de acción (sea éste consciente o automatizado), éste se transforma en respuestas manifiestas. La emisión de una determinada *respuesta* tendrá unas consecuencias concretas. Sus efectos son percibidos como estímulos y su valoración lleva al sujeto a corregir el comportamiento a la luz de los resultados y en relación con sus objetivos. Este último proceso corresponde con la *retroalimentación* y la *corrección* de la respuesta.

Como hemos resumido, éste es el mecanismo básico que subyace a la emisión de comportamientos vinculados con la interacción social eficaz. No obstante, también debemos tener en cuenta que las habilidades sociales se adquieren a lo largo del desarrollo evolutivo del individuo, gracias a procesos de aprendizaje social, en los que el sujeto se ve expuesto a diferentes situaciones sociales, inicialmente en el seno del núcleo familiar, en la escuela o en la calle (conformando los procesos de socialización primaria y secundaria) y, posteriormente, como consecuencia de las relaciones interpersonales en las que se vea involucrado (en el trabajo, en las relaciones íntimas o en las actividades de ocio). Por tanto, la *historia de aprendizaje* y el *estadio del ciclo evolutivo* en el que se encuentre el sujeto son elementos de especial importancia en la explicación de las habilidades sociales que posea en un momento y en una circunstancia social dados. No obstante, otros modos de aprendizaje también determinan la adquisición y el desarrollo de las habilidades

sociales. Así, las normas sociales que se introducen como *instrucciones* –«¿qué se dice? (gracias)», «debes despedirte cuando te vas»–, el *refuerzo* contingente a la emisión de un comportamiento, el proceso de *maduración* cognitiva, todo ello inscrito en los usos y costumbres dictados por la *cultura*, son elementos implicados en la adquisición, emisión y mantenimiento de las habilidades sociales de cada individuo.

Por último, nos gustaría subrayar que a lo largo de su experiencia vital cada sujeto adquiere su propio *estilo* de relación e interacción social. Éste forma parte de nuestra identidad. Entendemos que un proceso de aprendizaje social exitoso lo es solamente cuando permite a un sujeto desenvolverse adecuada y satisfactoriamente, tanto bajo su propio criterio como bajo el de quienes lo rodean (con mayor o menor grado de aceptación), en diferentes escenarios sociales. Si no tenemos en cuenta esta última consideración corremos el riesgo de *amaestrar*, más que entrenar, a los individuos con los que trabajamos.

Grupos de orientación psicodinámica: definición y marco teórico

Constatábamos en la «Introducción» que los grupos de terapia ocupacional con orientación psicodinámica tienen gran tradición e implantación en la práctica de los terapeutas ocupacionales en el ámbito de la salud mental¹². Su beneficio terapéutico se basa en los efectos que la realización de forma continuada de una actividad común, por parte de un número pequeño de componentes, bajo la dirección del terapeuta ocupacional, tiene sobre los lazos sociales y afectivos de los sujetos que la realizan. Se parte del supuesto que sostiene que la instauración de un espacio y tiempo centrado en la realización de una actividad con un objetivo común posibilita que los participantes en el grupo desplieguen aquellos aspectos subjetivos implicados en sus formas de relación interpersonal, reflejo, en última instancia, de la subjetividad de cada participante. Dicho de otra forma, guiadas por el terapeuta ocupacional, la acción, la palabra y la reflexión alrededor de la actividad realizada y de las formas de interacción entre los componentes del grupo revelan los mecanismos subyacentes a las dificultades de interacción social de cada individuo. Las dificultades de interacción de cada participante son concebidas como el reflejo de sus problemas en otras circunstancias sociales (relaciones duales, familiares, de amistad, laborales o educativas).

Estos presupuestos determinan las características básicas de este tipo de grupos. Sintetizando las aportaciones de la literatura podemos resumirlas esquemáticamente:

- Formados por un número pequeño de componentes (por lo general, no más de 10 miembros) que se relacionan entre sí de forma directa.
- Son grupos cerrados, los participantes no deben variar en exceso durante la vida del grupo.
- Con objetivos compartidos o comunes para todos los participantes, lo que genera contenidos y sentimientos que forman parte de la estructura de este grupo.
- Tales objetivos grupales son asumidos como propios por los individuos en la medida en que respondan a sus distintos intereses individuales.
- Por su forma, generan una intensa interacción entre los participantes, lo que favorece la puesta en juego de los patrones habituales de vinculación social y afectiva de sus miembros.
- La interdependencia de los miembros en la elaboración de la actividad genera sentimientos de solidaridad y cohesión grupal.
- A lo largo del desarrollo de la dinámica de trabajo se establecen diferentes roles entre sus componentes.

- El grupo construirá normas y creencias; en definitiva, un código propio.
- Las relaciones afectivas en el seno del grupo pueden llevar a que se constituyan subgrupos.
- Tiene una durabilidad medible y concreta, y finaliza cuando logra los objetivos.

Diversos autores (13–19) han estudiado y descrito fenómenos consustanciales a la formación y dinámica de grupos de estas características, a menudo denominados primarios. Es frecuente que surjan distintos papeles o roles entre sus miembros, que podemos clasificar en dos grandes categorías: *funcionales*, ligados a la realización o logro de la actividad o a la creación del clima de trabajo adecuado que favorezca la cohesión e integración de los participantes en el grupo (p. ej., roles de liderazgo para la acción o afectivo), y *disfuncionales*, centrados en el sujeto en detrimento de la labor grupal (verbigracia, liderazgo autoritario, boicot o pasividad). También son frecuentes fenómenos como la dependencia respecto al terapeuta, la formación de subgrupos, la cohesión grupal frente a interferencias del exterior o la separación o el rechazo del grupo.

La ausencia de una organización formal genera un grado de indeterminación—respecto a los roles, funciones, normas y objetivos—, que posibilita que sea el propio desarrollo del grupo el que cree, estructure y organice las interacciones. Esto es así en la medida en que cada miembro se implique y participe de forma activa. Las relaciones transferenciales múltiples que se generan—favorecidas por la proximidad y la existencia de un objetivo común— propician que se establezcan vínculos e identificaciones, tanto con la figura del terapeuta como con el resto de los compañeros, reflejo de la puesta en juego de las formas de vinculación social de cada uno de los participantes.

De esta forma, a lo largo de la evolución o dinámica del grupo se pone en juego el entramado de formas de interacción, identificaciones, afectos, rivalidades, entre otros aspectos, fruto de la subjetividad de los individuos que lo componen. Su estructura final será, por tanto, consecuencia del conjunto de vínculos establecidos entre sus componentes¹³.

Las dificultades y los conflictos que experimente un sujeto durante la interacción se interpretan como proyecciones del patrón de relaciones interpersonales de cada participante en el grupo con «*el otro*», un «*otro*» genérico y primario que encarna cada miembro del grupo y el propio terapeuta ocupacional. Apoyándonos en este fenómeno es posible la emergencia, a lo largo del desarrollo temporal del grupo, de aspectos de carácter inconsciente, mecanismos de defensa y formas de vinculación social, causa última de los problemas en la interacción social del sujeto.

La discusión, verbalización y elaboración de los conflictos y formas de interacción tiene como fin último la apertura de alternativas que promuevan el cambio de la relación social del individuo. Éste es el mecanismo terapéutico básico

de los grupos de terapia ocupacional de orientación psicodinámica.

En síntesis, el objetivo último de este tipo de grupos es fomentar la elaboración de conflictos y su resolución; integrar los elementos conscientes e inconscientes de la psique, y cambiar actitudes y favorecer el lazo social. Persiguen el cambio de la estructura de la personalidad de los sujetos que participan en él.

De nuevo, resulta evidente que la utilización de grupos psicodinámicos no es ni mucho menos terreno reservado de forma exclusiva a los terapeutas ocupacionales. Por el contrario, es una práctica común entre diversos profesionales con orientación psicoanalítica.

Su singularidad desde la óptica de nuestra disciplina reside en la incorporación de actividades¹⁴ –frente al uso de la palabra– y en la dialéctica que se establece entre las acciones asociadas con la elaboración de la actividad y la elaboración de los conflictos y formas de interacción entre los miembros del grupo entre sí y con el terapeuta ocupacional. Como señalamos en otras publicaciones (11,20), la implicación de cada individuo en la realización de la actividad elegida, bajo la dirección terapéutica del terapeuta ocupacional, tendrá el efecto de mostrar, de reflejar, los factores subjetivos implicados en la participación de cada sujeto en el trabajo, en la relación con los demás, con el propio terapeuta y con la actividad realizada. La forma de actuar e interactuar dentro del grupo hablará del sujeto, en la medida en que éste se implique. La actividad que se propone en el grupo es un vehículo, un *medio* para que el participante en ella muestre sus maneras de relacionarse con los demás, con el terapeuta ocupacional, con la actividad; en fin, su posición subjetiva con respecto a lo que lo rodea. La actuación del terapeuta ocupacional irá dirigida en el sentido de favorecer una «dialéctica» entre la *acción-elaboración* de los contenidos que despliegue el paciente en las tareas grupales, bajo el supuesto de que el reconocimiento, la asunción y la elaboración de los contenidos inconscientes supondrán una modificación de la subjetividad del individuo.

Como se puede deducir de lo dicho hasta este momento, el marco de referencia teórico que orienta estos grupos es el psicoanalítico (v. capítulo 4). Tanto en su origen –gracias a los trabajos de Moreno (21), primer autor que emplea la expresión «terapia de grupo»–, como en su posterior desarrollo están estrechamente asociados con el psicoanálisis. Las aportaciones teóricas más importantes y sus aplicaciones terapéuticas las debemos a autores como Bion (14), Foulkes (22), Didier (15), Pichón Riviere (19) e, incluso, al propio Freud (23), con su pionero escrito *Psicología de las masas y análisis del yo*.

En terapia ocupacional esta orientación psicodinámica del trabajo con grupos se instauró de forma temprana, con los trabajos de Azima y Azima (24–26), Fidler y Fidler (6), Fidler (27) y Mosey (28), a los que se añadieron muchos otros, como los de Llorens (29), Pibarot (30), Sbriller (31), Pagannizzi (32), Moruno (9–11) o Atkinson (33), por citar sólo algunas referencias.

En estos trabajos se formulan diversos modos de concebir el trabajo grupal de los terapeutas ocupacionales que se apoyan en principios psicodinámicos. Desde diversas perspectivas¹⁵ atribuyen valor terapéutico al grupo enfatizando su carácter proyectivo, como vehículo para fortalecer las defensas del *yo*, para la satisfacción de pulsiones inconscientes, como proceso de comunicación, entre otros, usando principalmente como elementos mediadores actividades artísticas, creativas y expresivas.

Los presupuestos del psicoanálisis sostienen que en la constitución de la subjetividad las experiencias vividas en la temprana infancia y los vínculos afectivos primarios en el seno familiar, establecidos con las figuras paterna y materna, son especialmente relevantes en la conformación posterior de los lazos sociales del individuo a lo largo de su desarrollo ontogenético. Estas vivencias y vínculos dan forma a la experiencia original de la interacción social y fundan la manera de construir los vínculos sociales y afectivos a lo largo de nuestra vida. Dicho de otra forma, en las interacciones de cada sujeto con las figuras encargadas de su cuidado durante la infancia se establece el germen que estructura la personalidad del individuo, que moldeará sus formas de relación y vinculación social posteriores (v. el apartado «Marco de referencia aplicado al trabajo grupal» en el [capítulo 4](#)).

Grupos de orientación humanista: definición y marco teórico

Los denominados grupos de *apoyo* o *sostén*¹⁶ (8) basan su eficacia terapéutica en ofrecer a sus miembros ánimo y apoyo mutuo, asesoramiento y consejo, la ocasión de intercambiar información y experiencias, de compartir sus dificultades y de explorar nuevas estrategias para afrontarlas. A diferencia de los grupos de orientación psicodinámica, su propósito principal es aliviar los síntomas y ofrecer apoyo emocional, alentando a los participantes a encontrar nuevas estrategias o formas más eficaces de afrontar sus problemas. No tratan, por tanto, de desvelar contenidos inconscientes o la forma en que la estructura de la personalidad influye en las relaciones interpersonales. Por el contrario, se centran en reducir la ansiedad y la angustia, en brindar consejos prácticos cuando éstos puedan mejorar la situación del individuo o en suministrar oportunidades para la expresión, comunicación e interacción social.

Su estructura es la de grupos abiertos, a los que se pueden incorporar de manera progresiva a lo largo de su desarrollo nuevos miembros, aunque siempre es aconsejable mantener un núcleo de estables integrantes. Las actividades realizadas por el grupo se conciben como un medio para promover la exploración de intereses e inquietudes, la expresión de necesidades y deseos y potenciar la creatividad y la autorrealización de cada componente del grupo.

A diferencia de los grupos psicoterapéuticos, estructurados en torno a la discusión verbal, los grupos de apoyo se *orientan a la tarea*, empleando con frecuencia actividades artísticas y expresivas (pintura, cerámica, escritura, música, entre otras). Éstas se conciben como un vehículo para fomentar una atmósfera terapéutica que facilite y promueva el crecimiento personal (sobre todo en aquellos casos en los que los participantes no estén habituados a hablar sobre ellos mismos), la participación y la manifestación de los problemas, dificultades y sentimientos asociados a su realización, promoviendo su reconocimiento y aceptación y, paralelamente, suscitando el cambio hacia un comportamiento más acorde con el medio que rodea al individuo.

Respecto a su base teórica, los grupos de sostén se apoyan en los principios teóricos del marco de referencia humanista (v. el apartado «Aplicaciones del marco de referencia humanista» en el [capítulo 4](#)); tanto su formación como su desarrollo y su finalización se rigen por las ideas centrales que éste aporta. Bajo el paraguas de tales principios se entiende el papel del terapeuta como un agente *facilitador*, que guía la actividad y, simultáneamente, *observa y participa* estimulando a los miembros del grupo a identificar los factores que les impiden una interacción social satisfactoria.

Quizás el principio rector más importante que orienta su trabajo es el de la *no directividad*; es el propio grupo el que elige la dirección que adquirirá, generando sus propias metas y objetivos, así como las soluciones a los problemas que se presenten. Esta forma de trabajo se apoya en la idea de que cada miembro del grupo es *consciente* de sus problemas y *capaz* de generar sus propias soluciones. Dicho de otra forma, son los propios componentes del grupo quienes conocen verdaderamente qué es lo mejor para ellos.

El beneficio terapéutico del grupo surge de la imbricación entre las acciones dirigidas a la realización de la actividad y la discusión en torno a las ideas y sentimientos que surjan durante su elaboración. En consecuencia, la acción y la palabra son los mecanismos terapéuticos primordiales de los grupos de sostén.

La labor del terapeuta ocupacional se centra en facilitar la dinámica del grupo, favoreciendo aquellas vivencias que contribuyan a generar experiencias positivas que permitan a cada individuo actualizar su potencial de desarrollo individual. El papel de facilitador del terapeuta se concreta cuando formula *preguntas abiertas y sin definir* a los participantes, instándoles a que hablen de sí mismos, de sus percepciones, de sus ideas y sentimientos, del resto de compañeros y de las dificultades que acontezcan cuanto sea posible. Este proceso activo de acción, escucha y elaboración es el vehículo para el autodescubrimiento, para aprender a relacionarse y confiar en los otros, gracias a la retroalimentación y al apoyo aportado por el grupo.

Para ello, los comentarios expresados por los participantes deben ser auténticos y veraces, sin eludir abordar los problemas que surjan en el grupo, ni los conflictos en las relaciones, aunque preservando siempre el *respeto* mutuo durante la interacción. La *autenticidad* es otro de los mecanismos rectores en los que descansa el beneficio terapéutico de los grupos de sostén; sobre ella se construye y asienta la *confianza* entre los miembros del grupo, es entonces cuando se hace viable compartir ideas, experiencias y sentimientos, cuando el grupo genera expectativas positivas respecto a sus resultados, influyendo profunda y significativamente en sus miembros y aportándoles apoyo emocional.

Por tanto, el trabajo del terapeuta se orienta a crear una atmósfera de seguridad, basada en el respeto, la autenticidad y la confianza entre los participantes. *Aceptar sin enjuiciar* las ideas y sentimientos exteriorizados por cada participante apoya esta línea de acción y es un factor determinante en la dinámica y evolución del grupo. Cuando el terapeuta acepta lo expresado sin juzgarlo favorece que los individuos revelen sus emociones y pensamientos más íntimos, sin miedo al rechazo, lo que a menudo alivia la angustia al descubrir que ideas y sentimientos similares son compartidos por otros miembros del grupo. Es necesario que el terapeuta establezca esta norma en el grupo; que no se juzgará lo que cada integrante exprese, que todo el mundo tiene derecho a sentir y que ningún sentimiento es «bueno» o «malo», más allá de que se discutan sus consecuencias, interpretadas desde el punto de vista del individuo que se expresa. No tratamos de dar sugerencias o consejos, más bien de

mostrar *empatía*. Ésta es un mecanismo esencial del proceso terapéutico, la mostrada tanto por el terapeuta como por los propios miembros del grupo entre sí, no sólo con respecto a lo que la persona hace y dice, sino también con respecto a lo que siente. Cuando la actitud de *escucha* y atención del terapeuta y el resto de participantes evidencia esta empatía es posible aumentar la confianza y que el grupo avance de forma uniforme hacia el autodescubrimiento.

Desde los postulados de las teorías humanistas, el cambio del comportamiento es consecuencia del profundo entendimiento o comprensión del individuo sobre sí mismo, sobre su *yo* más íntimo. Las actividades estructuradas que organizan el trabajo del grupo suscitan este entendimiento. Las preguntas que plantea el terapeuta para dinamizar el grupo deben dirigirse a ese aumento de la comprensión, hacia la definición futura del problema cuando éste sea profundamente explorado. El terapeuta sólo puede ayudar al individuo a cambiar cuando es capaz de ver el mundo a través de los ojos del sujeto, sólo cuando es capaz de aprehender la vivencia del mundo subjetivo del individuo, tal y como éste lo ve y siente, sin perder su propia identidad; es en este momento cuando está cercano el cambio constructivo del comportamiento.

El cambio real se sostiene en la capacidad de autorrealización individual, tendencia innata de todo ser humano para los postulados humanistas, que permite al sujeto, en un ambiente propicio, desarrollarse y lograr metas positivas tendentes a la autorrealización. En consecuencia, la labor del terapeuta es crear esas condiciones de posibilidad, ayudar al sujeto para que aumente su autoestima y actualice su potencial para autorrealizarse; en definitiva, favorecer y generar oportunidades para el cambio (3,34,35).

Aspectos metodológicos de la intervención grupal

Evidentemente, apoyarse en una determinada concepción teórica para definir e interpretar qué es un grupo y qué fenómenos se asocian a su formación, desarrollo y aplicación terapéutica tiene implicaciones metodológicas. Dicho de otra forma, concebir un grupo desde una perspectiva psicodinámica, comportamental o humanista supone adoptar diferentes criterios para evaluarlo, diseñarlo y programarlo, así como para manejar la dinámica y fenómenos grupales que influirán en su desarrollo y en el beneficio terapéutico que puede obtenerse de su aplicación. En este apartado examinaremos los principales aspectos metodológicos relacionados con la utilización terapéutica de los distintos tipos de grupos que habitualmente se incorporan en los programas departamentales de terapia ocupacional.

Programación de grupos de entrenamiento de habilidades sociales

La programación de espacios terapéuticos para el entrenamiento de habilidades sociales comienza con la evaluación de éstas y del nivel de competencia social del grupo de participantes¹⁷, para identificar los objetivos de la intervención y formar un grupo homogéneo respecto a su competencia social. A continuación resumiremos los pasos que deben seguirse para completar esta evaluación.

En primer lugar, debemos delimitar los motivos que subyacen al comportamiento social integrado en los problemas de desempeño o participación ocupacional que presenta cada individuo. Dicho de otra forma, debemos describir cuáles son las metas que el sujeto quiere alcanzar respecto a la realización de sus actividades cotidianas, en las que tiene problemas debido a sus dificultades de interacción social.

En segundo lugar, debemos analizar y describir de forma pormenorizada los comportamientos implicados en tales dificultades de interacción social para el desempeño funcional de actividades y roles ocupacionales. De esta forma, operativizamos los comportamientos problema, para posteriormente estimar la evolución o cambio asociado al entrenamiento.

En tercer lugar, debemos considerar cada habilidad social en la situación concreta en la que ésta se dé. Ser competente en la interacción social viene determinado por las circunstancias o situaciones específicas en las que interactuamos; esto es, depende del interlocutor, del contexto físico, social y cultural.

Además, que una habilidad social sea eficaz depende en gran medida de la secuencia en la que se emitan los comportamientos que la conforman. Por tanto, en cuarto lugar, debemos describir el proceso de emisión de las conductas, su encadenamiento y las dificultades que puedan aparecer en cada fase.

También debemos identificar en cada caso la historia de aprendizaje del sujeto y el estadio de desarrollo evolutivo en el que se encuentra, cómo ha evolucionado su comportamiento social y los déficits presentes en relación con su desarrollo evolutivo. Obviamente, no son idénticas las dificultades que puede presentar una persona con una pérdida reciente de una habilidad social que ya poseía, que las de un individuo que jamás desarrolló tal destreza. Explorar el proceso de adquisición y desarrollo de las habilidades sociales resulta imprescindible para determinar las dimensiones del problema concreto que presenta cada sujeto.

Por último, debemos identificar las notas sociales y culturales específicas que, en último término, dan sentido a las destrezas de interacción social; que un sujeto sea considerado hábil socialmente lo determina el contexto, que estipula normas de interacción social específicas. Si no las contempláramos confundiríamos el objetivo

final de nuestro entrenamiento, que no es otro que favorecer la relación social en el contexto natural del individuo. En la misma línea de argumentación, preservar el estilo singular del individuo en su esfera relacional es de vital importancia, por lo que debemos caracterizarlo durante la evaluación.

Las líneas directrices que acabamos de perfilar organizan el proceso de evaluación de las habilidades sociales asociadas con el desempeño ocupacional de los individuos que formaran el grupo de entrenamiento. A modo de resumen, en la [tabla 18.4](#) sintetizamos los ítems de la evaluación con un formato de preguntas que deben responderse.

Tabla 18.4 Guión para la evaluación de las habilidades sociales y competencia social

¿Para qué?
¿Cuáles son las actividades de las áreas de ocupación que los sujetos quieren o necesitan realizar y en las que aparecen problemas de interacción social? Describir las actividades que el individuo desea o necesita realizar y en las que surgen dificultades como consecuencia de problemas de interacción social.
¿Qué?
¿Qué comportamientos suponen un problema de interacción social cuando el individuo realiza tales actividades? Identificar las conductas y describirlas detalladamente
¿Dónde?
¿Con qué personas y en qué circunstancias surgen los problemas para interactuar? Identificar y describir los interlocutores y las características del contexto inmediato a la interacción en que aparecen los comportamientos desadaptados Describir el contexto cultural y el significado que adquiere para el sujeto la interacción
¿Cómo y cuándo?
¿Qué componentes de la habilidad social se ven alterados y en qué momento de la secuencia de interacción se producen las dificultades? Determinar los elementos motores, verbales, cogniciones, etc.
¿Desde cuándo?
¿En qué momento del desarrollo evolutivo se encuentra el individuo y desde cuándo tiene dificultades para interactuar socialmente?

Como en otros casos, la evaluación de las habilidades sociales implicadas en el desempeño de actividades de las distintas áreas de ocupación se lleva a cabo mediante la aplicación y la consulta de diversas fuentes y herramientas de evaluación. Entre ellas podemos destacar: la *observación* específica de situaciones de interacción social, siempre que sea posible en escenarios naturales (o lo más similares a las situaciones reales); la entrevista, tanto con el paciente como con sus allegados; la aplicación de autorregistros y autoinformes y otras herramientas de evaluación estandarizadas. Sin pretender ser exhaustivos, algunas de las herramientas estandarizadas de evaluación más habitualmente empleadas se detallan en la [tabla 18.5](#).

Tabla 18.5 Herramientas de evaluación de habilidades sociales

Título de la evaluación	Autor	Rango de edad	Aspectos evaluados
Social Functioning Scale	Birchwood et al	Adultos	Estado funcional
Social Adaptation Self-evaluation Scale	Bosc et al	Adultos	Trabajo, familia, ocio, relaciones sociales y motivación/intereses
Social Behaviour Schedule (SBS)	Sturt, Wykes	Adultos	Para evaluar el comportamiento social en pacientes psiquiátricos. Funcionamiento psicológico
Social Functioning Schedule (SFS)	Remington, Tyrer	Adultos	Para evaluar el funcionamiento social de la persona con trastorno psiquiátrico (validación de la capacidad de comprensión). Funcionamiento social (incluido el trabajo)
Social Functioning Scale (SFS2)	Birchwood	Adultos con esquizofrenia	Permite la evaluación del funcionamiento social, pertinente a las necesidades y deficiencias de las personas con esquizofrenia. Funcionamiento social (incluido el trabajo)
Vineland Adaptive Behaviour Scales (VABS)	Balla, Cicchetti, Sparrow	Adolescentes y niños	Evalúa las habilidades personales y sociales utilizadas por un individuo o un niño de forma cotidiana. Especialmente adecuado para evaluar aquellos casos con discapacidad intelectual o que tienen dificultades para actuar en situaciones en las que se evalúa la funcionalidad. Funcionamiento psicológico (incluida la adaptación)

Social Role Performance schedule (SRP)	Wykes	Adultos con trastorno mental grave	Evalúa la función del rol social de la persona. Funcionamiento psicológico (incluida la adaptación)
Social Dysfunction Index (SDI)	McCleary, Munroe-Blum	Adultos con trastorno mental grave y esquizofrenia	Evalúa la disfunción social en la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves. Funcionamiento social (incluido el trabajo)
Personal and Social Performance Scale (PSP) desarrollada de la escala SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale)	Morosini	Adultos con trastorno mental grave	Evalúa el funcionamiento social. Funcionamiento social (incluido el trabajo)
Independent Living Skills Survey (ILSS)	Liberman, Tauber, Wallace, Wallace	Adultos con trastorno mental grave	Evalúa el funcionamiento en los estilos de vida pertinentes para la mayoría de las personas con trastorno mental grave. Funcionamiento psicológico (incluida la adaptación)
Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS-II)	Dejong, Kraaijkamp, Ormel, Wiersma	Adultos	Evalúa la disfunción social de los pacientes psiquiátricos. Funcionamiento social. Funcionamiento psicológico (incluida la adaptación)

A partir de la interpretación de los datos recogidos, elaboraremos hipótesis sobre los factores implicados en las dificultades identificadas en cada caso y, basándonos en ellas, diseñaremos un programa de actividades dirigidas a la modificación de las causas del problema. Un ejemplo práctico que ilustra la elaboración de estas hipótesis se expone en la [tabla 18.6](#).

Tabla 18.6 Ejemplo de hipótesis de trabajo

Hipótesis
«Las dificultades de J. en sus interacciones sociales se caracterizan por su imposibilidad para aceptar y asumir las opiniones y deseos de sus interlocutores durante una discusión, especialmente cuando se reúne con sus amigas para elaborar planes para realizar actividades de ocio durante los fines de semana. Cuando sus amigas proponen actividades que no son de su agrado se comporta de forma agresiva e irritable. Cuando se dan estas circunstancias aumenta su ansiedad y manifiesta tener ideas de incapacidad y desesperanza.»
Variables relacionadas
El análisis de los datos que hemos obtenido a través de la evaluación inicial del caso nos ha permitido determinar cuáles son las variables más relevantes en los problemas de interacción personal de J.: a saber: el predominio de un repertorio de <i>conductas desadaptadas (agresividad e irritabilidad)</i> , asociado con un <i>aumento de la ansiedad</i> y la presencia de <i>cogniciones disruptivas</i>
Líneas de actuación

El diseño del programa de entrenamiento dará mayor importancia a la adquisición de conductas específicas eficaces en situaciones de interacción social (comportamiento asertivo), a la reducción de los niveles de ansiedad y a la eliminación de las cogniciones que interfieren con un comportamiento de interacción social funcional.

Generar hipótesis nos permite identificar el conjunto de comportamientos que conforman los problemas de competencia social que presenta un sujeto, así como todos aquellos factores relacionados con ellos (verbigracia: nivel de ansiedad, las ideas o pensamientos que interfieren con la conducta, la historia de aprendizaje o estadio evolutivo).

Además, la evaluación inicial permite establecer la *línea base* de respuestas (antes de comenzar el programa) que sirve para determinar, a lo largo de la intervención o una vez finalizada ésta, la evolución o el resultado final. Perfilar esta línea base en el momento inicial de la intervención es la única forma de valorar el progreso.

Como ya hemos advertido, los resultados de la evaluación individual previa de las habilidades sociales de los potenciales miembros que formarán el grupo nos permitirán determinar de manera definitiva su composición, homogeneizándolo respecto a su nivel de competencia social y a sus alteraciones en el desempeño ocupacional. Aquellas actividades concretas que incorporamos al programa de entrenamiento deben seleccionarse y secuenciarse considerando el entramado de características y condiciones relacionadas con el nivel de competencia social del grupo. En consecuencia, elegiremos aquellas actividades y procedimientos de entrenamiento específicos que acometan con mayor especificidad los múltiples factores intervinientes en cada caso, ordenándolas en el tiempo según convenga en relación con las peculiaridades de cada grupo.

Consumado el proceso de evaluación, establecidas las hipótesis de trabajo y trazada la línea base de los comportamientos objetivo de la intervención estaremos en condiciones de iniciar el entrenamiento.

Insistimos nuevamente en que cada programa de entrenamiento debe basarse en las características de los sujetos, del grupo y de la población tratada. Teniendo en cuenta estos aspectos, seleccionaremos diversos procedimientos y actividades, con arreglo a los objetivos planteados, ordenándolos temporalmente según su idoneidad a lo largo del desarrollo de cada programa particular. El amplio abanico de encuadres, perfiles y problemas de interacción social con los que suele toparse el terapeuta ocupacional en su quehacer cotidiano dentro del ámbito de la salud mental hace imposible desarrollar de forma pormenorizada todos y cada uno de los procedimientos y actividades que podemos elegir para diseñar un programa de entrenamiento de habilidades sociales. Para hacer frente a esta dificultad, hemos optado por describir un ejemplo concreto que pueda servir de guía al lector a la hora de planificar un programa en el dispositivo en que trabaje, ajustándolo a las características de la población que trata y al grupo al que se enfrenta. Este ejemplo se

desarrolla en el documento web adjunto a este capítulo.

Para ampliar la información sobre diversas actividades y ejercicios concretos que den contenido a los grupos de entrenamiento de habilidades sociales recomendamos la lectura de Cole (35), Moruno (9,10), Hughes y Mullins (36).

Programación de grupos de orientación psicodinámica

El diseño, formación y desarrollo de los grupos de orientación psicodinámica en terapia ocupacional gravita en torno a los fenómenos grupales básicos que apuntábamos al caracterizar este tipo de grupos. Su constitución y desarrollo depende en gran medida de la dinámica que adquiera el propio grupo; si bien el terapeuta ocupacional lo dirige hacia su finalidad terapéutica, el proceso real de su creación y su evolución posterior no sigue etapas establecidas de antemano, como es el caso del entrenamiento de habilidades sociales. Teniendo en cuenta esta consideración, expondremos a continuación algunos de los fenómenos que habitualmente influyen en la formación y desarrollo de los grupos de orientación psicodinámica.

Como adelantábamos en el apartado «Grupos de orientación psicodinámica: definición y marco teórico», los grupos de orientación psicodinámica son cerrados, están constituidos por un número pequeño de participantes que no debe variar durante la vida del grupo. Este requisito es imprescindible para la dinámica del grupo, dado que la estabilidad de sus componentes favorece el establecimiento de relaciones intensas entre ellos, sin que se vean alteradas por la incorporación de nuevos miembros, lo que supondría una reformulación de roles y formas de interacción que dificultaría o retrasaría la aparición de fenómenos grupales y su efecto terapéutico.

Al constituir el grupo el terapeuta ocupacional selecciona a un conjunto de individuos con características homogéneas, principalmente en lo que respecta a su estado de salud, edad, nivel educativo, más que en relación con su diagnóstico psiquiátrico. Una vez seleccionados, propone e invita a sus componentes a formar del grupo. Marca las pautas que deben seguirse para su implementación y su encuadre espacial y temporal. Así, advierte que la participación es voluntaria, establece los días de encuentro, la duración total de cada sesión y la estimada globalmente para el grupo, el tiempo dedicado a la elaboración de la actividad y tiempo de discusión, la función del propio terapeuta y las normas básicas de funcionamiento.

También establece el objetivo principal: analizar y reflexionar sobre las dificultades que aparezcan en las relaciones interpersonales entre los participantes en el grupo a lo largo de la realización de la actividad, con frecuencia de carácter artístico o creativo, libremente elegida gracias al consenso del grupo. Suele pautarse un tiempo para el desarrollo de cada sesión: aproximadamente unos 35 o 40 minutos para la elaboración de la actividad y un período dedicado a la discusión sobre lo que ha ocurrido (alrededor de 25 o 30 minutos).

Como planteamos en otra publicación (11), es imprescindible que el grupo se articule en torno al uso de la actividad como medio de tratamiento. Este hecho diferencia los grupos de terapia ocupacional de la terapia de grupo psicoanalítica. Por tanto, el conocimiento de las características inherentes a las actividades emprendidas

en estos espacios terapéuticos, sus ramificaciones simbólicas y los fenómenos grupales que se asocian a ellas orienta la dirección terapéutica del trabajo. En consecuencia, la preparación del lugar y los materiales y la competencia técnica en relación con la actividad emprendida deben ser parte del repertorio de habilidades del terapeuta ocupacional que afronte el manejo de estos grupos con un fin terapéutico.

A partir de este momento, el terapeuta ocupacional asume una función *no directiva* respecto al trabajo que debe realizarse y la propia organización del grupo. No establece objetivos explícitos asociados con la realización de la actividad, ni funciones o cometidos a los miembros, ni normas de relación (más allá de las básicas que aseguren el respeto y la seguridad dentro del grupo). La actividad elegida no está definida previamente, es labor del grupo encontrar qué desea hacer. El terapeuta ocupacional puede asesorar, pero nunca decide respecto a qué y cómo se realiza. Como se puede constatar, no hay etapas, tareas, programación temporal u objetivos últimos que deban alcanzarse en la realización de la tarea; éstos dependerán de la dinámica que se establezca¹⁸. Durante las sesiones, el terapeuta ocupacional se centra en la observación y en el seguimiento de la interacción grupal que surge como consecuencia de la participación de cada miembro y es garante de las decisiones y normas básicas que el grupo libremente decida.

Finalizado el tiempo dedicado a la realización de la actividad, el terapeuta dirige el análisis, reflexión y elaboración de las situaciones y acontecimientos que han ocurrido durante la realización del trabajo. En esta discusión se hace especial hincapié en el examen de las relaciones interpersonales durante el desarrollo de cada sesión, señalando los patrones de interacción que repite cada individuo, manejando los fenómenos grupales que aparezcan y dirigiendo la reflexión y elaboración de los contenidos que vayan surgiendo a lo largo de las sesiones.

Para no sobrepasar en exceso los contenidos de este capítulo, recomendamos la lectura de Moruno (11); en ella se detalla pormenorizadamente la experiencia de un grupo de terapia ocupacional desde una orientación psicodinámica.

Programación de grupos de apoyo o sostén

El diseño de un grupo de apoyo o sostén se articula en torno a una evaluación individual previa de los miembros que participarán en él. La edad, la situación clínica, el nivel de formación, las afinidades y la identificación de problemas comunes respecto al desempeño ocupacional son los criterios básicos que permiten al terapeuta seleccionar a los componentes del grupo.

En contraste con los grupos de orientación dinámica, los grupos de sostén son abiertos (aunque también formados por un número pequeño de componentes), permiten la incorporación de nuevos miembros a lo largo de su desarrollo. No obstante, es recomendable que estas incorporaciones no sean demasiado numerosas o frecuentes, dado que ello iría en detrimento del buen funcionamiento y dinámica del grupo.

Seleccionados los miembros del grupo, el terapeuta ocupacional establece su encuadre temporal, el lugar de trabajo y las reglas básicas para la realización del trabajo y la interacción entre los participantes. Asimismo, el terapeuta ocupacional es el encargado de seleccionar la actividad que realizará el grupo, de organizarla y distribuir las funciones y roles de los participantes en el grupo para su finalización. Estas actividades cubren un amplio abanico:

- Actividades artísticas y creativas, en las que el grupo coopera con un objetivo común para crear un producto o resultado único.
- Actividades de la vida diaria: preparación de la comida, salidas culturales o de ocio, entre otras.
- Actividades prelaborales: para la búsqueda o consecución de un empleo.
- Actividades de ocio: para la exploración o disfrute del tiempo libre o de ocio.

Por sus características los grupos de sostén requieren un mayor grado de *estructuración*. El terapeuta ocupacional actúa principalmente desempeñando un rol *facilitador* y de *liderazgo*, generando las condiciones de posibilidad para que los miembros del grupo actúen, interactúen y verbalicen sus ideas, experiencias y emociones.

Dependiendo del momento en que se encuentre el grupo –formación, conflicto, cohesión o finalización–, el terapeuta actúa como *organizador*, *facilitador*, *mediador* y *experto*, para favorecer la creación de una atmósfera de contención, seguridad y soporte, necesaria para alcanzar los objetivos del grupo.

Así, las funciones que puede realizar dentro del grupo son las siguientes:

- Definir, planificar y organizar las actividades propuestas al grupo, promoviendo las

que faciliten los vínculos personales y el éxito o logro de los objetivos.

- Coordinar la participación de los miembros en relación con los objetivos que deben alcanzarse.
- Asesorar, dar información y supervisar el trabajo del grupo.
- Actuar como portavoz o representante del grupo.
- Mediar en caso de conflicto.
- Contener la angustia.
- Facilitar la exploración, el descubrimiento y la actualización de nuevas vías de relación y vinculación personal.

La referencia que orienta la dirección terapéutica es el punto de intersección entre los deseos y expectativas expresados por los participantes y los objetivos identificados por el terapeuta durante la evaluación. Por tanto, a la hora de planificar las actividades es imprescindible tener en cuenta las inquietudes e intereses de los integrantes del grupo (37–39).

La actuación del terapeuta ocupacional no se centra en determinar las causas o en la resolución inmediata de los problemas; su interés se focaliza en implicar a los individuos en el proceso terapéutico, en promover actividades que les permitan expresar, definir y recibir aliento y apoyo, en desbloquear los obstáculos que puedan interferir en el fluir del grupo en relación con la tarea, en que el grupo sea una oportunidad para considerar nuevas formas de interacción social y actualizarlas. El intercambio de conocimientos, experiencias, historias de vida, ayuda, apoyo, genera un espacio que reduce el aislamiento y anima a la búsqueda de nuevas formas de interacción social.

Las actividades propuestas son concebidas como *vehículos* para que los integrantes del grupo exploren, identifiquen y obtengan retroalimentación respecto a las dificultades de interacción social que experimentan durante su realización. Gracias a la realización de la actividad, los miembros del grupo pueden adquirir actitudes positivas para relacionarse, solucionar sus problemas de interacción y desarrollar valores compartidos, lo que favorece paralelamente la mejora y el mantenimiento de la autoestima y la actualización de su potencial de autorrealización.

En diversos manuales (41,42) podemos encontrar diferentes propuestas de actividades y actuaciones para dotar de contenido a los grupos de apoyo o sostén.

Niveles de intervención

Reiteradas veces a lo largo de las páginas de este libro hemos sostenido que el desempeño ocupacional no puede interpretarse cabalmente fuera del contexto en el que tiene lugar; es en él donde adquiere sentido y relevancia. Esta circunstancia no es ajena a la labor profesional del terapeuta ocupacional, que no puede estipularse aislada de los escenarios en los que se inscribe. La inclusión en los programas departamentales de terapia ocupacional de grupos de entrenamiento de habilidades sociales, de apoyo o sostén o de orientación psicodinámica no es algo que dependa en exclusiva de la voluntad o preferencia de cada terapeuta. Por el contrario, está condicionada por diversos factores. Entre los más destacados podemos señalar: la formación y experiencia del terapeuta –no podemos olvidar que los planes de estudio de las universidades persiguen el logro de competencias concretas y éstas no siempre son todo lo amplias y eclécticas que sería deseable¹⁹–; el marco teórico que oriente el trabajo en la institución –que en última instancia sanciona qué es la salud y la enfermedad mental y, en consecuencia, los objetivos a alcanzar y las técnicas legítimas para lograrlo–; el *setting* del recurso o dispositivo en que trabajemos –que marca muchas veces los tempos y la duración de la intervención, limitando el tipo de técnicas que podemos emplear.

Teniendo en mente estas restricciones y condiciones, uno de los elementos de juicio que puede orientar la elección del tipo de abordaje grupal que incluiremos en nuestros programas institucionales es el perfil de la población con la que trabajamos a diario. Con esto no queremos dar a entender que un determinado tipo de grupo sea el correcto para abordar las necesidades de colectivos específicos. A nuestro modo de entender, aunque sólo sea desde un punto de vista teórico, cualquier individuo, cualesquiera que sean sus problemas de salud mental²⁰, puede beneficiarse de abordajes grupales con una u otra orientación. No obstante, sí podemos establecer, entre la población atendida, perfiles más idóneos o apropiados en relación con los objetivos distintivos perseguidos en los diferentes tipos de grupos. Si a esto además le añadimos que con frecuencia la filosofía y la orientación teórica de las instituciones en las que desarrollamos nuestra labor se asocian a estos perfiles y marcan los objetivos compartidos por el equipo que las forman, no es descabellado relacionar los objetivos perseguidos en cada tipo de grupo con el perfil de la población, el marco teórico y las características del encuadre del recurso en el que llevamos a cabo nuestra labor profesional, a la hora de incluirlos en el diseño de las actuaciones del departamento de terapia ocupacional.

Desde este planteamiento, podemos incorporar a los programas institucionales de terapia ocupacional grupos de entrenamiento de habilidades sociales, grupos de apoyo o grupos de orientación psicodinámica, siempre que su elección sea congruente

con la orientación teórica y objetivos generales del dispositivo en el que se inscriba el departamento de terapia ocupacional, considerando las funciones que cumplen y los objetivos que persiguen en relación con las necesidades de la población atendida en tales recursos. Por tanto, podemos aplicar los distintos abordajes grupales para *promover la salud y prevenir la enfermedad mental*; para *adquirir, restaurar, mantener o mejorar las habilidades* o destrezas sociales, para mejorar el lazo social y también para que formen parte del *repertorio de actividades* del individuo, fomentando la participación y la integración social.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental

Cuando entre los objetivos principales del recurso en el que desarrollamos nuestra labor destacan la *prevención* de la enfermedad mental y la *promoción* de la salud, la programación de grupos de *apoyo o sostén* está especialmente indicada. Dado que este tipo de abordaje proporciona apoyo emocional a los participantes y busca aliviar los síntomas, puede contribuir a aquellas intervenciones dirigidas a prevenir situaciones de crisis, descompensaciones o recidivas. Por tanto, son idóneos en encuadres hospitalarios de atención a la salud mental, especialmente en los centros de salud mental y en las unidades de hospitalización breve (v. [capítulo 9](#)).

El diseño e implementación de tales grupos se centra en la realización de actividades significativas (de la vida diaria, de ocio, laborales o creativas, entre otras), que formen parte del repertorio de actividades del sujeto en su medio habitual.

Pueden diseñarse como espacios terapéuticos que complementen intervenciones de educación para la salud y para la promoción de la salud mental con grupos de riesgo específicos, como es el caso de la infancia y la adolescencia y la senectud, buscando dotar a los miembros del grupo de habilidades de afrontamiento y estrategias de comportamiento eficaces.

También pueden inscribirse en programas de prevención primaria para disminuir los factores de riesgo asociados con el desencadenamiento de enfermedades mentales (verbigracia, consumo de alcohol y tóxicos, situaciones de estrés –desempleo, viudez, cambios de rol–). En este caso se centran en la realización de actividades significativas que sirvan como factores de protección o para desarrollar estrategias de acción eficaces, aportar información y consejo y para el soporte emocional.

Asimismo, son muy útiles como recurso terapéutico para prevenir situaciones de inactividad, aislamiento social, riesgo de exclusión social, recaídas, uso inadecuado de medicación o privación ocupacional de enfermos mentales graves que residan en su comunidad, puesto que proporcionan oportunidades para la interacción social, la expresión y la comunicación entre los integrantes del grupo y para el asesoramiento, consejo, contención y apoyo emocional e intercambio de información útil para la vida en la comunidad. Cuando se aplican con este propósito pueden concebirse como actuaciones de prevención terciaria, solapándose con aquellas intervenciones de carácter compensatorio dirigidas a mitigar el aislamiento social o la privación ocupacional de la población con enfermedades mentales crónicas o de larga duración. Por tanto, estos grupos pueden formar parte de los programas de terapia ocupacional de los centros de salud mental, dirigidos a individuos que padecen una enfermedad mental grave que residen en la comunidad, pero también a aquellos que viven en instituciones, como es el caso de las unidades de larga estancia.

Además, los grupos de apoyo o sostén pueden utilizarse en la gran mayoría de los dispositivos de la red de atención a la salud mental si se conciben como espacios terapéuticos que estructuran y organizan el tiempo de estancia en la institución, generando paralelamente estilos de interacción y participación dentro del recurso. Pueden de esta forma vehicular la creación de lugares de encuentro y opinión, oportunidades para la interacción social, servir de puente entre distintas actividades y programas terapéuticos y servir a fines diagnósticos u organizativos.

Recuperación de destrezas y vínculos sociales

Generalmente, los terapeutas ocupacionales diseñamos y llevamos a cabo grupos para el entrenamiento de habilidades sociales en recursos sociocomunitarios, en especial en centros de rehabilitación psicosocial y residenciales (v. [capítulo 10](#)). Sus objetivos son la adquisición, recuperación, mantenimiento o mejora de las destrezas y habilidades de interacción social y comunicación que favorezcan el desempeño de roles ocupacionales que haga posible la vida en comunidad y la integración y participación social.

Estos objetivos concuerdan con el modelo teórico de la rehabilitación psicosocial (v. [capítulo 4](#)), que suele orientar el trabajo del equipo interdisciplinario de estos dispositivos, y con el marco temporal de la intervención.

El diseño de estos grupos se basa en el perfil típico de la población atendida, en aquellas variables que de forma característica influyen en las alteraciones del desempeño ocupacional y en los problemas de participación ocupacional. Por regla general, tales variables están relacionadas con:

- Ausencia o reducción de conductas específicas eficaces en situaciones de interacción social, así como una pobre integración de éstas en el repertorio conductual del sujeto.
- Dificultades en la percepción selectiva de los estímulos, en el procesamiento de la información y la selección, emisión y retroalimentación y corrección de las respuestas.

Éstos suelen ser problemas comunes en los trastornos mentales graves, crónicos y de larga duración, en los trastornos de la personalidad y del estado de ánimo graves, que generan un importante deterioro de la esfera social y un acusado aislamiento.

También puede aplicarse en otros casos, específicamente en trastornos de ansiedad, de la personalidad y otros problemas con un importante componente inhibitorio, así como en numerosos trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia. En estos casos, las alteraciones de las habilidades sociales se caracterizan por:

- Aumento de los niveles de ansiedad en situaciones sociales o de interacción diádica. La ansiedad y el aumento de la tensión consiguiente suelen ser elementos que interfiere de forma notable en las habilidades para la interacción social.
- Presencia de ideas y pensamientos que dificultan, entorpecen o impiden la emisión de comportamientos eficaces para la interacción social.

La mayor o menor relevancia de cada uno de estos problemas y su influencia en

la competencia e integración social del individuo está estrechamente relacionada con las características singulares del sujeto abordado, identificadas a través del proceso de evaluación. La secuenciación e índole de las distintas actividades integradas en el programa de entrenamiento de habilidades sociales debe ser sensible a la peculiaridad de cada grupo, así como al peso relativo de las variables concretas asociadas con las dificultades que presentan los miembros del grupo en la interrelación social.

Además, los grupos de entrenamiento de habilidades sociales son espacios terapéuticos centrales en aquellos programas de intervención que se centren en la adquisición de destrezas de interacción social específicas ligadas al desempeño de actividades laborales o prelaborales, como es el caso de los centros de rehabilitación laboral, los centros especiales de empleo y los programas de empleo con apoyo.

Por su parte, los grupos de orientación psicodinámica son un tipo de intervención asociada con un abordaje recuperador, no tanto de las destrezas o habilidades sociales, como es el caso de los grupos de entrenamiento de habilidades sociales, sino de los mecanismos psicológicos que subyacen al establecimiento de vínculos sociales y afectivos que, en última instancia, hacen posible el desempeño ocupacional.

En ellos la actividad sirve de vehículo o medio para aprehender, elaborar y resolver conflictos y dificultades en la interacción social, integrando componentes conscientes e inconscientes del aparato psíquico, para, en definitiva, favorecer los lazos sociales y afectivos. Consecuentemente, su utilización es más idónea en aquellos casos en los que los componentes del grupo son capaces de reflexionar y elaborar los contenidos y fenómenos que ocurran en él, esto es, cuando sus condiciones de salud les permitan cierto grado de *insight* imprescindible para obtener beneficios terapéuticos de este tipo de grupos.

En aquellos recursos que se caracterizan por tratamientos médicos y psicológicos intensivos, como en las unidades de media estancia y en los hospitales de día (v. [capítulo 9](#)), los grupos de orientación psicodinámica diseñados por los terapeutas ocupacionales pueden contribuir a los objetivos generales de la institución.

Siempre que la orientación teórica del equipo interdisciplinario sea congruente con los principios básicos del marco de referencia teórico psicoanalítico (v. [capítulo 4](#)), este tipo de grupo puede emplearse para estabilizar el cuadro psicopatológico, recuperar un funcionamiento psíquico normalizado, promover la vinculación social y explorar y modificar la estructura de la personalidad. Suelen aplicarse en aquellos casos en los que los sujetos han sufrido un episodio de crisis reciente; por ejemplo: en situaciones de duelo, de conflictos familiares o de descompensación al afrontar situaciones vitales estresantes y en el inicio de trastornos psicóticos, de la personalidad y del estado de ánimo.

Grupos y participación social

En el apartado «Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental» ya avanzábamos que los grupos de apoyo o sostén también son útiles para abordar las necesidades sociales de personas con trastornos mentales graves (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad y del estado de ánimo de larga duración o tendentes a la cronicidad). El perfil de este grupo de población se caracteriza por la presencia de grandes dificultades en la interacción personal, pobre conciencia social, empobrecimiento efectivo y emocional y, en muchos casos, un importante abandono de la participación en actividades significativas.

En estas circunstancias, concebidos como parte de un abordaje compensatorio, los grupos de apoyo son eficaces para contrarrestar la carencia de estimulación social y de actividades de participación social.

Por último, para cerrar este apartado, nos gustaría alentar a los terapeutas ocupacionales a generar líneas de acción e investigación basadas en una novedosa forma de concebir el trabajo con grupos. Esta nueva perspectiva no está ligada al empleo de los tradicionales fenómenos grupales y sus efectos terapéuticos, se sostiene más bien en una conceptualización del grupo como *unidad social básica*, núcleo transmisor de la participación de la ciudadanía en la comunidad. Desde este punto de vista, el grupo puede interpretarse como el eje primordial alrededor del que se articulan la acción y el cambio social, la participación igualitaria, la justicia ocupacional y el empoderamiento de las poblaciones e individuos a través de la ocupación para gozar de oportunidades de salud y calidad de vida. Aunque esta interpretación de los grupos está aún muy poco documentada, algunas iniciativas y experiencias recientes pueden servirnos de aliciente para fundar nuevas vías de comprensión e intervención en el trabajo con grupos desde la perspectiva singular de nuestra disciplina.

Conclusiones

- El comportamiento de un individuo cambia cuando tiene lugar en un grupo. Este hecho apoya su utilización terapéutica.
- El ámbito de estudio de los grupos es muy amplio; en él se implican distintas áreas de conocimiento, que utilizan métodos y técnicas de investigación diversos, lo cual da lugar a numerosas aplicaciones técnicas, entre ellas su aplicación terapéutica en salud mental.
- En nuestra disciplina el trabajo grupal posee una gran raigambre y tradición; coexisten diferentes maneras de conceptualizarlo y de utilizarlo terapéuticamente, persiguiendo objetivos diferentes, adoptando métodos distintos y basándose en teorías disímiles. No obstante, todas ellas tienen algo en común, emplear la actividad u ocupación como eje central que articula la intervención.

Bibliografía

Lanto Ortiz J. *Dinámica de grupos. Aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*, 1.^a ed. Archidona: Ediciones Aljibe; 2000.

Scott A.H. Wellness works: community service health promotion groups led by occupational therapy students. *Am J Occup Ther.* 1999;(6):566–574.

Lowe M.C., Schwartzberg S.L. *A functional approach to group work in Occupational Therapy*, 1.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

Meyer A. The philosophy of occupational therapy. *Am J Occup Ther.* 1977;(10):639–642.

Fidler G.S., Fidler J.W. *Introduction to Psychiatric Occupational Therapy*, 1.^a ed. New York: Harper and Row Publishers; 1954.

Fidler G.S., Fidler J.W. *Occupational Therapy. A Communication Process in Psychiatry*, 1.^a ed. New York: Macmillan; 1963.

Hopkins H., Smith H. *Willard and Spackman's. Occupational therapy*, 8.^a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1993.

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*, 1.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1990.

Moruno P. Relaciones interpersonales y competencia social, Durante P., Noya B. *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*, 1.^a ed, Barcelona: Masson, 1998.

Moruno P. Entrenamiento en habilidades sociales, Durante P., Noya B. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica, 1.^a ed, Barcelona: Masson, 1998.

Moruno P. El abordaje grupal en terapia ocupacional, Durante P., Noya B., Moruno P. Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados, 1.^a ed, Barcelona: Masson, 2000.

Bandura A. *Principles of Behavior Modification*, 1.^a ed. New York: Rinehart & Winston; 1969.

Lewin K. Group decision and social change. In: Newcomb T.H., Hartley E. *Readings in social psychology*. New York: Henry Holt, 1947.

Bion WR, Rickman J. Intra-group tensions in therapy: their study as the task of the group. En: McKenzie (ed.). *Classics in group psychotherapy*. New York: The Guilford Press; 1992.

Didier A., Jacques-Yves M. *La dinámica de los grupos pequeños*, 1.^a ed. Buenos Aires: Kapeluz; 1971.

Foulkes S.H. *Introduction to Group Analytic Psychotherapy*, 1.^a ed. London: Heinemann; 1948.

Foulkes S.H., Anthony E.J. *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*, 1.^a ed. London: Karnac; 1957.

Foulkes S.H. Access to unconscious processes in the group analytic group, Foulkes S.H., Pines M. *Selected Papers. Psychoanalysis and Group Analysis*, 1.^a ed, London: Karnac, 1990.

Pichón-Rivière E. *Teoría del Vínculo*, 1.^a ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.

Moruno P. *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*, 1.^a ed. Barcelona: Masson; 1998.

Moreno J.L. *Psicodrama*, 1.^a ed. Buenos Aires: Ediciones Hormé; 1978.

Foulkes S.H., Anthony E.J. *Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach*, 2.^a ed. London: Penguin Books; 1965.

Freud S. *Psicología de las masas y análisis del yo*, 1.^a ed. Madrid: Amorrortu Editores; 1921. Buenos Aires

Azima F.J., Azima H. Outline of a Dynamic Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1959;(5):231–238.

Azima H., Azima F.J. The effects of Rauwolfia derivatives on schizophrenic states: a psychodynamic formulation. *Dis Nerv Syst.* 1959:165–167.

Azima H., Azima F.J. The effects of Rauwolfia derivatives on psychodynamic

structure. *Psychiatr Q.* 1959:623–635.

Fidler G.S. The task oriented group as a context for treatment. *Am J Occup Ther.* 1969;(1):43–48.

Mosey A. The concept and use of development groups. *Am J Occup Ther.* 1970;(4):272–275.

Llorens L. Facilitating growth and development: the promise of occupational therapy. *Am J Occup Ther.* 1970:93–101.

Pibarot I. Dynamique de l'ergothérapie: approche psychanalytique. *J Ergother (Paris).* 1978;(1):12–20.

Sbriller L. *Introducción a la terapia ocupacional. Marcos conceptuales*, 2.^a ed. Buenos Aires: Catálogos Argentina; 1997.

Paganizzi L. *Terapia ocupacional: del hecho al dicho*, 1.^a ed. Buenos Aires: Psicoterapias Integradas Editores; 1991.

Atkinson Wells C. *Creative Therapies- A psychodynamic approach within occupational therapy*, 1.^a ed. London: Amazon; 2000.

Bruce M.A., Borg B. *Psychosocial Frames of Reference: Core for Occupation-Based Practice*, 1.^a ed. Thorofare: Slack Incorporated; 2002.

Cole M. The behavioral cognitive continuum, Cole M., ed. *Group Dynamics in occupational therapy: the theoretical basis and practice application of group treatment*, 2.^a ed, Thorofare: Slack, 1998.

Hughes P., Mullins L. *Manual de terapia ocupacional en psiquiatría: ejercicios para desarrollar habilidades de la vida diaria*, 1.^a ed. México: Noriega Limusa; 1990.

Callejo J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*, 1.^a ed. Barcelona: Ariel Editorial; 2000.

Morales Pérez A. *Dinámicas de grupo: ejercicios y técnicas para todas las edades*, 1.^a ed. Madrid: San Pablo; 2001.

Schaber P.L. Incorporating problem-based learning and video technology in teaching group process in an occupational therapy curriculum. *J Allied Health.* 2005;(2):110–116.

Eubank D.F., Zeckhausen W., Sobelson G.A. Converting the stress of medical practice to personal and professional growth: 5 years of experience with a psychodynamic support and supervision group. *J Am Board Fam Pract.* 1991;(3):151–158.

García-Margallo P. *Manual de dinámica grupal en terapia ocupacional: una aproximación humanista*, 1.^a ed. Madrid: Aytona Editores; 2008.

Cole M. A humanistic approach, Cole M., ed. Group Dynamics in occupational therapy: the theoretical basis and practice application of group treatment, 2.^a ed, Thorofare: Slack, 1998.

Autoevaluación capítulo 18

1. Howe y Schwartzberg (2001) identifican y describen la labor de los terapeutas ocupacionales con grupos a lo largo de la historia de la terapia ocupacional: ¿qué períodos describen?:
 - a. Proyecto, socialización, dinámica grupal, psicodinámica y adaptación.
 - b. Proyecto, socialización, dinámica grupal, psicodinámica, adaptación y paradigma actual.
 - c. Proyecto, socialización, dinámica grupal, psicodinámica, adaptación y desarrollo eco grupal.
 - d. Proyecto, socialización, dinámica grupal, psicodinámica, adaptación, desarrollo eco grupal y gestión de la habilidad.
 - e. Todas son falsas.

Correcta: *a*. El quehacer profesional del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental se inscribe en gran medida en intervenciones de carácter grupal. Según Howe y Schwartzberg, el comienzo de la utilización de grupos en terapia ocupacional puede fecharse alrededor de 1922, cuando Adolf Meyer desarrolla programas individualizados para el entrenamiento de las destrezas asociadas a determinados oficios en el seno de un encuadre grupal. Desde esta temprana fecha nuestra labor se ha desarrollado frecuentemente enmarcada en grupos, aunque en todo momento no se hayan seguido los mismos principios teóricos para sostener su aplicación. Estas autoras identifican y describen la labor de los terapeutas ocupacionales con grupos a lo largo de nuestra historia, definiendo cinco etapas o períodos diferenciados: *proyecto, socialización, dinámica grupal, psicodinámica y adaptación*.

2. ¿Qué afirmación es la correcta?:
 - a. El marco teórico en el que se sustentan los grupos de entrenamiento de habilidades sociales es el conductual.
 - b. El marco teórico en el que se apoyan son las teorías del aprendizaje social, por observación o vicario de Bandura, que plantean que el ser humano adquiere conductas observando e imitando a sus semejantes.
 - c. El marco teórico en el que se apoya el entrenamiento de habilidades sociales es el cognitivo-conductual, en su desarrollo esta técnica se apoya en procedimientos operantes y clásicos, instrucciones verbales y estrategias cognitivas.
 - d. El objetivo último de este tipo de grupos es fomentar la elaboración de conflictos y su resolución; integrar los elementos conscientes e inconscientes de la psique; cambiar actitudes y favorecer el lazo social.
 - e. Persiguen el cambio de la estructura de la personalidad de los sujetos que

participan en él.

Correcta: *c*. El marco teórico que se sustenta los grupos de entrenamiento de habilidades sociales es el cognitivo-conductual, con las aportaciones adicionales de las teorías de la psicología social. Especialmente las teorías del aprendizaje social, por observación o vicario de Bandura, que plantean que el ser humano adquiere conductas observando e imitando a sus semejantes. No obstante, debemos advertir que, en su desarrollo, esta técnica también se apoya en otras teorías del aprendizaje, utilizando procedimientos operantes y clásicos, instrucciones verbales y estrategias cognitivas.

3. ¿Cuáles son las principales características de los grupos de orientación psicodinámica?:
- Su objetivo último es fomentar la elaboración de conflictos y su resolución; integrar los elementos conscientes e inconscientes de la psique; cambiar actitudes y favorecer el lazo social.
 - Además de todo lo anterior, persiguen el cambio de la conducta y la cognición de los sujetos que participan en él.
 - Además de todo lo anterior, orientan su trabajo a la *directividad*; es el terapeuta el que elige la dirección del grupo, generando sus metas y objetivos.
 - Además de todo lo anterior, esta forma de trabajo se apoya en la idea de que cada miembro del grupo es *consciente* de sus problemas y *capaz* de generar sus propias soluciones.
 - Ninguna es correcta.

Correcta: *a*. El objetivo último de este tipo de grupos es fomentar la elaboración de conflictos y su resolución; integrar los elementos conscientes e inconscientes de la psique; cambiar actitudes y favorecer el lazo social. Persiguen el cambio de la estructura de la personalidad de los sujetos que participan en él. Su singularidad desde la óptica de nuestra disciplina reside en la incorporación de actividades –frente al uso de la palabra– y en la dialéctica que se establece entre las acciones asociadas a la elaboración de la actividad y la elaboración de los conflictos y formas de interacción entre los miembros del grupo entre sí y con el terapeuta ocupacional.

4. ¿Cuáles son las principales características de los grupos de orientación humanista?:
- El trabajo es *dirigido por el terapeuta*; es el propio grupo el que elige la dirección que adquirirá, generando sus propias metas y objetivos, así como las soluciones a los problemas que se presenten.
 - Se apoyan en la idea de que cada miembro del grupo es *consciente* de sus problemas y *capaz* de generar sus propias soluciones.
 - El cambio del comportamiento es consecuencia del profundo entendimiento o comprensión del individuo sobre sí mismo, sobre su Yo más íntimo.
 - El terapeuta sólo puede ayudar al individuo a cambiar cuando es capaz de ver el mundo a través de los ojos del sujeto, sólo cuando es capaz de aprehender la

vivencia del mundo subjetivo del individuo, tal y como éste lo ve y siente, sin perder su propia identidad; es en este momento cuando está cercano el cambio constructivo del comportamiento.

e. Todas son correctas menos la a.

Correcta: e. Los grupos de sostén se apoyan en los principios teóricos del marco de referencia humanista, tanto su formación como su desarrollo y finalización se rige por las ideas centrales que éste aporta. Bajo el paraguas de tales principios se entiende el papel del terapeuta como un agente *facilitador*, que guía la actividad y, simultáneamente, *observa y participa* estimulando a los miembros del grupo a identificar los factores que les impiden una interacción social satisfactoria. Quizás el principio rector más importante que orienta su trabajo es el de la *no directividad*; es el propio grupo el que elige la dirección que adquirirá, generando sus propias metas y objetivos, así como las soluciones a los problemas que se presenten. Esta forma de trabajo se apoya en la idea de que cada miembro del grupo es *consciente* de sus problemas y *capaz* de generar sus propias soluciones.

5. ¿Cuáles son los grupos en los que mejor se trabaja la prevención los problemas de salud mental y la promoción de la salud?:

- a. Grupos de apoyo o sostén.
- b. Grupos de orientación psicodinámica.
- c. Grupos de entrenamiento de habilidades sociales.
- d. Ninguna es correcta.
- e. Todas son correctas.

Correcta: a. Cuando entre los objetivos principales del recurso en que desarrollamos nuestra labor destacan la *prevención* de la enfermedad mental y la *promoción* de la salud, la programación de grupos de *apoyo o sostén* está especialmente indicada. Dado que este tipo de abordaje proporciona apoyo emocional a los participantes y persigue aliviar los síntomas, puede contribuir a aquellas intervenciones dirigidas a prevenir situaciones de crisis, descompensaciones o recidivas. Por tanto, son idóneos en encuadres hospitalarios de atención a la salud mental, especialmente en los centros de salud mental y unidades de hospitalización breve.

- ¹ Desde el psicoanálisis a la psicología social, pasando por el humanismo, la sociología, la antropología o las teorías del aprendizaje social.
- ² Sin duda una de las áreas de conocimiento que más aportaciones ha realizado a su estudio, aunque no la única.
- ³ Debemos señalar que el estudio experimental del comportamiento social en los grupos no es la única estrategia válida para su estudio. Muchas otras áreas de conocimiento han desarrollado métodos y técnicas de investigación útiles, como la antropología o el psicoanálisis.

- ⁴ A pesar de esto, en 1922, Adolf Meyer y E.C. Slagler, en la primera publicación de *Archivos de Terapia Ocupacional* recomiendan la atención grupal en terapia ocupacional como un medio de socialización para desarrollar hábitos que reemplacen a las reacciones patológicas.
- ⁵ Por sólo citar unos ejemplos: Dunton, en 1937, propone la construcción de edredones en grupo que se centra en el objetivo de la socialización. Blackman (1940) propone un club literario como medio de tratamiento grupal de la esquizofrenia. Así, otros terapeutas proponen el trabajo grupal para abordar la ansiedad social o para la creación de una atmósfera de socialización con niños
- ⁶ Diversos estudios de la década de 1950 no encuentran diferencias significativas entre el uso de distintas actividades y subrayan que el papel del terapeuta ocupacional, su personalidad, es más importante que la actividad empleada.
- ⁷ Estas circunstancias se reflejan en los planes de estudio para la formación del terapeuta ocupacional, en los que se incorporan contenidos sobre las técnicas grupales, la psicodinámica de las relaciones interpersonales en el seno de grupos, el uso de la relación terapéutica como herramienta técnica y la selección de actividades grupales.
- ⁸ Además, a partir de 1990 aparecen y se consolidan nuevas formas de atención y trabajo grupal, como los grupos desarrollados en el ámbito comunitario, los grupos de consultoría y de educación de mediadores sociales.
- ⁹ Como señalamos en otra publicación (11), a falta de estudios descriptivos, nuestra experiencia cotidiana sugiere también que en la actualidad la mayor parte de las actuaciones de los terapeutas ocupacionales se realizan dirigiéndose a un conjunto de personas de forma simultánea, más raramente de forma individual. Si pueden servirnos de orientación los datos obtenidos de la población de terapeutas ocupacionales norteamericanos (3) la mayor parte de las actuaciones de los terapeutas ocupacionales se realizan en grupos.
- ¹⁰ Además, el dominio de las técnicas grupales supone una ventaja en nuestro desarrollo profesional (especialmente en recursos institucionales), dado que posibilita el tratamiento de un gran número de pacientes en un tiempo limitado. No obstante, no por ello nuestra labor profesional debe circunscribirse únicamente al trabajo con grupos, desde nuestro punto de vista, cuando sea necesario, debemos complementar este tipo de abordajes con intervenciones individuales.
- ¹¹ Sujetos con puntuaciones altas y bajas en habilidades sociales mostraban cómo estas diferencias no se correspondían con el número de conductas, sino con la secuencia de su ejecución
- ¹² La denominación de este tipo de grupos varía dependiendo del autor y del texto consultado. Para evitar confusiones hemos elegido la locución «grupos de orientación psicodinámica» para referirnos a ellos en general. De cualquier forma, deseamos advertir que es muy habitual que también se denominen grupos explorativos, terapia grupal, dinámica de grupos y grupos psicodinámicos.

- 13 El conocimiento teórico, tanto de los fenómenos grupales en los que se fundamenta este tipo de espacios terapéuticos, como de los supuestos que conceptualizan el comportamiento humano desde una perspectiva psicoanalítica, es imprescindible para dirigir un grupo explorativo.
- 14 Según algunos autores, a través de la realización de actividades es más fácil explorar las formas de interacción social que en las tradicionales terapias verbales.
- 15 En el contexto de los EE.UU., vinculadas en su mayoría con la psicología del yo de Adler.
- 16 Enmarcados en los mismos principios teórico que sustentan los grupos T («T» de *training*) o de encuentro, de autoayuda, gestálticos.
- 17 También es posible encontrar intervenciones individuales para el entrenamiento de habilidades sociales. No obstante, en este capítulo sólo describimos aquellas intervenciones que tienen en cuenta las características de un grupo y su manejo con propósitos terapéuticos.
- 18 Aunque dependiendo de las características de los participantes puede ser necesario aportar ideas u orientar sobre las actividades que deben realizarse.
- 19 De hecho, mientras que en décadas precedentes la formación del estudiante subrayaba el estudio de los grupos y su aplicación terapéutica desde una perspectiva psicodinámica y humanista, en la actualidad predomina un enfoque que prima el entrenamiento de habilidades sociales. Al fin y al cabo la universidad tampoco es ajena al contexto ideológico, social, económico y político en el que se encuentra inmersa.
- 20 Con excepción de los grupos de población con discapacidad intelectual y otros trastornos de carácter orgánico.

Actividades físicas y deportivas

P. Moruno Miralles, P.A. Cantero Garlito, S. Barrios Fernández

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Definición y características de las actividades físicas

Actividad física y salud mental

Perspectivas y niveles de intervención

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental

Actividad física y recuperación de capacidades y destrezas

Actividad física y participación social

Evaluación y diseño de programas de actividades físicas y deportivas

Evaluación

Diseño de programas de actividades físicas

Diseño de programas de actividad física

Programa 1: Paseo por la comunidad

Programa 2: Programa de actividades rítmicas

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer las principales características de las actividades físicas y la importancia que su realización tiene para el mantenimiento de salud y la calidad de vida.
- Analizar los beneficios que la práctica continuada de ejercicio físico puede generar en las personas con enfermedad mental.
- Distinguir los diferentes niveles de intervención en los que los terapeutas ocupacionales pueden hacer uso de las actividades físicas y deportivas: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, recuperación de capacidades y

destrezas, y participación social.

- Explicar los principios básicos para la evaluación, diseño y programación de actividades físicas.
- Mostrar ejemplos de programas de actividades físicas.

Introducción

El uso del ejercicio físico y el deporte tiene una larga tradición en el tratamiento de la enfermedad mental (1). En la antigua Grecia, Hipócrates recomendaba la lucha libre y la equitación como métodos curativos de la locura, asumiendo la influencia beneficiosa del cuerpo sobre la psique. Su consejo se basaba en el presupuesto platónico: *mens sana in corpore sano*, en el que se asocia un buen estado físico con la salud mental. Numerosos historiadores de la terapia ocupacional señalan que la utilización de actividades físicas, corporales y deportivas como promotoras de la salud mental ha sido un recurso ampliamente empleado por los terapeutas ocupacionales para el tratamiento de los trastornos mentales (2). Sin embargo, sólo recientemente se han encontrado evidencias sobre sus beneficios, aportándonos argumentos científicos para incorporar este tipo de actividades en el diseño de programas de intervención.

Nuestra formación académica en áreas como anatomía, fisiología, o desarrollo psicomotor, junto con el dominio de las técnicas de intervención, hace de estas actividades una de las aportaciones del terapeuta ocupacional más originales y apreciadas en los equipos de atención a las personas con enfermedad mental.

En este capítulo trataremos de definir y describir las características singulares de las actividades físicas, corporales y deportivas y de qué forma éstas pueden ser aplicadas terapéuticamente en el ámbito de la salud mental. Examinaremos las teorías en las que se apoya su empleo, desde puntos de vista teóricos diversos, revisando aquellas evidencias científicas que apoyan su aplicación para mejorar la salud mental y favorecer la participación ocupacional y la inclusión del sujeto en su comunidad. Expondremos la perspectiva singular del terapeuta ocupacional al usar este tipo de actividades, las particularidades respecto a la evaluación y al diseño de programas y describiremos los diferentes niveles de intervención y objetivos terapéuticos que justifican su inclusión en los programas de intervención de terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental. Para finalizar, presentaremos dos ejemplos diferentes del diseño de programas de actividad física elaborados desde terapia ocupacional.

Definición y características de las actividades físicas

Creemos no estar muy equivocados al asegurar que en la sociedad occidental contemporánea la idea que afirma que realizar ejercicio físico promueve la salud y previene la enfermedad está ampliamente extendida, tanto entre los profesionales de la salud como en la población en general. Desde hace ya décadas esta creencia se da por sentada; hacer ejercicio físico moderado promueve la salud. No obstante, actualmente se considera que los beneficios de la actividad física en la salud no dependen tanto del régimen concreto de actividad, sino que son proporcionales a la cantidad realizada, de tal forma que cualquier incremento aporta algún beneficio. Así, cambia el énfasis desde la *intensidad* o duración a la *cantidad* y esto favorece que la población incorpore más fácilmente la actividad física entre sus actividades cotidianas, dadas las bajas ratios de realización de ejercicio físico entre la población general. Además, con este matiz ya no es imprescindible realizar sólo ejercicio físico –puesto que muchas personas rechazan su realización o les cuesta mantenerlo a diario – , sino que la actividad física puede adquirir otro carácter como, por ejemplo, pasear, limpiar la casa, realizar algún deporte, jugar o sacar al perro a pasear.

Desde una aproximación genérica, podemos definir *actividad física* como: «cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales (respiración, circulación de la sangre, etc.)». Así, en esta definición se pueden incluir múltiples actividades: deportivas, vinculadas a aficiones o tareas de carácter activo, como bailar o limpiar la casa, caminar, montar en bicicleta o, simplemente, las actividades de la vida diaria que impliquen un gasto energético. Por tanto, podemos distinguir entre actividad física y *ejercicio físico*, este último puede concebirse incluido en la categoría general de actividad física. *Ejercicio físico* puede definirse como: «aquella actividad física, libremente elegida, planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mantener o mejorar la forma física o la salud». Cuando el ejercicio físico se realiza dentro de unas reglas que conjugan la actividad física con otras características de la persona, podríamos llamarlo *deporte*. Un último concepto importante es el de *forma física*, que es el conjunto de atributos que la persona ha de alcanzar en relación con su capacidad para realizar actividades físicas, o lo que es lo mismo, un estado del organismo originado por la repetición de ejercicios programados para mejorar nuestros sistemas.

A pesar de las matizaciones que acabamos de realizar, parece ser que la actividad física de carácter moderado y vigoroso es aquella que mayores beneficios tiene sobre la salud, especialmente en aquellos individuos con peor estado de salud

general, siempre que se ajuste a sus condiciones generales de salud y a las preferencias personales de la persona que la realiza.

Numerosos organismos públicos relacionados con la salud recomiendan a los adultos realizar en total al menos 30 minutos diarios de actividad física moderada o intensa, cinco días o más a la semana. Esta cantidad aumenta en el caso de los niños y adolescentes, hasta un mínimo de 60 minutos diarios. La intensidad que ha de tener la actividad física para considerarla moderada varía según los estudios publicados; desde un punto de vista subjetivo, es aquella en la que el ritmo cardíaco aumenta hasta el punto en que la persona note que su pulso aumenta y sienta una ligera falta de aliento. Estas recomendaciones especifican que el monto total puede ser alcanzado en una sola sesión o en pequeños períodos de actividad de, al menos, 10 minutos de duración. También se suele advertir que la actividad física puede formar parte del estilo de vida individual o bien puede ser realizada en sesiones estructuradas, practicando deportes o combinando ambas modalidades, aunque, además, debemos considerar que, probablemente, el umbral para considerar la intensidad de la actividad física variará de acuerdo con las características individuales de quien la realiza, como el estado de forma o si el sujeto se entrenaba previamente con asiduidad.

Nos gustaría advertir que las recomendaciones que hemos citado se refieren a la población general. Identificar el tipo, duración e intensidad de la actividad física a través de la cual se obtiene mayor beneficio para aquellas personas que padecen trastornos mentales específicos requerirá de una investigación sistemática que aún está por hacer. A pesar de lo dicho queremos señalar las características básicas de toda actividad física, de capital importancia a la hora de realizar un programa de actividad física y de determinar la carga de dicho programa: el *tipo* de ejercicio, la *intensidad*, la *duración*, la *frecuencia* y el *ritmo* de progresión.

Actividad física y salud mental

De acuerdo con Biddle y Mutrie (3), aunque podemos encontrar una considerable cantidad de literatura científica sobre la influencia de la actividad física en los procesos fisiológicos y psicológicos relacionados con el bienestar, la salud y la calidad de vida, todavía no se conocen con exactitud los mecanismos subyacentes que explican sus posibles efectos. En buena parte esta circunstancia se debe a las diferencias individuales, que pueden ser determinantes al explicar los efectos de la actividad física en cada individuo. Verbigracia, en aquellos individuos que comienzan a realizar ejercicio físico su efecto puede explicarse principalmente a través de mecanismos psicológicos –como el sentimiento de logro personal o la interacción social con otras personas – , mientras que en aquellos sujetos habituados a realizar actividades físicas puede asociarse más a mecanismos de carácter fisiológico, como el aumento de las endorfinas.

Sea como fuere, para explicar el efecto beneficioso que tiene la realización continuada de actividades físicas en las personas aquejadas de una enfermedad mental se han desarrollado diversas hipótesis. Algunas subrayan sus repercusiones fisiológicas, mientras que otras hacen hincapié en sus consecuencias psicológicas.

A continuación revisaremos algunas de las que con mayor frecuencia se encuentran en la literatura.

Por un lado, en lo que respecta a los efectos fisiológicos, se ha observado que la realización de actividades físicas amortigua o *disminuye los efectos del estrés*, puesto que reduce los indicadores de éste, como la frecuencia cardíaca, los niveles hormonales y la tensión muscular. Parece ser que aquellos individuos que poseen una mejor condición física se recuperan antes de eventos estresantes. Además, la tensión muscular después de realizar una actividad física disminuye, lo cual se prolonga durante al menos 3 o 4 horas, aunque para que esto sea así la actividad debe ser de una intensidad moderada.

También se ha citado con frecuencia la acción de la actividad física sobre los *opiáceos endógenos*. Las endorfinas o opiáceos endógenos poseen una estructura química similar a la de la morfina y sus derivados, se producen en la glándula pituitaria y en otros centros del sistema nervioso central. Actúan como analgésicos naturales, producen un sentimiento de bienestar y reducen el umbral de respuesta ante estímulos externos y los niveles de tensión y ansiedad. Asimismo, están implicados en el control del apetito, de la presión arterial, de la regulación de la temperatura, del control de la ventilación y de la secreción de la pituitaria. Aunque se ha documentado extensamente la relación entre el ejercicio físico y la activación del sistema de producción de opiáceos endógenos, parece ser que dicha activación requiere un ejercicio de alta intensidad (4).

Asimismo, el aumento de la temperatura corporal inducido por la actividad física modifica la actividad cerebral, reduce la tensión muscular, el nivel de *arousal* y, por tanto, la ansiedad (3).

El *aumento del flujo sanguíneo* y de la oxigenación del cerebro también se ha relacionado con la mejora del estado de ánimo. Algunas investigaciones han identificado un incremento de la serotonina y de la dopamina en animales de laboratorio cuando se aumenta su nivel de actividad física. Como es bien sabido, en los trastornos del estado de ánimo, especialmente en la depresión, se observa una reducción de los niveles de estos neurotransmisores. Esta hipótesis puede ser especialmente interesante, puesto que los mecanismos bioquímicos del tratamiento farmacológico contra la depresión se basan en mecanismos muy similares, previniendo la recaptación de la serotonina en el cerebro (5, 6).

Otra hipótesis sugiere que la realización de ejercicio físico puede tener como resultado un incremento de la actividad adrenal y la liberación de noradrenalina y adrenalina que contrarrestan el estrés.

Por otro lado, numerosas investigaciones en el ámbito de la psicología han referido la correlación entre la realización de actividades físicas y la reducción de la ansiedad, la mejora del estado de ánimo y, en algunos casos, el cambio del comportamiento. Algunos estudios muestran que la actividad física, en especial la que se desarrolla de forma continua y vigorosa, mejora el estado de ánimo¹. Este hecho puede estar relacionado con la *mejora del autoconcepto*, en la medida en que la realización de actividades físicas de forma constante a lo largo del tiempo aumenta el conocimiento y dominio del propio cuerpo, favorece el desarrollo de expectativas de logro y aumenta la pericia o la destreza motora individual.

También influye en la *sensación subjetiva de bienestar*, en la percepción de la apariencia física y del estado de forma o condición física general, en la apreciación positiva del cuerpo y de la imagen corporal. Todos estos aspectos se han asociado con una mejora de la autoestima, de la capacidad de autodeterminación, de la seguridad y confianza en uno mismo y de la autonomía personal (7). Todo ello puede contribuir a modificar el sentimiento de víctima de las circunstancias externas o de la enfermedad tan común en el enfermo mental, en especial en los enfermos crónicos.

Asimismo, las actividades físicas pueden considerarse *vehículos para la expresión* personal; favorecen la expresión corporal y de emociones, la creatividad y la conciencia corporal. Actividades corporales de carácter lúdico, artístico (como el teatro, o la danza, entre otros), recreativo, de ocio y deportivo, tanto de índole grupal como de carácter individual, pueden convertirse en vías de expresión y manifestación de inquietudes estéticas y creativas, así como dar cabida a, ocupar, nuestro tiempo libre y de ocio. Además, los juegos (competitivos y no competitivos) pueden constituirse en un canal para encauzar los impulsos agresivos de manera socialmente aceptada y, en la población infanto-juvenil, conformarse en los principales vehículos para la maduración y el desarrollo sensorial, motor, cognitivo, afectivo y social.

Es interesante señalar que los *beneficios de la actividad física pueden aumentar significativamente cuando se hace en grupo*. Así, los factores sociales propios de los juegos y actividades deportivas generan oportunidades para que se establezcan relaciones personales, se expresen de manera espontánea emociones, se coopere y se generen sentimientos de pertenencia a un grupo (8). De igual forma, las relaciones establecidas en las actividades deportivas pueden favorecer el apoyo mutuo y la oportunidad de interacción social. Además, autores como Henwood (7) han señalado que muchas actividades físicas –como el senderismo, el ciclismo, la jardinería o la horticultura y numerosos deportes– se llevan a cabo en entornos naturales y, por tanto, pueden promover el contacto con la naturaleza, lo que contribuye a la mejora del sentimiento de bienestar y de la salud.

Es probable que los efectos fisiológicos y psicológicos de la actividad física estén estrechamente relacionados. Por tanto, aquellas líneas de investigación que aborden la explicación de las consecuencias de la actividad física en la salud mental deberán considerar la variación de la respuesta fisiológica individual, sus efectos psicológicos y la interrelación entre ambos aspectos. De cualquier forma, la interrelación de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que subyace a la realización de actividades físicas, corporales y deportivas nos permite subrayar su importancia en la consecución y mantenimiento de la salud mental. En consecuencia, basándonos en estos principios, podemos justificar el diseño y la implementación de espacios terapéuticos de trabajo corporal en la elaboración de programas institucionales de terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental.

Perspectivas y niveles de intervención

Resulta obvio señalar que la aplicación de actividades físicas, corporales y deportivas como herramientas terapéuticas no es exclusiva de los terapeutas ocupacionales, también otros profesionales (fisioterapeutas, psicomotricistas, diplomados en educación física, licenciados en ciencias del deporte o profesionales de enfermería, entre otros) las utilizan habitualmente. Sin embargo, en nuestra disciplina adoptamos una perspectiva holística del ser humano y de su participación ocupacional, que permite diferenciar nuestra intervención de la de otras profesiones de la salud. Por tanto, es primordial que los terapeutas ocupacionales que programan actividades físicas en salud mental reflejen los principios teóricos que subyacen a tal perspectiva, concibiendo estas actividades como estrechamente relacionadas con el desempeño ocupacional; es decir, considerando la relación entre los diversos factores que influyen en su realización efectiva dentro del entramado personal de actividades cotidianas del individuo que constituyen su participación ocupacional.

Desde el planteamiento teórico y metodológico que estamos realizando, podemos diseñar espacios terapéuticos que se articulen alrededor de la realización de diferentes actividades físicas, deportivas o corporales, contemplando las distintas funciones que pueden cumplir y los objetivos asociados a ellas. En consecuencia, podemos considerar la actividad física como: un *agente* que promueve la salud y previene la enfermedad mental; como un *medio* que permite al individuo mejorar determinados aspectos físicos, psicológicos y/o determinadas destrezas asociadas con su realización y también como un *fin* en sí misma, parte del repertorio de actividades cotidianas del individuo, que fomente la adquisición de estilos de vida, la participación y la integración social.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental

Los datos sobre el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades somáticas entre la población con enfermedad mental son muy numerosos. Las tasas de mortalidad en la población con enfermedad mental son altas, incluso después de excluir los suicidios y los accidentes (9). Asimismo, las personas que presentan ciertos trastornos mentales, en especial trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y trastornos bipolares, presentan un riesgo mayor de padecer diabetes, infecciones, trastornos respiratorios y obesidad que la población general (10).

Posiblemente las condiciones y el estilo de vida de las personas con trastornos mentales graves y de larga duración están relacionados con una mayor prevalencia de enfermedades y problemas físicos. Una dieta poco saludable, el alto consumo de tabaco y la falta de ejercicio físico son frecuentes en este tipo de población. Además, el aumento de peso es un efecto secundario significativo de la ingestión de algunos fármacos antipsicóticos, que puede generar problemas tanto de sobrepeso como de obesidad (10).

Además, la actividad física puede emplearse como un medio efectivo para prevenir el inicio de la depresión, una de las enfermedades con mayor incidencia entre la población mundial, y puede contribuir a la reducción de los factores de riesgo asociados con ella (11).

Todos estos datos y estudios refuerzan la idea de que la realización continuada de actividades físicas puede contribuir de manera significativa a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades entre la población con enfermedad mental. Faulkner y Biddle (12) defienden que es necesario que los profesionales de la salud mental tomen conciencia de la interrelación entre los aspectos físicos y psicológicos de las personas con enfermedad mental, integrando en los programas de intervención la actividad física como método terapéutico para alcanzar objetivos asociados tanto a aspectos somáticos como a aspectos psicológicos. Esto no es óbice para considerar igual de significativos e importantes los objetivos sociales que pueden llegar a alcanzarse con la realización continuada de este tipo de actividades.

Para diseñar e realizar programas que apoyen la adquisición de un estilo de vida activo y saludable es necesario analizar todos aquellos factores que están relacionados con la adopción y el mantenimiento de actividades físicas como parte del estilo de vida de las personas con enfermedad mental. Nuestro objetivo es que cada programa se ajuste a las características particulares de la población tratada. En algunos casos los obstáculos para realizar actividades físicas como parte habitual del estilo de vida individual están relacionados con la ausencia de motivación y las dificultades para identificar los beneficios de la actividad física en la salud. En otros

con la existencia de barreras para la participación (económicas, recursos o apoyo social), mientras que en otros con situaciones de estrés que impiden o dificultan la continuidad del desempeño de actividades físicas. Reynolds (13) sugiere que las líneas de intervención deben centrarse en promover que el individuo identifique los beneficios de la actividad física en la salud y en eliminar las barreras para una participación efectiva, teniendo en cuenta las preferencias y recelos del individuo, así como los objetivos planteados, tanto los vinculados a la exploración de posibilidades y contextos como a la realización efectiva de actividades físicas.

Actividad física y recuperación de capacidades y destrezas

El valor terapéutico del ejercicio y de la actividad física para el tratamiento de los síntomas asociados a determinados trastornos mentales ha sido ampliamente revisado y documentado en la literatura científica. Basándonos en estos hallazgos podemos justificar el diseño y la realización de actividades físicas como un medio para contrarrestar los síntomas de numerosos diagnósticos psiquiátricos, como ansiedad, apatía, alucinaciones o el funcionamiento cognitivo.

Crawford et al (6) realizan una revisión sistemática y establecen que, sin excepción, se documentan efectos positivos del ejercicio físico en el tratamiento de la depresión. Investigaciones posteriores también identifican un impacto clínicamente significativo en los síntomas de la depresión leve o moderada. Asimismo, se ha documentado que la actividad física puede servir como un medio auxiliar en el tratamiento de la esquizofrenia (12).

Las actividades físicas pueden considerarse un medio para desarrollar destrezas de afrontamiento y manejo de la enfermedad mental y para la mejora de la calidad de vida de las personas que la presentan (11).

Además, como es bien sabido, las personas con trastornos mentales, en especial los persistentes o de larga duración, suelen presentar problemas sensoriomotores asociados, como alteraciones posturales y motoras (disonías y discinesia), del equilibrio o temblores, entre otros. Aunque es complicado discernir cuál es la causa de tales alteraciones –hay teorías que las atribuyen a trastornos orgánicos vinculados con la enfermedad mental y otras que las relacionan con la pasividad, apatía e inactividad que causan en conjunto alteraciones de la postura, la marcha y la forma física –, la realización de actividades físicas puede ser una estrategia de intervención eficaz que contrarreste estos problemas.

Asimismo, algunos efectos secundarios de la medicación repercuten en la esfera motora y psicomotriz. Los fármacos antidepresivos y tranquilizantes pueden causar astenia o apatía, mientras que los neurolépticos generan un aumento de peso y síntomas extrapiramidales (discinesias tardías en niños y adultos jóvenes con las primeras tomas; discinesias agudas, acatisia o síndrome parkinsoniano), que se caracterizan por rigidez, bradicinesia y temblor. Todos estos efectos pueden reducir o eliminar el impulso para la realización de actividades físicas, además de causar graves problemas al individuo.

Todos los aspectos que acabamos de mencionar justifican el uso de actividades físicas como un medio de tratamiento que contribuya a paliar síntomas o recuperar y mejorar las capacidades y destrezas de carácter motor y psicomotor asociadas con algunos trastornos mentales.

Actividad física y participación social

También podemos contemplar las actividades físicas desde un punto de vista que enfatice su inclusión en el repertorio de ocupaciones cotidianas de un individuo, en la medida en que sean significativas para él, hasta que formen parte de su estilo de vida. Concebidas desde esta perspectiva, las actividades físicas pueden cumplir diferentes funciones y lograr objetivos diversos en los programas de intervención de terapia ocupacional.

Los programas basados en la realización de actividades físicas en los diversos recursos de atención a la población con enfermedad mental (v. Sección III. Escenarios de práctica), en especial si se integran en la comunidad, poseen un gran potencial para alcanzar objetivos asociados con la integración y la participación social. Hayden (14) recomienda específicamente su uso para lograr la inclusión social de aquellos individuos con trastornos mentales graves y de larga duración.

En la sociedad actual las actividades físicas y deportivas tienen un carácter especialmente inclusivo, en la medida en que están asociadas con valores compartidos y ensalzados en nuestra cultura, lo que permite contrarrestar el estigma asociado a la enfermedad mental. Por tanto, pueden convertirse en un vehículo para la participación e integración social de colectivos excluidos o con riesgo de exclusión. Si planificamos e implementamos programas de terapia ocupacional basados en actividades físicas y deportivas que se desarrollen en recursos comunitarios normalizados e integrados en la comunidad, podemos favorecer la consecución de estos objetivos.

Evaluación y diseño de programas de actividades físicas y deportivas

Evaluación

A pesar de los numerosos beneficios relacionados con la realización de actividades físicas, conseguir que éstas se hagan de manera continuada no es tarea sencilla. Menos aún en aquellos casos en los que a las dificultades de la población general para adoptar, mantener o reanudar actividades físicas se unen los efectos y circunstancias derivadas de una enfermedad mental. Dicho de otra forma, la eficacia de la actividad física como método terapéutico en salud mental está condicionada por diversos factores psicológicos, sociales, contextuales y biológicos que es necesario considerar.

Esta circunstancia impone que la programación de actividades corporales, deportivas o físicas para personas con una enfermedad mental se apoye en una evaluación minuciosa de las características y necesidades del individuo o grupo a quien va dirigida, considerando también el contexto de cada institución, si el programa se enmarca en un servicio o recurso concreto.

Por tanto, antes de programar cualquier intervención debemos evaluar aquellos factores de carácter individual, social, cultural, económico y del entorno que pueden influir en el desempeño efectivo de estas actividades.

Las variables que con más frecuencia se citan en la literatura como impedimentos para la realización de actividades físicas son: la *motivación*, las *barreras* a la participación y el *estado de salud* general.

Por un lado, entre los factores individuales, la ansiedad, la baja motivación para el cambio y la baja autoestima e imagen personal son los más relevantes.

Como anticipábamos en la «Introducción», en lo que respecta a la *motivación* es imprescindible que ésta se apoye en elementos intrínsecos, sin que interfieran factores externos que presionen y, en ningún caso, fuercen a la participación. En consecuencia, debemos evaluar la satisfacción personal, la competitividad y la capacidad de cooperación, el contacto social o el goce corporal, aspectos que pueden mejorar la motivación intrínseca de los participantes. Con este propósito, podemos apoyarnos en los deseos de los participantes para realizar determinadas actividades concretas, porque sean de su interés, porque estén relacionadas con determinadas necesidades o porque sean especialmente significativas. Determinadas actividades físicas pueden tener un significado especial para un sujeto si están relacionadas con alteraciones en el desempeño en otras áreas de ocupación; valga el ejemplo: un albañil puede estar especialmente motivado en aumentar su resistencia física, porque está vinculada a su desempeño laboral. En otros casos, el sujeto puede estar motivado por los beneficios en su salud general y concebirlas como un medio para la mejora y logro de otras actividades. Verbigracia: una persona con trastornos del sueño o consumo de drogas puede realizar ejercicio físico como una estrategia para mejorar sus dificultades. En estos casos, la actividad física que necesitan suele requerir

períodos de tiempo más cortos y mayor creatividad en la oferta que se hace al individuo para que mantenga su cumplimiento con el tratamiento. La colaboración con el paciente para determinar los motivos que pueden favorecer la participación en actividades físicas puede ser determinante para el éxito de la intervención.

Para apoyar este proceso de exploración, toma de decisión y elección existen distintas herramientas que nos pueden facilitar la identificación de las actividades que resultan más significativas para los individuos, por ejemplo el Cuestionario de regulación de la conducta en el ejercicio (BREQ-3) (15), el Cuestionario para el análisis de la motivación y la práctica de la actividad físico-deportiva (16) o el Cuestionario de causas de abandono en la práctica deportiva (17).

Por otro lado, para seleccionar y planificar actividades que formen parte de un programa de intervención, ya sean de carácter grupal o individual, debemos evaluar el *estado de salud* y la forma física de los destinatarios del programa, así como sus cuadros clínicos y síntomas. Por poner sólo algunos ejemplos, las personas que presentan depresión con frecuencia sufren una reducción de los niveles cardiorrespiratorios, falta de energía y anhedonía que pueden dificultar el inicio y la tolerancia a la actividad. En los trastornos de ansiedad la preocupación excesiva por la salud o la aprensión, el miedo a hacerse daño, la subestimación de las capacidades o la falta de control sobre el comportamiento pueden causar conductas de evitación que dificulten la realización de las actividades propuestas. En el caso de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos, las alucinaciones, las alteraciones del pensamiento, la labilidad emocional, las conductas bizarras o los efectos secundarios de la medicación pueden dificultar la interacción social y, por tanto, la participación en actividades físicas, sobre todo las que tengan un perfil social. En aquellos sujetos que sufran trastornos del comportamiento o disociales deberemos prestar especial atención a las actividades que incorporen competitividad, el seguimiento de normas y la interacción social. Cuando realicemos actividades físicas con personas con trastornos de la alimentación, especialmente anorexia, debemos transmitir la diferencia que existe entre la actividad física saludable y el abuso de ésta, así como los perjuicios asociados con dicho abuso. También debemos considerar detenidamente el efecto de la actividad física en adolescentes en proceso de crecimiento.

Asimismo, obtenemos información acerca de la participación pasada en actividades deportivas, así como del interés en volver a participar en ellas o en explorar nuevas. Es importante recoger datos médicos, sobre patologías existentes y consumo de medicación que pueda influir en la actividad; también datos antropométricos y psicomotrices básicos, para realizar una planificación más adecuada a la situación de partida de los individuos con los que vamos a trabajar. También debemos contemplar aquellas situaciones en las que la realización de actividades físicas está contraindicada, como sucede en aquellas personas que padezcan trastornos cardíacos e hipertensión grave, alteraciones musculoesqueléticas

o epilepsia (si no están controladas las crisis con medicación) o cualquier lesión o problema físico que suponga un riesgo grave para el sujeto. Asimismo, debemos tener en cuenta que en algunas ocasiones los pacientes que toman medicación neuroléptica desarrollan fotosensibilidad, que puede impedir la práctica de actividades físicas y deportivas en el exterior.

Por último, nuestra evaluación también explora aquellos aspectos ambientales, sociales, culturales o económicos que pueden ser barreras para la participación en actividades físicas (10). Algunas de estas barreras han sido identificadas en revisiones de la literatura científica, entre las que podemos citar a modo de guía para su evaluación:

- Ausencia de infraestructuras, instalaciones u oferta en la comunidad para la práctica de deportes u otras actividades físicas.
- Limitaciones de tiempo, como consecuencia de compromisos familiares y laborales.
- Falta de red de apoyo social.
- Costes económicos.
- Ausencia de programas de actividades físicas que consideren su mantenimiento en el tiempo y programas con un esquema de ejercicio físico a corto plazo.
- Experiencias negativas sobre los beneficios en la salud de la participación en actividades físicas.

Nos gustaría señalar, además, que los factores culturales y sociales (como puede ser el caso de las minorías étnicas, relacionados con el género o la edad, entre otras) también deben tenerse en cuenta al programar actividades físicas con carácter terapéutico.

En definitiva, la planificación y programación de espacios terapéuticos basados en la realización de actividades físicas, corporales o deportivas debe apoyarse en una evaluación pormenorizada de aquellos condicionantes que pueden comprometer su efectividad y eficacia en el contexto global de la intervención.

Diseño de programas de actividades físicas

A la hora de diseñar programas o espacios terapéuticos articulados alrededor de la realización de actividades físicas –ya sea como parte de una intervención de carácter individual, grupal o institucional –, además de considerar las variables que describíamos en el apartado anterior, debemos también contemplar los recursos, los conocimientos y la experiencia del terapeuta que las lleva a cabo. No obstante, contamos con la ventaja de disponer de una amplia variedad de actividades para seleccionar en el diseño del programa o plan de intervención. Actividades como dar un paseo, correr, hacer ejercicio físico (de mantenimiento, fortalecimiento, musculación, o en silla), las técnicas de relajación o actividades expresivas como la danza, el yoga, ejercicios para el desarrollo psicomotor, casi cualquier deporte, juegos competitivos y no competitivos, jardinería o la organización y colaboración con clubes deportivos u otros grupos comunitarios, son sólo una pequeña muestra de las posibilidades de elección de las que disponemos.

Además, esta particularidad facilita hacer partícipe al individuo en la elección y, de esta forma, aumentar su sentimiento de control e incorporar sus intereses y deseos. A pesar de lo dicho, siempre debemos tener claro que esta elección tiene limitaciones, dado que debe ajustarse a las características del individuo, a los recursos disponibles y a los objetivos perseguidos.

También nos gustaría reseñar que el empleo de recursos comunitarios, el aprovechamiento de los de la institución y el conocimiento, dominio, iniciativa y creatividad del terapeuta ocupacional pueden ampliar el repertorio de actividades disponibles y utilizables.

Debemos también recordar que numerosas actividades físicas, en especial las deportivas, requieren equipamiento o materiales específicos, por lo que debemos conocer su disponibilidad y estado.

Además, debemos considerar los riesgos asociados con algunas actividades físicas; los deportes de contacto o las que requieren niveles altos de vigor o un buen estado de forma tienen más riesgos de causar posibles lesiones.

Como terapeutas ocupacionales, sabemos que una persona va a sentirse más atraída por una actividad que fomente su autorrealización, que sea significativa y placentera. Como ya dijimos, debemos diseñar programas de actividades físicas que se sostengan en la motivación intrínseca del individuo, centrados en aquellas actividades físicas por las que se obtiene gratificación personal por el mero hecho de realizarlas, sin que subyazcan otros fines específicos. Si logramos que dichos espacios terapéuticos sean «un momento divertido del día» o un lugar en el que «nos reunimos para hacer algo juntos»; es decir, si somos capaces de conseguir dicha motivación intrínseca, tendrán más opciones de éxito. Si por el contrario se perciben

como un «medio» para conseguir otro objetivo: «adelgazar», «el médico me ha dicho que lo haga», «me viene bien por los efectos secundarios de la medicación», probablemente tendrán muchas más posibilidades de abandono o fracaso. En este sentido, utilizar la actividad física como método terapéutico implica que ésta sea libremente elegida, regida y dirigida de acuerdo con los intereses y preferencias del sujeto que la realiza, que implique cierto grado de reto o desafío personal y que favorezca el desarrollo o la expresión de las habilidades e inquietudes.

Para potenciar las características que acabamos de describir puede ser muy interesante resaltar el potencial lúdico y para el disfrute del tiempo de ocio de las actividades físicas y deportivas. Muchos de los rasgos definitorios de las actividades lúdicas, de asueto y recreativas se imbrican o superponen con los de las actividades físicas, hasta tal punto que en determinados ámbitos de la profesión es difícil distinguir unas de otras, como cuando trabajamos con población infanto-juvenil o adultos jóvenes. No obstante, no nos gustaría equipararlas totalmente, dado que estos dos tipos de actividades, a pesar de tener características comunes, también poseen otras distintivas. Si el lector desea revisar con mayor detalle la definición y los pormenores de la aplicación terapéutica de las actividades lúdicas y de ocio le recomendamos que consulte las obras de Case-Smith y O'Brien (18) y Parham y Fazio (19).

También deseamos enfatizar la capacidad del terapeuta ocupacional para *graduar* y *adaptar* las actividades que conforman cada programa de intervención. Gracias a esta destreza específica del terapeuta ocupacional podemos ajustarlas a las características de la persona o grupo que van a participar en ellas. Es una estrategia habitual incrementar el nivel de exigencia física de forma gradual, en especial en aquellos casos en que los participantes tengan una pobre forma física, estén poco habituados a la actividad física o padezcan cualquier condición o enfermedad que dificulte su participación. Así, podemos adecuar tanto el inicio de la actividad física como su desarrollo o finalización y otros aspectos relacionados con su manejo, como pueden ser el nivel de interacción social, la expresión corporal, la competitividad, la cooperación o la necesidad de apoyo. Además, las actividades físicas realizadas pueden conectarse con otros espacios terapéuticos. Podemos enlazar actividades creativas o expresivas (por citar algún ejemplo: pintar camisetas, hacer fotografías, o ver una competición deportiva) con el programa de actividades deportivas (siguiendo con el ejemplo, para confeccionar el vestuario del equipo, o preparar las sesiones). También es viable asociar una actividad física con objetivos de otros programas. Por ejemplo, entrenar destrezas asociadas con las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria (verbigracia: para el aseo, la ducha, el vestido o la movilidad) aprovechando que el individuo tiene que vestirse, asearse, ducharse o desplazarse para participar en una actividad física o deportiva. Por lo demás, la puesta en funcionamiento de un programa es siempre una oportunidad para que los terapeutas promuevan la exploración de nuevos intereses por la práctica de actividades físicas y

deportivas.

El amplísimo abanico de condiciones y factores que debemos observar para diseñar un programa de actividades físicas –por citar sólo algunos: encuadre institucional, perfil de los usuarios, recursos disponibles, entorno comunitario, conocimientos y pericia del terapeuta – , hace casi imposible revisar exhaustivamente todos los aspectos contemplados para diseñar un programa individual o institucional de actividades físicas. Por este motivo, hemos optado por plantear dos ejemplos en los que se recogen los puntos que analizamos para diseñar un programa de actividades físicas. Nuestro objetivo es que el esquema implícito en cada ejemplo pueda servir de guía a la hora de programar actividades físicas.

Diseño de programas de actividad física

En el primer ejemplo hemos seleccionado una actividad de carácter grupal, que se organiza a través de la realización de diversas actividades que giran alrededor de pasear por la comunidad. Nuestra elección se debe a la facilidad de acceso a este tipo de actividad, que requiere pocos recursos y que puede ir destinada a un amplio rango de población. Revisemos a continuación los ítems considerados para su diseño. En el segundo, exponemos una actividad de corte más clásico estructurada en torno a la realización de distintas actividades rítmicas y expresivas. Veamos estos ejemplos y los breves comentarios que hacemos al describirlos.

Programa 1: Paseo por la comunidad

Breve descripción

El programa se centra en dar paseos vigorosos en la localidad. Realizado en 36 sesiones a lo largo de 3 meses, cada lunes, miércoles y viernes. Cada sesión tendrá una duración aproximada de una hora. Inicialmente la actividad durará 15 minutos, incrementando progresivamente su duración, 10 minutos cada semana, hasta alcanzar el máximo de una hora. Dependiendo de las características del grupo, la graduación de la duración de las sesiones iniciales puede extenderse.

El terapeuta ocupacional actuará como facilitador, acompañando a los miembros del grupo. Siempre que sea posible podemos incorporar como «co-facilitadores» a otros agentes, como voluntarios o miembros de asociaciones.

Objetivos

- Iniciar y mantener la participación regular en actividades físicas, en este caso mediante paseos, de los miembros del grupo.
- Incrementar el nivel de actividad física realizada por cada participante.
- Desarrollar la conciencia corporal.
- Identificar los efectos fisiológicos y psicológicos asociados con la realización de actividades físicas.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan utilizar el paseo y otras actividades físicas como un medio para mejorar el bienestar y afrontar los efectos de la enfermedad mental.
- Fomentar la adquisición del hábito de pasear fuera del grupo.
- Favorecer las oportunidades de interacción social y el sentido de pertenencia al grupo.

Desarrollo del programa

Antes, durante y después de cada sesión se invitará a los participantes a identificar sus sensaciones corporales, sentimientos, emociones y pensamientos, su estado de ánimo, su grado de ansiedad o cualquier otro aspecto que pueda influir en su nivel de activación corporal. Puesto que el incremento del nivel de actividad física es uno de los objetivos principales del programa, es conveniente que se mida al inicio del programa para retroalimentar a los participantes y reforzar los logros. Además, tal medida puede resultar útil para estimar los resultados globales del grupo. Esta tarea puede llevarse a cabo a través de discusiones grupales, autoinformes y autoregistros

(tablas 19.1 y 19.2).

Tabla 19.1 Autorregistro del grupo de paseo

Semana 1	Lunes	Miércoles	Viernes
¿Cómo se ha sentido antes de dar el paseo? Puntúe su sensación de bienestar de 0 a 10			
¿Cómo se ha sentido después de dar el paseo? Puntúe su sensación de bienestar de 0 a 10			
Realice cualquier comentario sobre sus pensamientos, sentimientos y emociones a lo largo del desarrollo de la sesión			

Tabla 19.2 Autorregistro de actividad física

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							
Semana 5							
Semana 6							
Semana N							
Tiempo total dedicado							

Durante el desarrollo del programa pueden realizarse paralelamente a los paseos

grupos de discusión para identificar los beneficios de la incorporación de la actividad física como parte del estilo de vida o de las actividades cotidianas del individuo. Esta labor puede completarse con la elaboración de planes individuales para el mantenimiento de actividades físicas como parte del estilo de vida individual, una vez que se finalice el programa. Asimismo, se pueden identificar y consensuar con cada participante objetivos individuales que permitan incrementar la cantidad de actividad física realizada entre las sesiones del programa.

Dependiendo de las características del grupo pueden incorporarse diversas actividades articuladas alrededor de dar el paseo, para favorecer la motivación o interés de la actividad a lo largo del tiempo. A modo de ejemplo, se planificarán previamente en la institución los itinerarios a seguir, elaborando mapas para recorrer lugares señalados de la localidad, puede programarse actividades paralelas durante el paseo, como excursiones, asistencia a espectáculos o visitas que les permitan localizar información o recursos comunitarios destinados a la realización de actividades físicas.

Al finalizar cada sesión se realizará una *puesta en común*, tratando de identificar los beneficios y perjuicios de realizar la actividad, las dificultades o impedimentos que han encontrado, las tareas que les resultan de interés y las que les desagradan, las oportunidades de interacción personal que se vehiculan a través de la realización de la actividad, la progresión temporal en la consecución de los objetivos y la identificación de barreras o problemas que pueden poner en peligro el seguimiento del programa, su abandono y la continuidad y mantenimiento de la realización de actividades físicas fuera del grupo.

A lo largo de la puesta en común el terapeuta puede introducir temas asociados con la motivación, la duración, intensidad y frecuencia de la actividad física para que tenga efectos en la salud, las dificultades individuales para iniciar y mantener la actividad y las estrategias que permitan que las actividades físicas formen parte del repertorio cotidiano de actividades realizadas por el individuo.

La finalización del programa se centrará en la planificación de actividades que permitan el mantenimiento de actividades físicas y la participación en recursos comunitarios normalizados, puesto que otro de los objetivos prioritarios del programa es el mantenimiento de la realización de actividades físicas de forma independiente y su incorporación al estilo de vida de los participantes.

Puede ser necesario o conveniente que localicen allegados o amigos que puedan participar con ellos en la realización de las actividades.

El cierre del programa puede acompañarse de una valoración de los resultados globales del grupo, por medio de una puesta en común final y apoyándonos en los resultados obtenidos en los autoinformes de cada participante.

Prerrequisitos, recomendaciones y precauciones

Es necesario que cada miembro que participe en el grupo sea capaz de caminar de forma vigorosa, al menos durante 15 minutos seguidos. Por tanto, es imprescindible evaluar su estado físico antes de incorporarlo al grupo, así como los posibles riesgos asociados con su participación y, si fuese necesario, contar con la aprobación o con el consentimiento de su médico para participar en el programa.

Es recomendable, aunque no imprescindible, asesorar a los participantes para que utilicen ropa amplia, cómoda y un calzado adecuado, así como aprovisionarse de agua para consumirla durante el paseo o protectores solares si fuesen necesarios.

El programa que acabamos de describir puede completarse con otros programas o actividades de la institución o llevadas a cabo en la comunidad. Por ejemplo, podemos elaborar un calendario de actividades físicas semanales o mensuales que el sujeto pueda desarrollar aprovechando eventos o recursos propios de su localidad de residencia. Podemos recomendarles modificar sus hábitos de locomoción habituales, animándoles a desplazarse en bicicleta o caminando, alentarles para que se inscriban en programas de actividades físicas desarrollados en la comunidad (gimnasios, competiciones deportivas o actividades culturales, entre otros), que participen en clubes deportivos o programar y realizar actividades físicas con la familia o allegados.

Programa 2: Programa de actividades rítmicas

Breve descripción

Este programa se basa en la realización de distintas actividades rítmicas y expresivas: aeróbic y sus variantes, expresión corporal, dinámicas de grupo, danzas populares y tradicionales, práctica de técnicas de relajación y estiramientos, coreografías y danza contemporánea.

Realizado en 42 sesiones a lo largo de 5 meses, martes y jueves. Cada sesión tendrá una duración aproximada de una hora y media.

El terapeuta ocupacional deberá adaptarse a las demandas de los distintos contenidos que deban tratarse, intentando que éstos se ajusten al máximo a los gustos y necesidades de los usuarios, y fomentando la libertad y la expresión, proponiendo siempre que sea posible, actividades abiertas y libres, y convirtiéndose en uno más del grupo.

Objetivos

- Mejorar la calidad de vida y la forma física de los participantes.
- Fomentar estilos de vida saludables, relacionados con la adquisición de hábitos de ocio activo.
- Experimentar el uso simbólico, rítmico y expresivo del propio cuerpo.
- Fomentar la expresión de emociones y la comunicación dentro del grupo.
- Favorecer la cooperación y la participación dentro del grupo.
- Crear interés por las manifestaciones rítmicas y artísticas en general, adentrándonos en nuestra historia presente y pasada, así como en otras culturas.

Desarrollo del programa

Al comienzo del programa realizaremos una planificación de las posibles actividades que pueden desarrollarse en las sesiones, tras entrevistarnos con los miembros del grupo, y obtener información sobre sus experiencias pasadas y/o presentes respecto a estas actividades.

La estructura de las sesiones será la siguiente: parte inicial, en la que nos sentaremos e intentaremos fomentar la comunicación para «abrirnos» a la clase y comenzar a calentar; parte principal, en la que desarrollaremos el contenido principal de la sesión, y parte final, en la que volveremos a la calma, y comentaremos las experiencias que hemos vivido durante la parte principal.

La parte más motriz de la sesión está encuadrada dentro de la parte principal.

Esto no significa que las partes iniciales y finales tengan menor importancia, ya que va a ser en ellas en las que nos comuniquemos de forma más verbal, es cuando queremos que se compartan las distintas experiencias personales que ha tenido cada participante, así como sugerencias y otras manifestaciones que se quieran hacer.

Intentaremos avanzar desde actividades de tipo más rítmico hasta llegar a aquellas más simbólicas, para seguir una progresión escalada en dificultad. Esto se debe a que las exigencias de las tareas más simbólicas son más complejas, pero siempre caminando con el ritmo, nunca mejor dicho, que nos marquen los participantes.

Prerrequisitos, recomendaciones y precauciones

No hay unos prerrequisitos específicos para este programa, simplemente hay que tener ganas de participar de manera activa. Sí que vamos a recomendar ropa cómoda, y será obligatorio el uso de calzado deportivo, ya que el empleo de otro calzado puede favorecer la aparición de lesiones.

Aun así, dependiendo del estado de salud de las personas que participen, valoraremos la necesidad de solicitar el consentimiento del médico para que se puedan unir a la actividad.

Pretendemos que este programa pueda ser un «escaparate» para nuestros usuarios-artistas, por lo que realizaremos funciones mostrando las obras que creamos o recreamos, al resto de usuarios, a familiares y amigos, e, incluso, participando en diversos festivales. Otra opción es realizar «videodanzas», que son montajes audiovisuales de corte artístico; así pueden colaborar los usuarios que participen en un taller de nuevas tecnologías, para realizar el montaje técnico y fomentar la difusión de la actividad.

Conclusiones

- Actividad física es cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales.
- El ejercicio físico se concibe como aquella actividad física, libremente elegida, planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mantener o mejorar la forma física o la salud.
- La actividad física tiene una significativa influencia en los procesos fisiológicos y psicológicos relacionados con el bienestar, la salud y calidad de vida de las personas con enfermedad mental: reduce los indicadores de estrés, mejora el estado de ánimo y del comportamiento. También se relaciona con la mejora del autoconcepto y la mejora de la sensación subjetiva de bienestar. Asimismo, las actividades físicas favorecen la expresión personal y pueden ser un vehículo de integración comunitaria.
- Los terapeutas ocupacionales pueden utilizar la actividad física para promocionar la salud y prevenir la aparición de enfermedades físicas y/o mentales; también puede ser empleada en la recuperación de capacidades, destrezas y habilidades. El desarrollo de programas de actividad física puede favorecer la participación social y la inclusión en la comunidad de las personas con enfermedad mental.

Bibliografía

Mac Donald E.M. *Terapéutica ocupacional en rehabilitación*, 2.^a ed. Barcelona: Salvat; 1979.

Vilcock A. *An Occupational Perspective of Health*, 1.^a ed. Thorofare, NJ: SLACK Inc; 1998.

Siddle S.J.H., Mutrie N. *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions*. London: Routledge; 2001.

Farless D., Faulkner G. Physical activity and mental health. In: McKenna J., Riddoch C. *Perspectives on health and exercise*. Houndsmills: Palgrave MacMillan; 2003:61–82.

Johnsgard K. *Conquering depression and anxiety through exercise*, 1.^a ed. New York: Prometheus Books; 2004.

Lawford M J, McGuire H, Moncrieff J, Martinsen EW. Exercise therapy for depression and other neurotic disorders [protocol for a Cochrane Review]. En: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

- Farless D., Fox K.R. The physical self. In: Everett T., Donaghy M., Feaver S. *Interventions for mental health*. London: Butterworth-Heinemann; 2003:69–81.
- Garron A.V., Hausenblas H.A., Estabrooks P.A. *Social Influence and Exercise Involvement*. Chichester. UK: Wiley; 1999.
- Johen A., Hove M. Physical health of the severe and enduring mentally ill. A training pack for GP educators. 1.^a ed. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2001.
- Cole F. Mental health and physical activity: enabling participation. En: Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008. 277-303
- Fox K.R., Boutcher S.H., Faulkner G.E., et al. The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being. In: Biddle S.J.H., Fox K.R., Boutcher S.H. *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge; 2000:1–9.
- Faulkner G., Biddle S. Exercise and schizophrenia: a review. *J Ment Health*. 1999:441–457.
- Reynolds F. Strategies for facilitating physical activity and well-being: a health promotion perspective. *Br J Occup Ther*. 2001;(7):330–336.
- Hayden R. Social Inclusion through occupation in community mental health. In: Molineux M., ed. *Occupational for occupational therapist*. Oxford: Blackwell; 2004:122–136.
- González-Cutre D., Sicilia A., Fernández A. Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: Medición de la regulación integrada en el contexto español. *Psicothema (Oviedo)*. 2010:841–847.
- Hellín P., Moreno J.A., Rodríguez P.L. Motivos de práctica físico-deportiva en la Región de Murcia. *Cuad Psicol Deporte*. 2004:101–116.
- Gould D., Feltz D., Horn T.S., Weiss M.R. Reasons for attrition in competitive youth swimming. *J Sport Behav*. 1982:155–165.
- Case-Smith J., O'Brien J. *Occupational therapy for children*, 6.^a ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2010.
- Parham LD, Fazio L.S. *Play in Occupational Therapy for Children*, 2.^a ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2008.

Autoevaluación capítulo 19

1. Según los autores de este capítulo, ¿cómo podríamos definir el concepto de actividad física?
 - a. Cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos.
 - b. Cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales.
 - c. Cualquier movimiento involuntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales.
 - d. Todas son falsas.
 - e. Solo a y c son correctas.

Correcta: *b*. Desde una aproximación genérica podemos definir *actividad física* como: «cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales (respiración, circulación de la sangre, etc.)». De esta forma, en esta definición se pueden incluir múltiples actividades: deportivas, vinculadas a aficiones o tareas de carácter activo, como bailar o arreglar la casa, caminar, montar en bicicleta o, simplemente, las actividades de la vida diaria que impliquen gasto energético. Por tanto, podemos distinguir entre actividad física y *ejercicio físico*, este último puede concebirse incluido en la categoría general de actividad física.

2. Según los autores de este capítulo, ¿cómo podríamos definir el concepto de ejercicio físico?
 - a. Cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales.
 - b. Aquella actividad física, libremente elegida, planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mantener o mejorar la forma física o la salud.
 - c. Cualquier movimiento involuntario realizado por músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía adicional al que nuestro organismo necesita para mantener las funciones vitales.
 - d. Aquel movimiento involuntario, libremente elegido, planificado, estructurado y repetitivo que tiene como objetivo mantener o mejorar la forma física o la salud.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *b*. Podemos distinguir entre actividad física y *ejercicio físico*, este

último puede concebirse incluido en la categoría general de actividad física. Ejercicio físico puede definirse como «aquella actividad física, libremente elegida, planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mantener o mejorar la forma física o la salud». Cuando el ejercicio físico se realiza dentro de unas reglas que conjugan la actividad física con otras características de la persona, podríamos llamarlo *deporte*. Un último concepto importante es el de *forma física*, que es el conjunto de atributos que la persona ha de alcanzar en relación con su capacidad para realizar actividades físicas, o lo que es lo mismo, un estado del organismo originado por la repetición de ejercicios programados para mejorar nuestros sistemas.

3. Según los autores de este capítulo, ¿es el ejercicio físico una intervención apropiada para contrarrestar sintomatología positiva o negativa en personas con problemas de salud mental?
- No, nunca.
 - No, ya que durante la realización de actividades físicas como un medio para contrarrestar los síntomas de numerosos diagnósticos psiquiátricos, como ansiedad, apatía, alucinaciones, el funcionamiento cognitivo, esta sintomatología se ve exacerbada.
 - Sí, siempre.
 - Sí, la realización de actividades físicas es un medio para contrarrestar los síntomas de numerosos diagnósticos psiquiátricos, como ansiedad, apatía, alucinaciones, el funcionamiento cognitivo.
 - Sólo c y d son correctas.

Correcta: *d*. El valor terapéutico del ejercicio y de la actividad física para el tratamiento de los síntomas asociados con determinados trastornos mentales ha sido ampliamente revisado y documentado en la literatura científica. Basándonos en estos hallazgos podemos justificar el diseño y la realización de actividades físicas como un medio para contrarrestar los síntomas de numerosos diagnósticos psiquiátricos, como ansiedad, apatía, alucinaciones, el funcionamiento cognitivo, etc. Crawford et al realizan una revisión sistemática y establecen que, sin excepción, se documentan efectos positivos del ejercicio físico en el tratamiento de la depresión. Investigaciones posteriores también identifican un impacto clínicamente significativo en los síntomas de la depresión leve o moderada. Asimismo, se ha documentado que la actividad física puede servir como un medio auxiliar en el tratamiento de la esquizofrenia.

4. Según los autores, ¿cuáles son los factores que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar un programa de actividad física?
- Encuadre institucional.
 - Perfil de los usuarios.
 - Recursos disponibles y entorno comunitario.
 - Conocimientos y pericia del terapeuta.

e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. El amplísimo abanico de condiciones y factores que debemos observar para diseñar un programa de actividades físicas –por citar sólo algunos: encuadre institucional, perfil de los usuarios, recursos disponibles, entorno comunitario, conocimientos y pericia del terapeuta–, hace casi imposible revisar exhaustivamente todos los aspectos contemplados para diseñar un programa individual o institucional de actividades físicas. Por este motivo, hemos optado por plantear dos ejemplos en los que se recogen los puntos que analizamos para diseñar un programa de actividades físicas. Nuestro objetivo es que el esquema implícito en cada ejemplo pueda servir de guía a la hora de programar actividades físicas.

5. Según los autores del capítulo, ¿con qué fin se puede utilizar la actividad física?
- Promocionar la salud.
 - Prevenir la aparición de enfermedades físicas y/o mentales.
 - Recuperación de capacidades, destrezas y habilidades.
 - Favorecer la participación social y la inclusión en la comunidad de las personas con enfermedad mental.
 - Todas son correctas.

Correcta: *e*. Los terapeutas ocupacionales pueden utilizar la actividad física para promocionar la salud y prevenir la aparición tanto de enfermedades físicas y/o mentales; también puede emplearse en la recuperación de capacidades, destrezas y habilidades. El desarrollo de programas de actividad física puede favorecer la participación social y la inclusión en la comunidad de las personas con enfermedad mental.

- ¹ No obstante, también debemos considerar que un entrenamiento excesivo o el abuso del ejercicio pueden generar lesiones, envejecimiento prematuro e, incluso, depresión.

Técnicas de intervención cognitivo-conductuales en terapia ocupacional

P.M.T. Rego Ribeiro, M.G. Domínguez Martínez, V. Playán Ruiz, P. Moruno Miralles

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Marco teórico

Técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales aplicables en terapia ocupacional

Reforzamiento positivo

Moldeamiento

Encadenamiento

Modelado

Programación de actividades

Ensayo de conducta o *rol playing*⁴⁴⁹

Entrenamiento en autoinstrucciones

Análisis de costes y beneficios

Autoobservación y autorregistro

Autoevaluación

Control de estímulos

Economía de fichas

Contrato de contingencias

Ensayo cognitivo

Entrenamiento en solución de problemas

Diseño de un programa de intervención para el entrenamiento de destrezas

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer el marco teórico y los conceptos claves de la perspectiva cognitivo-conductual.
- Identificar la aplicabilidad de las técnicas de modificación de conducta para el entrenamiento y adquisición de las actividades básicas de la vida diaria y de las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Considerar los aspectos fundamentales que deben seguirse de cara al diseño de un programa de intervención siguiendo estas técnicas y principios.
- Concienciarse de la importancia de formación en estas técnicas antes de su aplicación.

Introducción

Existen diversos marcos y modelos teóricos de interés para estructurar la intervención en terapia ocupacional (v. [Capítulo 4](#)).

En este capítulo nos centraremos en el marco teórico cognitivo-conductual, por ser de gran relevancia para abordar las alteraciones en el desempeño de actividades de la población que presenta trastornos mentales. Desde la perspectiva de este marco se seleccionan, para cada paciente concreto, aquellas actividades en las que presenta dificultades y que tengan mayor relevancia adaptativa y, centrándose en la realización específica de cada una de ellas, alcanzar objetivos ceñidos a su desempeño eficaz. Especialmente, el entrenamiento de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (en adelante, ABVD y AIVD) se aborda en numerosos dispositivos de atención a la salud mental desde esta aproximación.

Este tipo de intervención se apoya en un conjunto de elementos clave para alcanzar los objetivos terapéuticos pactados: las necesidades y deseos del sujeto respecto a su desempeño ocupacional; los aspectos contextuales en los que se inscribe este desempeño y dónde adquiere sentido; el análisis de las demandas de cada actividad y la evaluación de los patrones y destrezas de desempeño que pueden apoyar o interferir su realización eficaz.

Parafraseando a Early (1), por medio de la realización de determinadas actividades de la vida diaria los pacientes tienen la oportunidad de practicar y adquirir las *destrezas* necesarias para llevarlas a cabo, a la vez que aprenden acerca de ellos mismos y de los otros, aumentan su sentido de competencia, expresan sus sentimientos e ideas y desarrollan la seguridad y confianza necesarias en sus propias capacidades para realizarlas de manera eficaz.

De cara a la intervención es importante tener en cuenta las actividades que se ajustan al contexto social y cultural de las personas, en la medida de lo posible. Creemos que este tipo de intervención tiene vigencia siempre que los terapeutas hagan un esfuerzo para adecuar las actividades propuestas durante el tratamiento a las personas con las que trabajan, considerando el lugar del que proceden, sus necesidades y deseos y evitando la implementación de espacios terapéuticos y programas rígidos o estereotipados. Además, debemos utilizar o aplicar terapéuticamente actividades que constituyan unidades cultural y personalmente significativas. Si deseamos que esto sea así, es imprescindible contemplar la idoneidad del objetivo terapéutico, la relevancia cultural de la actividad y su significado para el paciente. Obviamente, estos tres aspectos deben considerarse de manera conjunta, de lo contrario nos estamos aproximando a otras formas distintas de utilizar la actividad, que pueden ser igual de válidas, pero que se alejan de los principios fundamentales de nuestra disciplina (2).

Al comienzo de la intervención se debe realizar una adecuada evaluación inicial, pues nos permitirá identificar en cada caso las condiciones que impiden, restringen o dificultan el desempeño eficaz de actividades. Estas condiciones suelen relacionarse con la motivación, la ausencia de conocimientos y/o destrezas, la alteración de rutinas, hábitos y roles y con las características del contexto (físico, social o cultural) en el que el desempeño tiene lugar. La combinación singular de estas variables para cada individuo nos permitirá establecer los objetivos y las pautas a seguir. Así, dependiendo del caso abordado, la intervención puede centrarse en modificar aspectos volitivos para adecuar la calidad de su desempeño, su frecuencia o duración. Si se evidencian limitaciones en las destrezas o el sujeto no posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades, puede ser útil el entrenamiento repetido de la actividad, empleando técnicas y procedimientos diversos asociados a la orientación teórica conductual o cognitiva.

A la hora de diseñar la intervención podemos considerar a un único individuo o a un grupo. Si bien hay ocasiones en las que las circunstancias apuntan a la necesidad de una intervención individual, opinamos que los pacientes de salud mental se benefician en gran medida del trabajo grupal por las implicaciones que esto tiene, ya que se fomentan las habilidades sociales, se manifiesta la universalidad de sus dificultades, el apoyo y la posibilidad de compartir experiencias, (v. [capítulo 18](#)).

Desde esta perspectiva, algunos espacios terapéuticos, programas y técnicas pueden ser aplicados en el entrenamiento de las alteraciones del desempeño ocupacional, apoyándonos en los principios del marco de referencia cognitivo-conductual (3).

Obviamente, la formación, el dominio y la experiencia del terapeuta en la aplicación de estas técnicas es un requisito insoslayable para utilizarlas adecuada y eficazmente¹.

Marco teórico

A finales de la década de 1950 surge la *terapia conductual* como una alternativa radical a los modelos de tratamiento psicológico existentes en la época, en especial al psicodinámico, partiendo de la idea de que la mayor parte de la conducta es aprendida (incluyendo la conducta inadaptada). Posteriormente, se comenzó a emplear la expresión *modificación de conducta*, por adaptarse a otros contextos además del clínico, como el educativo o el deportivo, entre otros.

Para comprender cómo surge la modificación de conducta debemos remontarnos a finales del siglo XX y principios del siglo XX, con la reflexología rusa y con las teorías de Schenov, Pavlov y Bechterev (4,5) y su desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico, así como con Thorndike (4) y su formulación de la ley del efecto, que afirma que la conducta está controlada por sus consecuencias, siendo el predecesor de lo que posteriormente sería el condicionamiento operante. Autores posteriores se encargaron de desarrollar en profundidad estas ideas básicas hasta llegar a la concepción actual de esta corriente. Entre ellos cabe destacar a Watson (5) (relación entre condicionamiento clásico y fobias infantiles), Skinner (5) (desarrollo de la tecnología operante, uno de los que acuñó la expresión de terapia de conducta), Wolpe (4) (tratamiento de trastornos fóbicos y de ansiedad basados en el condicionamiento clásico), Eysenck (4) (investigación en técnicas de aprendizaje) y Bandura (4,5) (aprendizaje social). Ya entrados en la década de 1970 se incorporan las variables cognitivas en la explicación de los problemas de comportamiento, cuando autores como Beck (4,5) (terapia cognitiva de Beck), Ellis (5) (terapia racional emotiva) o Meichenbaum (4) (inoculación de estrés. Entrenamiento autoinstruccional) manifiestan que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta y que no se explican exclusivamente por procesos de condicionamiento².

El objetivo de la modificación de conducta es promover el cambio mediante el empleo de técnicas de intervención psicológica de cara a la mejora del comportamiento de las personas. De esta forma, se pretende que desarrollen sus potencialidades y aprovechen las oportunidades disponibles en su medio, optimizando su ambiente y adoptando actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a éste.

Los paradigmas del aprendizaje sobre los que se apoyan las técnicas de modificación de conducta son los siguientes:

- El condicionamiento clásico, que consiste en asociar a un estímulo incondicionado (p. ej., comida) un estímulo neutro (p. ej., el sonido de una campana) repetidamente, de manera que este último acabe condicionándose y provocando por sí mismo una respuesta similar a la del estímulo incondicionado (p. ej.,

salivación).

- El condicionamiento operante, que consiste en conseguir aumentar la probabilidad de emisión de una respuesta (p. ej., presionar una palanca) cuando ésta se refuerza (p. ej., con comida) en presencia de un estímulo discriminativo (p. ej., una luz).
- El modelado o aprendizaje vicario u observacional, que consiste en la incorporación de una conducta observando su ejecución en un modelo (p. ej., un niño que aprende a lavarse los dientes observando a su padre).

Una de las orientaciones más desarrolladas en la modificación de conducta es la cognitivo-conductual, al incorporar los procesos cognitivos como determinantes del comportamiento. En este capítulo haremos mención a las características más importantes de esta orientación, sin profundizar en ella, porque consideramos que su aplicación al ámbito de la terapia ocupacional es difícil y porque se necesita un mayor nivel de formación. Los puntos clave son los siguientes:

- La actividad cognitiva afecta a la conducta.
- La actividad cognitiva puede ser alterada y controlada.
- El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar a los pacientes a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
- Las principales técnicas enmarcadas en esta orientación son la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, el entrenamiento en autoinstrucciones y la inoculación de estrés.

Técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales aplicables en terapia ocupacional

En determinadas circunstancias las personas con enfermedad mental presentan déficits en las habilidades o en los conocimientos asociados con el desempeño de actividades. Algunas simplemente no las han adquirido o consolidado, mientras que en otros casos se han visto deterioradas o incluso perdidas y, por tanto, es necesario volver a ponerlas en práctica. Sobre todo en estas páginas nos centraremos en las destrezas relacionadas con el desempeño de ABVD y AIVD, en las que los procedimientos conductuales y cognitivos han sido más empleados³.

Para el entrenamiento de diversas habilidades pueden ser útiles las técnicas de modificación de conducta y, entre éstas, las que adquieren un mayor peso por su aplicabilidad son los procedimientos operantes. Se usan para el aumento, adquisición y mantenimiento de conductas, aunque también se emplean con el objetivo de reducir o eliminar conductas desadaptativas⁴. También haremos mención a otras técnicas de modificación de conducta no operantes, más de corte cognitivo, por considerarlas de interés para este fin.

En determinadas ocasiones, en especial en aquellas personas que presentan condiciones crónicas, nuestra intervención puede tener como objetivo inicial que el paciente tome conciencia de la importancia y de la repercusión que el desempeño de sus actividades cotidianas tiene en su salud y en su calidad de vida.

Además, la percepción de la pertinencia de estas actividades puede mejorar la motivación del sujeto de cara a su desempeño, así como la generalización y el mantenimiento del comportamiento adquirido, transfiriendo los resultados de programas institucionales al ambiente natural de la persona.

En otros casos puede no ser necesaria una primera fase de concienciación y la intervención se centraría directamente en la emisión de comportamientos concretos asociados con el desempeño ocupacional.

A continuación expondremos un breve resumen de algunas técnicas y procedimientos, que pueden aplicarse de manera puntual o de forma combinada, dependiendo de las características del problema, del desarrollo temporal de la intervención y de las características particulares del individuo tratado; es de capital importancia adaptar las técnicas a los ritmos de cada persona.

Reforzamiento positivo

El *reforzamiento positivo* (6,7) es un procedimiento a través del cual se aumenta la probabilidad de emisión de una conducta por el hecho de proporcionar un reforzador positivo siempre que ocurra dicha conducta.

Sólo si se produce la respuesta se da el reforzador. El reforzador positivo sólo actuará como tal si hay un aumento de la conducta respecto a la línea base. Este hecho es de capital importancia, puesto que muchos estímulos que pueden considerarse *a priori* positivos, para determinados individuos pueden no ser reforzadores. Éstos pueden ser de diversos tipos. Atendiendo al origen de su valor reforzante pueden ser primarios (su valor es innato aunque no es reforzante en toda ocasión, por ejemplo, la comida), secundarios (adquieren un valor reforzante al asociarse con los primarios y dependen de la historia individual de reforzamiento) y generalizados (reforzadores condicionados que permiten el acceso a otros reforzadores, verbigracia, el dinero). Atendiendo a su naturaleza pueden ser materiales o tangibles (caramelos, juguetes, dinero), de actividad (ir al cine, jugar, senderismo), sensoriales (táctiles o propioceptivos) y sociales (elogios, caricias, sonrisa). Atendiendo al proceso de reforzamiento pueden ser extrínsecos (aquel públicamente observable, por ejemplo, terapeuta elogiando) e intrínsecos (mediante procesos encubiertos, por ejemplo, pensamientos agradables). Atendiendo al administrador del refuerzo pueden ser externos y autorreforzadores. Por último, atendiendo al receptor del refuerzo pueden ser directos (el propio sujeto como receptor) o vicarios (modelo observado como receptor).

Además, debemos contemplar también los programas de reforzamiento; así, tendríamos el continuo, en el que el reforzador aparece siempre que se emite la respuesta correcta, y que es el más adecuado para la adquisición del comportamiento, y el intermitente, en los que se refuerzan algunas emisiones de la conducta buscada pero no todas (p. ej., reforzar las conductas emitidas en un intervalo de tiempo o reforzar cada cierto número de emisiones), que está especialmente indicado para el mantenimiento y la generalización del comportamiento.

Para aplicar este procedimiento de manera adecuada tendremos que especificar con precisión la conducta que debe modificarse, identificar y seleccionar reforzadores eficaces, administrarlos inmediata y contingentemente, emplear varios de los que carezca el sujeto para evitar la saciedad, estimar la cantidad óptima de reforzador y ajustarse al programa de reforzamiento fijado.

Este procedimiento constituye la base de las técnicas operantes que mencionaremos a continuación.

Consideramos muy importante tenerlo en cuenta por su utilidad y por estar presente de forma constante en nuestra vida cotidiana y por las grandes posibilidades

que nos ofrece si lo manejamos de manera adecuada.

Moldeamiento

El *moldeamiento* (6, 7) está indicado para adquirir una destreza compleja por medio de aproximaciones sucesivas hasta que el sujeto la adquiera y consolide. Al principio se refuerzan aquellas conductas que se aproximan parcialmente al objetivo. Una vez que se ha adquirido la primera conducta (la conducta inicial que debe reforzarse ha de ser una que ocurra con la frecuencia suficiente para poder ser reforzada en el tiempo de la sesión) se refuerzan de forma progresiva las conductas que se vayan aproximando más a la conducta objetivo, dejando de reforzar las que se parecen menos. En esta técnica es importante definir claramente la conducta objetivo, las conductas que se aproximan y la secuencia necesaria para lograr el objetivo final. Partiendo de las particularidades de cada individuo, se debe ser flexible con respecto al tiempo que ha de pasar entre el reforzamiento de una conducta y la siguiente a medida que avanzamos hacia la conducta final.

Se aplica habitualmente en el entrenamiento de habilidades ligadas al desempeño de actividades de aseo y autocuidado, aunque también en el desarrollo del lenguaje y motor, en rehabilitación de funciones motoras, instrucción académica y disfunción sexual y en educación especial.

A modo de ejemplo:

- *Individuo*: persona aislada que no participa en las actividades grupales.
- *Conducta objetivo*: participar en un taller de comentar noticias.
- *Conducta de partida*: entrar en el aula en la que se imparte el taller.
- *Pasos del moldeamiento*: sentarse en una silla del aula, sentarse cerca del grupo, atender los comentarios, hacer algún comentario a un compañero, hacer comentarios. Al principio reforzaremos al sujeto por entrar en el aula; al consolidarse esta conducta el refuerzo comenzaría al sentarse en una silla y dejaría de aparecer cada vez que entre en el aula. Seguiremos este proceso hasta alcanzar la conducta objetivo adaptándonos al ritmo del paciente.

Encadenamiento

El *encadenamiento* (6,7) consiste en la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya están presentes en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. Esto lo diferencia del moldeamiento, en el cual no suelen emplearse respuestas ya presentes en el repertorio conductual del individuo. El procedimiento consiste en descomponer la conducta compleja objetivo en sus eslabones más sencillos, los cuales se irán enlazando y reforzando en la secuencia apropiada. Existen tres formas de proceder: presentación de la tarea completa (se le enseñan los pasos a seguir y el sujeto intenta hacerlos todos de principio a fin hasta ejecutar correctamente la conducta compuesta), hacia delante (se enseña primero el paso inicial de la secuencia, después el primero y segundo juntos, a continuación los tres primeros pasos hasta que la cadena total se adquiera) y hacia atrás (se enseña la conducta compleja por el último paso, después el último y penúltimo y así sucesivamente hasta llegar a la secuencia total). El encadenamiento hacia atrás es el más empleado por la cercanía del reforzador.

Se aplica ampliamente para el entrenamiento de las destrezas asociadas a la realización de actividades y tareas de autocuidado, AIVD, recreativas, juego, deportes, entre otras.

Verbigracia:

- *Individuo*: sujeto que no sabe hacer la cama.
- *Conducta compleja*: hacer la cama de manera autónoma.
- *Componentes de la conducta*: colocar y estirar la sábana bajera, después lo mismo con la sábana encimera y plegar la parte superior, hacer lo mismo con la colcha o edredón (dependiendo de la estación), colocar la almohada, tapar la almohada con la colcha, poner un cojín decorativo.
- *Pasos a seguir en encadenamiento hacia atrás*: mostrarle o ayudarle durante todo el proceso excepto en la colocación del cojín, dejando que lo coloque autónomamente, seguido de una alabanza (¡muy bien!). El siguiente paso sería ayudarle hasta la colocación de la almohada y que de manera autónoma la tape y coloque el cojín, seguido del refuerzo. Seguiríamos con este procedimiento hasta conseguir la conducta de hacer la cama autónomamente.
- En el caso del encadenamiento hacia delante colocaría la sábana bajera autónomamente seguido de refuerzo y le ayudaríamos en los siguientes pasos.
- Después colocaría la sábana bajera y la encimera seguido de alabanza y ayudaríamos en los siguientes pasos. Así sucesivamente hasta adquirir la conducta de hacer la cama de manera autónoma.

Modelado

El *modelado* (aprendizaje observacional, imitación o aprendizaje vicario) (6, 7) es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta del modelo (individuo o grupo) actúa como un estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en otras personas que observan la actuación del modelo. Para mejorar el aprendizaje es importante tener en cuenta una serie de cuestiones, como que el modelo y el observador deben ser lo más similares posible (respecto a su edad o sexo), el nivel de pericia o competencia del modelo (no podemos elegir modelos que tenga un nivel de competencia muy alejado del nivel del observador), el prestigio del modelo elegido, la simplicidad de la conducta que debe imitarse (por lo que es posible descomponer una destreza compleja en conductas más simples), el reforzamiento vicario (si el modelo es reforzado por emitir la respuesta) y la combinación con otros instigadores de la conducta (combinar, por ejemplo, el modelado con instrucciones verbales). Además, deberíamos considerar ciertas características en el observador, como un cierto nivel cognitivo (nivel de atención y memoria) y que éste se encuentre lo más relajado posible, pues un nivel elevado de ansiedad interferiría en el proceso de modelado.

Existen diversas variantes de modelado en función de las variables que consideremos, así:

- Según la conducta del observador, el modelado puede ser activo (observación primero y ejecución después, a lo que se denomina modelado participante) o pasivo (observar al modelo sin la imitación conductual posterior).
- Según el grado de dificultad de la conducta se encontrarían el modelado de conductas intermedias (descomponer una conducta compleja en conductas intermedias que se modelan de forma progresiva) y el modelado de la conducta objetivo (con conductas sencillas).
- Según la adecuación de la conducta del modelo, podemos hablar de modelado positivo (modelar la conducta apropiada), negativo (modelado de conductas no deseadas. Esto se daría en ambientes naturales) o mixto (en situaciones clínicas y educativas; se podría mostrar primero la conducta negativa y después la positiva).
- Según la presentación del modelo; contaríamos con el modelado simbólico (grabación, incluso el propio sujeto podría grabarse y observar su propia conducta, lo que se conoce como automodelado), en vivo y el encubierto (imaginación).
- Según el número de modelos; modelado simple o múltiple (varios modelos, algunos diferentes y otros semejantes al observador, lo que favorece la generalización y el mantenimiento).
- Según el número de observadores el modelado será individual o grupal. Este último

posee la ventaja de que el sujeto como observador puede convertirse en modelo para el resto al imitar la conducta modelada.

- Según la competencia del modelo; son el modelado de dominio y el modelado de enfrentamiento, dependiendo de si el modelo posee las habilidades precisas (primero) o no (segundo) para desempeñarse de manera adecuada desde el principio. El de dominio sería más eficaz en el aprendizaje de destrezas motoras, y el de enfrentamiento, en problemas de ansiedad.
- Según la naturaleza del modelo: el modelado con sujetos humanos y con sujetos no humanos (p. ej., dibujos animados, marionetas, entre otros, ampliamente utilizados con niños).

Esta técnica es muy usada para el aprendizaje de nuevas conductas (en educación para la salud o en entrenamiento de habilidades sociales), para facilitar la realización de conductas aprendidas anteriormente que no se practican y que son socialmente aceptadas (autocuidado, actividades altruistas o prosociales) y para inhibir conductas socialmente desaprobadas (delincuencia, fumar en zonas no habilitadas, entre otros; para ello el modelo no recibiría refuerzo positivo).

Veamos un ejemplo:

- *Individuos*: grupo de pacientes ingresados en régimen parcial.
- *Objetivo*: comer correctamente en la mesa.
- *Técnica*: modelado en grupo y múltiple, por ser varios los observadores y los modelos. A la hora de la comida, se reúnen todos los pacientes en el comedor del hospital junto con el equipo terapéutico. Los miembros del equipo actuarían de modelos, siendo, asimismo, los encargados de reforzar en los pacientes las imitaciones adecuadas de las normas en la mesa.

Programación de actividades

La *programación de actividades* es un procedimiento en el que se especifican por escrito en un calendario las actividades que son prioritarias para el sujeto y que planifica hacer a lo largo del día, la semana o el mes. Se trata de elaborar una *agenda*, consensuada con el paciente, en la que se establezca un horario para su realización. De esta forma, se pueden contrarrestar la inactividad o las dificultades en la toma de decisiones, la desorganización. Con esta técnica se pretende que, de manera progresiva, los sujetos vayan programando sus actividades sin necesitar apoyo externo, de manera que poco a poco la organización del tiempo se realice de manera espontánea. Hay que recordar nuevamente la importancia de adaptar las actividades y la organización del tiempo al tipo de pacientes.

Se aplica a menudo en aquellas condiciones crónicas, graves y de larga duración, en trastornos depresivos graves o moderados, en los que predomina la falta de iniciativa en el desempeño ocupacional.

Ilustrémoslo con otro ejemplo:

- *Individuos*: grupo de pacientes ingresados en una unidad de hospitalización breve.
- *Objetivo*: conseguir un fin de semana ocupado y activo en su ambiente natural.
- *Técnica*: en la sesión grupal se elaborará la planificación individual de actividades que cada sujeto hará el fin de semana. Se realizará en los días previos a la salida. Se establecerán unos criterios mínimos de actividad, incluyendo tareas de autocuidado y ayuda en el hogar y de ocio y tiempo libre como, por ejemplo, ducharse, hacer la cama, poner la mesa, pasear o ir al cine.

Ensayo de conducta o *rol playing*

El *ensayo de conducta o rol playing* (6, 7) es un procedimiento mediante el cual se practican, bajo la supervisión del terapeuta, las respuestas más deseables para determinadas situaciones, con el objetivo de adquirir/practicar conductas deficitarias en el repertorio del individuo y/o reducir su ansiedad a la hora de realizarlas. Esta técnica permite activar los esquemas anticipatorios en la emisión de comportamientos e intervenir en ellos en caso de que sea necesario, o bien proporcionar pruebas favorables en cuanto a las posibilidades de acción del sujeto.

Esta técnica se aplica sobre todo en el entrenamiento de habilidades sociales y de comunicación e interacción personal ligadas al desempeño de roles ocupacionales en multitud de contextos. Además de los beneficios de la técnica en sí, aplicarla en grupo actuaría también como un modelado.

Un nuevo ejemplo:

- *Individuo*: persona impulsiva en la interacción interpersonal implicada en sus actividades cotidianas.
- *Objetivo*: respetar los turnos en una conversación.
- *Técnica*: ensayo de conducta en sesión grupal bajo la supervisión del terapeuta, que intervendrá para corregir o reforzar su actuación. Previamente, el terapeuta ha ensañado unas pautas al individuo sobre cómo no anticiparse al responder, escucha activa del emisor y otras pautas de comunicación.

Entrenamiento en autoinstrucciones

El *entrenamiento en autoinstrucciones* (6, 7) se basa en la función autorreguladora del lenguaje a la hora de realizar una actividad, y pretende instaurar verbalizaciones internas adecuadas para permitir la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento. Consiste en hablarse a uno mismo cuando se afronta una tarea (instrucciones sobre cómo realizar la tarea, cómo dirigir su progresión, cómo autorreforzarse y corregir los errores). Esta técnica se usa de manera conjunta con muchas de las ya citadas (modelado, ensayo de conducta, entre otras). Es muy habitual emplear este entrenamiento siguiendo las siguientes fases: modelado, instrucciones con ensayo de conducta, autoinstrucciones manifiestas con ensayo de conducta, autoinstrucciones no explícitas con ensayo de conducta y, por último, autoinstrucciones encubiertas con ensayo de conducta. Esta técnica se aplica en numerosos ámbitos, pero tal vez es más empleado es el de la salud mental infanto-juvenil.

A modo de ejemplo:

- *Individuo*: niño con trastorno generalizado del desarrollo.
- *Objetivo*: jugar a pasar una pelota (implica trabajar la interacción con otras personas).
- *Técnica*: seguir las fases anteriormente expuestas, comenzando por el modelado del terapeuta (mientras lo ejecuta el terapeuta dice: «cojo la pelota con las manitas, me agacho, la pongo en el suelo y la empujo para que ruede hacia ti y tú la coges con tus manitas»), después le da instrucciones al niño para que pase la pelota («coge la pelota con tus manitas, agáchate, ponla en el suelo y empújala para que ruede hacia mí») y lo practique; luego sería el niño el que se da autoinstrucciones en alto con el ensayo de pasar la pelota, después lo mismo pero con las autoinstrucciones en voz baja y, por último, con las autoinstrucciones encubiertas (en pensamiento) consiguiendo que el niño interiorice las reglas de la reciprocidad de pasar la pelota. Como siempre, hay que tener en cuenta el ritmo del paciente.

Análisis de costes y beneficios

El *análisis de costes y beneficios* es una técnica con la que se pretende que el paciente escriba o discuta de forma individual o grupal las ventajas e inconvenientes asociados con la realización de una determinada actividad o grupo de actividades. De esta forma se pueden identificar los argumentos a favor y en contra que se asocian con su realización y mejorar la motivación o la predisposición del sujeto para su desempeño.

Se aplica en el entrenamiento de todo tipo de actividades.

Otro ejemplo más:

- *Individuo*: que acude a un centro de rehabilitación psicosocial, parado y con dificultad en la toma de decisiones y en la persistencia en el desempeño de actividades.
- *Objetivo*: decidir qué curso del INEM hay que realizar.
- *Técnica*: mediante la técnica de análisis de costes y beneficios, decidir con cuál de los cursos que se le ofrecen tendría mayor probabilidad de obtener satisfacción, de poder cumplir su horario o grado de interés.

Todos estos procedimientos y técnicas deberían complementarse solicitando al paciente que realice determinadas actividades o tareas en su casa que completen el trabajo en la institución y que favorezcan la generalización del comportamiento.

Además, a lo largo del proceso de intervención se aconseja que el propio sujeto vaya observando y valorando su evolución, para ello usaremos técnicas como:

Autoobservación y autorregistro

El proceso de autoobservación consiste en que el sujeto observe y registre de manera sistemática el comportamiento asociado con el desempeño ocupacional, en especial de sus actividades de la vida diaria. Para ello es necesario definir e identificar indicadores observables, establecer diferentes dimensiones del comportamiento, como su duración, intensidad o frecuencia, y evitar que el registro interfiera con la emisión del comportamiento. Puede ser útil o conveniente realizar un ensayo previo del proceso de autorregistro para que el individuo se familiarice con el proceso de autoobservación.

Autoevaluación

Podemos aplicar el procedimiento de autoevaluación para determinar el grado de satisfacción, dominio o preferencia respecto a la realización de actividades en diversas áreas de ocupación, la percepción de eficacia y el significado subjetivo asociado con el desempeño. Resumidamente, la técnica consiste en solicitar al paciente que valore, por ejemplo, mediante una escala típica de tipo Likert (8) con cinco niveles, cada uno de estos aspectos asociados con la realización de las actividades objeto de intervención. Mediante el empleo de esta técnica podemos identificar el logro parcial de determinadas actividades, así como de las que agradan y disgustan al sujeto.

Existen muchas más técnicas vinculadas con la perspectiva o marco cognitivo-conductual, pero creemos que ya hemos expuesto las de mayor relevancia en el ámbito de la terapia ocupacional en salud mental.

Por mencionar alguna más (6, 7):

Control de estímulos

Los procedimientos de control de estímulos modifican el medio estimular para incrementar o impedir la emisión de una conducta. Por ejemplo, cambiar los estímulos discriminativos, vestirse solo en la habitación o comer únicamente en la cocina, o reforzar un comportamiento sólo en el caso en que se emita ante determinadas condiciones estimulares.

Economía de fichas

Se trata de un sistema de reforzamiento basado en reforzadores secundarios generalizados (p. ej., fichas), de forma similar a como se realiza en el contexto social con el dinero, para aumentar la probabilidad de emisión de una respuesta de baja frecuencia. Se dan o quitan fichas en función de si se realiza o no la conducta, pudiendo canjearlas por premios pactados de antemano. Suele aplicarse en grupo en ambientes institucionalizados, aunque también puede aplicarse en formato individual.

Contrato de contingencias

Es un procedimiento de cambio conductual en el que se llega a un acuerdo entre las personas que desean que una conducta cambie y las personas cuya conducta se quiere cambiar, o entre dos personas en las que cada persona desea un cambio en la otra. Se materializa con un documento escrito que explicita las acciones que el sujeto está de acuerdo en realizar y establece las consecuencias del cumplimiento o no de tal acuerdo.

Ensayo cognitivo

Con el ensayo cognitivo perseguimos que la persona imagine progresivamente todas y cada una de las etapas que hay que realizar para hacer una actividad, identificando las dificultades que puedan preverse antes de su realización.

Entrenamiento en solución de problemas

Esta técnica se desarrolla a lo largo de cuatro fases: orientación al problema, definición, generación de soluciones alternativas y toma de decisiones. En la primera, se trata de identificar el problema cuando éste ocurre. En segundo lugar, se propone al individuo que identifique las variables que permiten definir el problema: qué ocurre, con quién, cuándo o dónde. Posteriormente, proponemos al sujeto o grupo que desarrolle nuevas soluciones o alternativas al desempeño utilizando una «lluvia de ideas» (*brainstorming*), sugiriéndole que suspenda el juicio crítico durante el ejercicio. A continuación, el terapeuta ocupacional y el paciente o grupo discutirán de manera detallada todas las propuestas que han ido surgiendo, seleccionando aquellas ideas que puedan ser soluciones alternativas adecuadas. Por último, se ponen en práctica las decisiones tomadas y se verifica su solución.

Hay que recordar, una vez más, que todos estos procedimientos y técnicas de modificación de conducta pueden aplicarse de forma aislada o combinada, considerando las características peculiares de cada individuo que participe en el entrenamiento, el desarrollo temporal del programa y el objetivo último de la intervención (adquisición, mantenimiento o mejora de la conducta). Por último, nos gustaría insistir en que la experiencia, la formación, la pericia y la imaginación del terapeuta que los aplique son determinantes para aumentar la eficacia de estas técnicas.

Diseño de un programa de intervención para el entrenamiento de destrezas

El diseño de cualquier programa de entrenamiento⁵ debe fundamentarse en la evaluación individual realizada a la persona que participará en él. Basándonos en los resultados obtenidos, seleccionaremos a un conjunto de individuos que presenten problemas en el desempeño ocupacional similares, formando así un grupo de características homogéneas en este aspecto (recordamos que las intervenciones grupales son las más habituales en terapia ocupacional).

Insistimos de nuevo en que la evaluación debe examinar las características del contexto físico, social o cultural que dotan de significado y valor a estas actividades. De esta forma, podremos identificar cuáles son relevantes para el individuo en su vida cotidiana, lo que nos permitirá seleccionar las que utilizaremos durante la intervención. Este análisis es imprescindible si deseamos ajustar el programa de entrenamiento a las necesidades y deseos reales de los participantes, evitando llevar a cabo programas estereotipados y, en muchas ocasiones, alejados de la realidad concreta de los sujetos que participan en él. Además, emplear actividades relevantes y valoradas durante el entrenamiento mejora la motivación, lo que aumenta la probabilidad de éxito de la intervención. Asimismo, debemos examinar con detalle el nivel de funcionamiento previo de los miembros del grupo respecto al desempeño, buscando la posible ausencia de conocimientos, alteraciones en los factores del cliente, destrezas, rutinas y hábitos o contextos asociados con el desempeño eficaz y adaptado.

A continuación expondremos un programa de entrenamiento en destrezas para la preparación de la comida, de carácter grupal y centrado en las AIVD que servirá como ejemplo:

1. **Nombre del programa.** «Programa de entrenamiento para la preparación de la comida» (10).
2. **Breve descripción.** El programa se realizará a lo largo de 6 meses, con una frecuencia de dos sesiones semanales, los martes y los jueves. Se articulará alrededor de la elaboración de un menú semanal equilibrado y de su preparación. En la etapa inicial, cada sesión tendrá una duración aproximada de una hora. Posteriormente, durante la etapa de entrenamiento, incrementaremos su duración hasta un máximo de 3 horas. El terapeuta ocupacional actuará como facilitador, capacitador y guía del grupo estructurando y dirigiendo el progreso del entrenamiento, aportando instrucciones y retroalimentación a los participantes, y asumirá el rol de líder del grupo.

3. Objetivos.

- a. Concienciar a los participantes sobre la importancia de las actividades de preparación de la comida en el mantenimiento de la salud y la autonomía personal.
- b. Aportar información sobre las características de una dieta equilibrada.
- c. Adquirir las destrezas básicas para la preparación de platos y recetas.
- d. Elaborar un menú básico de carácter semanal, equilibrado y apetitoso.
- e. Generalizar el desempeño de la actividad en su entorno habitual.

4. **Desarrollo del programa.** El grupo estará constituido por 7 miembros que padecen una enfermedad mental crónica de larga evolución, con una escasa red de apoyo social, un funcionamiento premórbido que ha dificultado la adquisición y consolidación de los conocimientos y las destrezas relacionadas con el desempeño de las actividades ligadas a la preparación de la comida y la presencia de sintomatología negativa, caracterizada por una importante reducción de niveles de actividad, pobre motivación, anhedonía y aislamiento social, aunque sin presencia de déficits cognitivos. Estas condiciones generan serias dificultades para su funcionamiento autónomo en su domicilio, específicamente en las actividades de preparación de la comida y en el mantenimiento de una dieta saludable, de administración y cuidado del hogar, de gestiones de sus gastos y de movilidad en la comunidad. Debemos tener especial precaución en todos aquellos procedimientos de seguridad en la cocina que puedan poner en riesgo la integridad de los participantes en el grupo (apagar el gas, vigilar el fuego o utensilios cortantes). La implementación del programa de entrenamiento se organizará en torno a tres etapas o fases de entrenamiento:

- a. *Primera etapa de preparación.* Durante este período del programa intentaremos que el paciente conozca la relevancia de las actividades de preparación de la comida y la importancia de establecer una dieta equilibrada en el mantenimiento de su salud y autonomía personal. A lo largo de su desarrollo (de ésta y de las siguientes fases) podemos utilizar procedimientos de *autoobservación* y *autoevaluación* que nos permitan identificar el nivel de desempeño de las actividades de preparación de la comida, las preferencias y gustos alimenticios del paciente. También aportaremos información sobre hábitos saludables de alimentación y sobre la dieta equilibrada. Presentamos un ejemplo de hoja de registro que puede ser utilizada para las actividades de alimentación ([figura 20.1](#)) y para el control de gastos ([figura 20.2](#))⁶. Los sistemas de registro empleados en esta fase pueden servir de línea base para la valoración de la evolución del programa de tratamiento.
- b. *Segunda etapa de elaboración de platos.* En ella se entrenarán todos y cada uno de los pasos implicados en la elaboración de una comida: planificación de compras, adquisición de productos alimenticios, preparación de utensilios y de platos y recogida de la cocina. En su desarrollo, y basándonos en las

- necesidades individuales, delimitaremos, junto a cada paciente, los pasos necesarios para preparar la comida: localización de tiendas, supermercados y grandes superficies; confección de listas de compra; elección, adquisición, almacenaje y conservación de los productos; organización, uso y mantenimiento de los utensilios de cocina y electrodomésticos necesarios para la preparación de los alimentos; elaboración de recetas; pasos que deben seguirse para la preparación de cada plato; limpieza y recogida de la cocina. Para este propósito será de utilidad la técnica de *programación de actividades*.
- c. El análisis previo de las tareas por parte del terapeuta ocupacional posibilitará adaptarlas y graduarlas para ajustarlas a las destrezas que posee el paciente. Modificar el desempeño normalizado de la actividad, simplificarla, desarrollar estrategias compensatorias⁷ o modificar el entorno físico y social pueden ser estrategias útiles durante el entrenamiento. Cuando sea necesario, aplicaremos procedimientos para que el paciente adquiera, perfeccione o mantenga las destrezas de aquellos pasos en los que se presenten dificultades, como consecuencia de una ausencia de conocimientos o de déficits en las habilidades, tratando de realizar el entrenamiento en el contexto más adecuado en función del objetivo que pretende alcanzarse: en la comunidad, supermercados y tiendas, en el domicilio, o en el dispositivo en que llevemos a cabo el programa⁸. En esta labor, aplicaremos principalmente *procedimientos operantes* para la adquisición de las conductas, además de otras técnicas que nos pueden servir de apoyo como el *modelado* o las *autoinstrucciones*. Asimismo, durante el entrenamiento averiguaremos las dificultades y los problemas que han surgido en las diversas etapas de preparación de la comida, estableciendo posibles soluciones y estrategias para la *solución de problemas*. Muchas dificultades que el paciente puede encontrar en la comunidad, en el supermercado o la tienda del barrio pueden ensayarse en el espacio de terapia ocupacional mediante la técnica del *rol playing*, anticipando así posibles soluciones o buscando los apoyos necesarios. Progresivamente retiraremos los elementos de apoyo a medida que el sujeto se vuelve más autónomo, para favorecer la generalización del comportamiento.
- d. *Tercera etapa de confección de menús*. Durante esta fase se entrenará a los pacientes en la elaboración de menús equilibrados de carácter semanal, favoreciendo la generalización del desempeño en su domicilio. Realizaremos un seguimiento de cada paciente para identificar y resolver los problemas que pudieran aparecer una vez finalizado el programa de entrenamiento.

	Nombre	Apellido		Apellido			
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno							
Almuerzo							
Comida							
Merienda							
Cena							

Fig. 20.1 Autorregistro de alimentación.

Tomada de Cantero y Moruno, 2006.

Centro de rehabilitación psicosocial. Terapia ocupacional					
	Tabaco	Alimentación	Café	Casa	Otros
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					
Lunes					
Martes					
Total					

Total semana

Fig. 20.2 Autorregistro de gastos.

Tomada de Cantero y Moruno, 2006.

Conclusiones

- Debemos resaltar la importancia de ser flexible y adaptarse a las necesidades y ritmo del paciente a la hora de diseñar una intervención orientada a la modificación del comportamiento.
- Destacamos los beneficios de las intervenciones de carácter grupal en la adquisición de destrezas para el desempeño ocupacional.
- A pesar de la aparente sencillez de algunas de estas técnicas, no podemos obviar la necesidad insoslayable de una adecuada formación para su aplicación.
- El amplio abanico de posibilidades que nos oferta este marco de intervención.

Bibliografía

Barly M.B. *Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant 1.ª ed.* Lippincott: Williams and Wilkins; 2009.

Romero D., Moruno P. *Terapia ocupacional: teoría y técnicas 1.ª ed.* Barcelona: Masson; 2003.

Barlito P.A., Moruno P. Actividades de la vida diaria en salud mental. In: Moruno P., Romero D.M. *Actividades de la vida diaria. 1.ª ed.* Barcelona: Masson; 2006:219–261.

Reixas G., Miró M.T. *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos 1.ª ed.* Barcelona: Paidós América; 2002.

Martorell J.L. *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos 1.ª ed.* Madrid: Pirámide; 1996.

Labrador F.J., Cruzado J.A. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta 1.ª ed.* Madrid: Pirámide; 2003.

Olivares J., Méndez F.X. *Técnicas de modificación de conducta 1.ª ed.* Madrid: Biblioteca Nueva; 2001.

Argyle M. *The psychology of Happiness 1.ª ed.* London: Methuen; 1987.

Verdugo M.A. *Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras 1.ª ed.* Madrid: Siglo xxi; 2005.

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. 2.ª ed. [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [02/04/2011]; [85p.]. Disponible en:

www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and process. (2.^a ed.).

Autoevaluación capítulo 20

1. En nuestra intervención, para la selección de actividades es imprescindible tener en cuenta:
 - a. La idoneidad del objetivo terapéutico.
 - b. La relevancia cultural de la actividad.
 - c. El significado que tiene la actividad para el paciente.
 - d. Todas son correctas.
 - e. Ninguna opción es imprescindible.

Correcta: *d*. Es importante para la intervención tener en cuenta la selección de actividades que se ajusten al contexto social y cultural de las personas, en la medida de lo posible. Es imprescindible contemplar la idoneidad del objetivo terapéutico, la relevancia cultural de la actividad y su significado para el paciente. Obviamente estos tres aspectos deben considerarse de manera conjunta, de lo contrario nos estamos aproximando a otras formas distintas de utilizar la actividad, que pueden ser igualmente válidas para el tratamiento global del paciente, pero que se alejan de los principios fundamentales de nuestra disciplina.

2. La terapia conductual, que nace en la década de 1950, supone una alternativa radical a los modelos de tratamiento psicológicos existentes en la época, porque parte de la idea de que:
 - a. La mayor parte de la conducta es innata.
 - b. Las cogniciones desempeñan un rol causal en nuestras conductas.
 - c. La mayor parte de la conducta es aprendida, incluso la inadaptada.
 - d. Sólo la conducta inadaptada es aprendida.
 - e. Sólo la conducta adaptada es aprendida.

Correcta: *c*. A finales de la década de 1950 surge la terapia conductual como una alternativa radical a los modelos de tratamiento psicológico existentes en la época, especialmente al modelo psicodinámico, partiendo de la idea de que la mayor parte de la conducta es aprendida (incluyendo la conducta inadaptada).

3. Los paradigmas del aprendizaje sobre los que se asientan las técnicas de modificación de conducta son:
 - a. Condicionamiento clásico, condicionamiento operante y condicionamiento instrumental.
 - b. Condicionamiento operante, aprendizaje vicario y aprendizaje observacional.
 - c. Condicionamiento clásico, condicionamiento contemporáneo y aprendizaje vicario u observacional.

- d. Condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje observacional.
- e. Condicionamiento operante, modelado y aprendizaje observacional.

Correcta: *d*. Los paradigmas del aprendizaje sobre los que se apoyan las técnicas de modificación de conducta son:

- El condicionamiento clásico, que consiste en asociar a un estímulo incondicionado (p. ej., comida) un estímulo neutro (p. ej., sonido de una campana) repetidamente, de manera que este último acabe condicionándose y provocando por sí mismo una respuesta similar a la causada por el estímulo incondicionado (p. ej., salivación).
 - El condicionamiento operante, que consiste en conseguir aumentar la probabilidad de emisión de una respuesta (p. ej., presionar una palanca) cuando ésta se refuerza (p. ej., comida) en presencia de un estímulo discriminativo (p. ej., una luz).
 - El modelado o aprendizaje vicario u observacional, que consiste en la incorporación de una conducta observando su ejecución en un modelo (p. ej., un niño que aprende a lavarse los dientes observando a su padre).
4. Señale la opción falsa: una de las orientaciones más desarrolladas dentro de la modificación de conducta es la cognitivo-conductual, al incorporar los procesos cognitivos como determinantes del comportamiento. Sus puntos clave son:
- a. La actividad cognitiva afecta a la conducta.
 - b. El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.
 - c. La actividad cognitiva no puede ser alterada y controlada.
 - d. El determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
 - e. La terapia cognitivo-conductual está diseñada para ayudar a los pacientes a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.

Correcta: *c*. Una de las orientaciones más desarrolladas dentro de la modificación de conducta es la cognitivo-conductual, al incorporar los procesos cognitivos como determinantes del comportamiento. En este capítulo se hace mención a las características más importantes de esta orientación sin profundizar en ella, por considerar su difícil aplicación al ámbito de la terapia ocupacional y por necesitar de un mayor nivel de formación. Los puntos clave son:

- La actividad cognitiva afecta a la conducta.
- La actividad cognitiva puede ser alterada y controlada.
- El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar a los pacientes a identificar, probar la realidad

y corregir creencias disfuncionales.

- Las principales técnicas enmarcadas en esta orientación son la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, el entrenamiento en autoinstrucciones y la inoculación de estrés.
5. El encadenamiento consiste en la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya están presentes en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones:
- a. El encadenamiento hacia atrás es el más utilizado por la cercanía del reforzador.
 - b. El encadenamiento hacia delante es el más utilizado por la cercanía del reforzador.
 - c. El encadenamiento es una variante del moldeamiento.
 - d. a y c son verdaderas.
 - e. Todas son falsas.

Correcta: *a*. Existirían tres formas de proceder: presentación de la tarea completa (se le enseñan los pasos a seguir y el sujeto intenta hacerlos todos de principio a fin hasta ejecutar correctamente la conducta compuesta), hacia delante (se enseña primero el paso inicial de la secuencia, después el primero y segundo juntos, a continuación los tres primeros pasos hasta que la cadena total se adquiera) y hacia atrás (se enseña la conducta compleja por el último paso, después el último y penúltimo y así sucesivamente hasta llegar a la secuencia total). El encadenamiento hacia atrás es el más empleado por la cercanía del reforzador.

- ¹ Alentamos al lector a completar su formación si desea utilizarlas en su práctica cotidiana, consultando la amplia bibliografía que es posible encontrar sobre el tema.
- ² El lector puede completar el resumen del marco teórico cognitivo-conductual reseñado aquí con la lectura del [capítulo 4](#). Aunque debemos advertir que nuestra exposición sobre los principios de este marco teórico es muy básica, dadas las limitaciones de espacio.
- ³ En un trabajo anterior: Garlito PA, Moruno P. Actividades de la vida diaria en salud mental. En: Moruno P, Romero DM. Actividades de la vida diaria. 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2006. revisamos estas técnicas en el abordaje del entrenamiento de las actividades de la vida diaria en salud mental.
- ⁴ Esta última opción no se describe entre los contenidos de este capítulo, dado que son objetivo de intervención de los psicólogos.
- ⁵ Para profundizar en el conocimiento de estas técnicas véase: Verdugo MA. Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. 1.^a ed. Madrid: Siglo XXI; 2005 (9).

- 6 Los registros de gastos pueden emplearse para ayudar a las personas con dificultades en el manejo del dinero a controlar con precisión sus gastos.
- 7 Resulta de utilidad la simplificación de los pasos en las recetas, elaborar listas con los ingredientes y con los pasos que deben seguirse en la elaboración de los platos, cantidades, precauciones, utensilios o tiempos.
- 8 Trataremos de cocinar en una cocina y con unos utensilios que se parezcan lo más posible a los que posee el individuo. Siempre que sea posible se realizará el seguimiento en el domicilio del paciente.

Actividades creativas y artísticas

P. Moruno Miralles

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Actividad artística y creativa: aproximaciones teóricas

Perspectivas y niveles de intervención

Programación de actividades creativas

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Comprender la importancia que las actividades artísticas y creativas tienen como fuente de significado para los seres humanos.
- Distinguir las diferentes aproximaciones teóricas que pueden adoptarse desde terapia ocupacional para la utilización de estas actividades con personas con enfermedad mental.
- Explicar las diferentes estrategias para aplicar una actividad creativa como método de intervención en terapia ocupacional.
- Conocer las variables que influyen en la viabilidad, desarrollo y éxito de intervenciones basadas en actividades artísticas y creativas.

Introducción

A pesar de contar con una larga tradición como método de intervención en terapia ocupacional, durante las últimas décadas la utilización de actividades artísticas y creativas ha caído en desuso. Para muchos profesionales su empleo simboliza el descrédito de nuestra profesión, quedando relegadas, cuando no rechazadas, por los propios terapeutas ocupacionales, como pasadas de moda y obsoletas.

Esto es así a pesar de que su uso se encuentra en el origen mismo de nuestra disciplina. El movimiento de las *Arts and Crafts*, sin duda una de las influencias más poderosas entre las contemporáneas a la fundación de la terapia ocupacional, aportó buena parte de los conceptos y prácticas que la vieron nacer. Estas Sociedades, cuya influencia se evidencia a través de las ideas de Barton y Susan Cox (1), preconizaban el valor del producto manufacturado frente a la producción en cadena, en la medida en que su elaboración permitía al individuo adoptar un conjunto de valores culturales propios de su comunidad de pertenencia, mejorando en último término su salud.

Aparte de su importancia histórica, las actividades artísticas y creativas se caracterizan por su valor estético y por la relevancia que adquiere la creatividad del agente en su elaboración. Es llamativo que en el momento actual –en el que la mayor parte de los modelos de práctica subrayan los conceptos de significado, autodeterminación y subjetividad, como elementos claves alrededor de los cuales se articula el valor terapéutico de la ocupación– estas actividades estén siendo tan denostadas en nuestro ámbito profesional. Porque la actividad artística y creativa sirve de vehículo, quizá como ninguna otra, para que el agente inscriba su subjetividad en su hacer. Esto es así en la medida en que se diferencia de otras actividades por su distanciamiento de la necesidad de supervivencia y de adaptación al medio¹. Su valor reside en su potencial para que un sujeto exprese su manera singular de aprehender y significar el mundo circundante, para expresar su subjetividad.

Esta reflexión nos recuerda el período de crisis mecanicista que sufrió la disciplina durante la década de 1960, en el que cualquier intervención basada en actividades artísticas, lúdicas o recreativas cayó en descrédito, dadas las dificultades para cuantificar los resultados de su aplicación. Quizás el problema reside en que la forma en que el sujeto pone en juego su subjetividad al realizar una actividad artística y los beneficios de este proceso son difíciles de medir, de cuantificar. Tal proceso se opone, por definición, a la objetividad y escapa a la posibilidad de su cuantificación. ¿Es posible aprehender el sentido y valor de una obra artística, como *Las Meninas* de Velazquez o el *Hamlet* de Shakespeare, reduciéndola a un conjunto de causas, verbigracia, las características de los trazos del pincel o la singularidad de su léxico? Sin duda alguna, esto no es posible, porque el arte apela al significado de la

existencia y trasciende cualquier explicación causal, ya sea sociológica, histórica o psicológica.

Cabe reflexionar si no estaremos viviendo una época de características muy similares, en la que todo aquello que no adquiere un valor instrumental o adaptativo y, por tanto, queda sujeto a su cuantificación, disminuye o pierde su valía y se rechaza por inútil. Únicamente cuando la producción artística entra en el circuito del mercado del arte adquiere valía, sin embargo, se niega como inservible el proceso de creación del individuo, el sentido de su obra y los efectos sociales del arte.

A pesar de las dificultades que acabamos de exponer, desde nuestro punto de vista la creatividad inherente a la realización de cualquier actividad artística es un fenómeno especialmente interesante para el terapeuta ocupacional que trabaja en salud mental. La creatividad, definida en el *Diccionario de la Lengua Española* (2) como «la facultad de crear o la capacidad de creación», hace referencia a la potencia de un agente para establecer, fundar, introducir en un contexto dado algo por vez primera. Se ha asociado con la producción humana de bienes culturales, especialmente los que poseen valor estético, aunque también con otros tipos de producción (4), como la científica, la filosófica o la política². Por consiguiente, las actividades creativas son aquellas que permiten o estimulan la capacidad de creación, aquellas que generan las condiciones de posibilidad para que un sujeto introduzca su singularidad en un entramado sociocultural preexistente. Nada más cercano al cometido último de la terapia ocupacional, que persigue la implicación del individuo en el mundo gracias a lo que realiza como determinante de su salud.

Las actividades creativas ofrecen la posibilidad de que un sujeto, dentro del orden de un código³ que aporta la propia actividad, incorpore una combinación particular que sin él no existiría previamente, composición en la que se manifiesta el autor de la obra. Gracias a la creatividad, la actividad realizada hace presente a su autor, una época, una cultura y, bajo la mediación del terapeuta ocupacional, puede constituirse en una vía útil para utilizarla terapéuticamente con aquellas personas que tiene dificultades para constituirse como sujetos y vincularse al contexto social y cultural que les rodea, como es el caso de muchas personas afectadas por trastornos mentales.

Actividad artística y creativa: aproximaciones teóricas

La reflexión teórica sobre la capacidad de creación del ser humano ha proliferado en diversas áreas de conocimiento desde tiempos remotos. La filosofía, la psicología, el psicoanálisis, la antropología, la sociología, la historia del arte o la estética, entre otras disciplinas, se han interesado por el arte y la creatividad en numerosas ocasiones, realizando nutridas aportaciones al tema. Sin duda sería muy interesante reseñar muchas de estas contribuciones; sin embargo, dada la extensión limitada de nuestro trabajo, nos referiremos únicamente a aquellas aproximaciones teóricas elaboradas por autores de nuestra disciplina.

En terapia ocupacional diversos autores han forjado diferentes teorías que nos permiten concebir y utilizar las actividades de carácter artístico terapéuticamente. Sin pretensión de ser exhaustivos, examinaremos algunas de las que nos han parecido más interesantes.

Debemos advertir que esta escueta revisión presenta las propuestas de varios autores, con diversas perspectivas teóricas y distintas formas de aplicar las actividades artísticas o creativas. Estos enfoques no siempre son compatibles y a veces resultan contrapuestos. Nuestra intención última es que el lector aprecie y compare cada una de estas propuestas, para profundizar posteriormente en su formación y en su aplicación práctica de acuerdo a sus inquietudes.

Quizá la más ambiciosa se la debemos a Atkinson y Wells (4), quienes definen a la *terapia creativa* como un área de práctica de la terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental⁴. La caracterizan como un abordaje que ayuda al individuo a explorar y expresar sentimientos conscientes e inconscientes, para la resolución de los conflictos internos e interpersonales que, en último término, genera cambios en el individuo. Este proceso implica la exploración y el descubrimiento del propio sujeto, su autodeterminación y asume la posibilidad de cambio.

Estas autoras adoptan una perspectiva psicoanalítica al conceptualizar las actividades creativas⁵. Desde esta visión, el comportamiento manifiesto durante el proceso creativo se concibe como una expresión del inconsciente, que emerge de forma progresiva a lo largo del trabajo. Además, defienden que la elaboración de los contenidos inconscientes que aparecen durante la terapia da lugar al cambio subjetivo, que se apoya en la capacidad de elección y autodeterminación del individuo. Así, el desempeño ocupacional se considera como influido (al menos parcialmente) por el inconsciente y la terapia creativa puede emplearse para promover un desempeño ocupacional satisfactorio, gracias a la elaboración de los aspectos inconscientes que afectan a tal desempeño. Plantean que una cualidad importante del

abordaje psicodinámico, cuando se aplica en la terapia creativa, es estimular al sujeto para que elabore su propia agenda, defina sus problemas y establezca sus objetivos. Esto implica que es necesario que el individuo disponga de un tiempo y de un espacio para expresarse, lo que supone que el terapeuta ocupacional en su práctica debe dar un lugar a la incertidumbre, a la espera y al silencio.

La creatividad es el elemento central del tipo de terapia que ellas definen. Por tanto, las actividades propuestas deben tener un potencial para que ésta entre en juego, dando por sentado que todo individuo posee capacidad creativa. Consecuentemente, cualquier actividad que usemos debe permitir la libertad de elección (el terapeuta debe respetar las decisiones del sujeto) y aportar oportunidades para que emerjan ideas sin cristalizar, que favorezcan su exploración y su posterior elaboración. No cabe, por tanto, la posibilidad de juzgar el trabajo como acertado o erróneo, ni presionar al sujeto para que produzca un resultado final: el valor terapéutico fundamental de la actividad se concibe asociado al *proceso* de realización.

También plantean que la terapia creativa permite seleccionar, adaptar y aplicar actividades creativas para alcanzar objetivos específicos. La propia creatividad del terapeuta ocupacional para presentar, adaptar y dirigir de manera adecuada las actividades puede favorecer que emerja la creatividad del individuo y la consecución de los objetivos planificados. Aconsejan evitar actividades con un alto grado de complejidad técnica, aquellas que requieren el uso de instrumental muy especializado o las que requieran una elaboración especialmente lenta o duradera.

Otra de las perspectivas teóricas (6–8) que mayor calado ha tenido en nuestra disciplina se la debemos a los trabajos de Gail Fidler⁶. Esta autora llama nuestra atención sobre lo paradójico que resulta que actualmente –cuando proliferan los modelos teóricos y se resalta la importancia de nuestra base conceptual– la investigación y la bibliografía disponible sobre las características inherentes de las actividades utilizadas como métodos de intervención sea tan pobre. Señala que hoy por hoy apenas encontramos estudios sobre los factores que conforman y definen la naturaleza de una actividad determinada, sobre las características reales y simbólicas de las actividades en sí mismas, dentro de un contexto social, cultural y personal dado. Plantea que si nuestros principios conceptuales acentúan aquel hacer que capacita a una persona para implicarse de forma sostenida en las actividades que dan forma a un estilo de vida propio, significativo y saludable, preguntarnos por el proceso que permite tal implicación es fundamental y, en él, sin duda, las características propias y distintivas de cada actividad son elementos críticos.

Haciendo un breve paréntesis en la descripción de las ideas de Fidler (6–8), creemos que la pregunta que formula es esencial y recurrente y, aun así, todavía está pendiente su respuesta. Hace casi 20 años, Clark (9) planteaba que una experiencia común entre los terapeutas ocupacionales es observar que el beneficio terapéutico asociado con la realización de una actividad no se debe tanto a lo que se realiza, sino al hecho de que la ocupación está siempre preñada de significado. En sus tesis

defiende que la ocupación es una empresa únicamente humana porque se constituye en un vehículo simbólico y añade que debemos elaborar teorías que eluciden las razones por las que una persona elige una actividad antes que otra, aprehendiendo la complejidad de factores que influyen de manera última en cómo decide cada sujeto vivir su propia vida respecto de su trabajo, ocio, descanso y juego. A nuestro modo de entender, este compromiso, aplazado repetidamente en nuestra disciplina, requiere de un importante esfuerzo investigador que aún está por acometer.

Siguiendo con la descripción de las propuestas de Fidler (8), la autora defiende que el primer paso que debemos dar para intentar responder a esta cuestión es profundizar en nuestro conocimiento de las características de las actividades, sus propiedades singulares y distintivas, su valor social, cultural y simbólico. Para ello, sostiene que una actividad u ocupación tiene significado por derecho propio y enfatiza que debemos diferenciar las particulares de una actividad de su desempeño. Esta distinción supone que las características únicas e inherentes de las actividades influyen y dan forma a los aspectos volitivos y al comportamiento de quienes las realizan. La congruencia o ajuste entre la persona y la actividad es el desencadenante de la motivación y el compromiso sostenido en su realización. De esta forma, el significado y el valor simbólico propio de una actividad, contemplados tanto desde un punto de vista social y cultural como individual y subjetivo, son aspectos esenciales para comprender qué es una actividad con propósito y su potencial terapéutico.

Con una importante influencia psicodinámica, la autora sostiene que la terapia ocupacional es un *proceso de comunicación*, destacando la relación terapéutica como eje sobre el que pivota el proceso terapéutico. Desde esta concepción, la actividad artística, al igual que otras, es un mediador en dicho proceso de comunicación. Dado que las actividades adquieren un valor simbólico, pueden ser usadas como una vía de expresión de sentimientos y pensamientos, constituyéndose en una forma de transformar aspectos inconscientes en conscientes. Desde este punto de vista, la actividad y su función simbólica poseen una importancia capital y ambos aspectos deben ser considerados, tanto en el proceso de realización de la actividad como en el resultado final.

Desde una concepción más eclíptica, Steward (10) trata de conceptualizar las actividades artísticas o creativas considerando también otras perspectivas teóricas, como la rehabilitadora o la cognitivo-conductual⁷ (v. [Capítulo 4](#)).

En su intento analiza diversas técnicas en las que se emplean actividades creativas, con el fin de identificar sus rasgos comunes, los principios y perspectivas que comparten.

De esta forma establece que:

- Para su aplicación terapéutica no es necesario poseer dotes artísticas.
- El énfasis debe colocarse en el proceso de realización de la actividad más que en su resultado.

- Debe favorecerse la cooperación más que la competición o la excelencia.
- El proceso creativo hace que quien lo emprende experimente emociones y nuevas formas de entenderse a uno mismo.
- El proceso creativo no depende del lenguaje o de procesos de comunicación convencionales.
- La experiencia creativa se sigue habitualmente de discusiones, en las que los sentimientos o los pensamientos se traducen en palabras.
- El producto puede concebirse como un medio de comunicación entre los componentes del grupo.
- La discusión del grupo alienta la formulación de preguntas y de comentarios que puedan ayudar a los miembros a aumentar la comprensión de sus problemas y reacciones emocionales.
- Las sesiones de terapia deben aportar un espacio y un tiempo, en el que el sujeto se sienta seguro y respetado para expresarse de forma espontánea.
- Los individuos tienen «permiso» para divertirse, jugar, explorar y experimentar, de una forma raramente permitida a los adultos.

Resumiendo muy sucintamente sus ideas, las actividades creativas deben aportar al individuo la oportunidad de experimentar, explorar y comunicar de manera espontánea sus emociones, transformándose en un medio para la comunicación verbal. En general, estas actividades se realizan en grupos, sean éstos de carácter abierto o cerrado, en los que la actividad incita a la interacción diádica y grupal, ofreciendo oportunidades para el *insight* y la reflexión. Aunque la actividad realizada sea en muchas ocasiones el centro de la discusión y la acción, se prima el proceso de comunicación e interacción en el grupo más que los contenidos o el resultado final.

Desde esta perspectiva, cada participante tiene el derecho a establecer su grado de participación en la actividad y su implicación en las discusiones, así como a mantener el control sobre cualquier actividad que elabore. El papel del terapeuta ocupacional, además de sostener el encuadre de trabajo, es de observador, que no participa en la realización de la actividad, puesto que su labor se centra en las aportaciones que pueda realizar durante la discusión.

El estudio realizado por De Witt⁸ (11) amplía el horizonte teórico que hemos visto hasta este momento. En él mantiene que la capacidad creativa de un individuo es el eje alrededor del que se articula cualquier intervención terapéutica. De esta forma, la creatividad extiende su marco de acción a otras actividades más allá de las meramente artísticas y se convierte en el elemento central de la intervención terapéutica.

Las premisas de esta propuesta teórica subrayan la forma en la que el ser humano actualiza, precisa y expande su potencial, expresándolo a través de acciones

creativas. La capacidad creativa denota «la combinación de una inherente volición o impulso hacia la acción y su externalización o expresión a través de la acción». De esta forma, distinguimos dos componentes: la volición y la acción. La volición gobierna la acción y ésta es la manifestación de la primera. Si cualquiera de los dos componentes es deficitario la capacidad creativa se ve alterada.

Si nos apoyamos en estos supuestos, el terapeuta ocupacional debe evaluar estas dimensiones a lo largo del desarrollo individual en todas las áreas de ocupación. Define, asimismo, cuatro aspectos de la creatividad: la *facultad creativa*, entendida como el potencial total de un sujeto concreto; la *respuesta creativa*, reacción positiva que el individuo despliega cuando tiene la oportunidad de realizar cualquier actividad; la *participación creativa*, definida como el proceso de involucrarse en todas las actividades vitales y no únicamente en oportunidades específicas de acción creativa y la acción o *acto creativo*, resultado final de la participación creativa o producto final.

La capacidad creativa del ser humano no se concibe como un rasgo estático. Por el contrario, depende del sentimiento de seguridad del propio individuo y de las demandas del entorno. En consecuencia, la enfermedad mental puede interferir en la capacidad creativa de un sujeto, ya sea de forma permanente o de forma temporal, siendo imprescindible apreciar de qué forma afectan las consecuencias de la enfermedad en la capacidad creativa del individuo.

Según esta autora, la intervención se basa principalmente en estimular la volición del sujeto para obtener una dirección positiva a su acción. Como advertíamos con anterioridad, las actividades que pueden aplicarse no se limitan en exclusiva a las de carácter artístico, pueden utilizarse también otras –de la vida diaria, productivas, lúdicas–, siempre que se ajusten al nivel de desarrollo y capacidad creativa del individuo.

Asimismo, establece tres estados de la capacidad creativa de un sujeto:

- *Preparación para la acción constructiva*: en él, el individuo es dependiente y no puede cuidar de sí mismo, sus actividades carecen de propósito y tiene un pobre control sobre sus funciones corporales. Se evidencia una ausencia de la conciencia del yo y de los otros. El lenguaje está ausente o es muy básico.
- *Desarrollo de comportamientos y destrezas por acatamiento de las normas*: en este estado el sujeto comienza a explorar y aprender sobre sí mismo y su entorno y a desarrollar su yo. Posee muchas destrezas para vivir de manera independiente y es capaz de usarlas cuando se le dan el apoyo y el aliento necesario. Se desarrolla progresivamente la conciencia de los otros.
- *Desarrollo de comportamientos y destrezas para la autoactualización*: el individuo es capaz de afrontar independientemente sus dificultades, de reconocer cuándo tiene problemas y de cambiar su comportamiento para tratar de alcanzar sus

necesidades.

Relacionándolos de forma directa con estos estados, esboza diferentes niveles de intervención, en función del perfil del individuo o grupo y de la evolución temporal de la intervención. En un primer nivel, los objetivos se centran en favorecer la conciencia del *yo* y del entorno, estimulando los reflejos sensoriales y motores que promueven un tono vital de activación. Las sesiones en este estadio de la intervención deben ser de corta duración. El nivel de alerta y concentración es sostenido por medio de la presentación de estímulos, como la palabra, la presentación de objetos que puedan ser tocados y explorados, el cambio de posición o lugar del individuo, entre otros. El aumento de la receptividad del individuo a los estímulos permite incrementar de forma gradual la complejidad de la estimulación, hasta que esté preparado para pasar al segundo nivel.

En éste, los objetivos de la intervención son estimular la conciencia y la exploración del *yo* y del entorno físico y social, facilitar el desarrollo de destrezas personales y sociales que apoyen la vida en comunidad y alentar la conciencia y la conformidad con las normas sociales y del grupo. En él se abordan una amplia variedad de actividades que deben ser graduadas según mejore el individuo. Inicialmente puede aumentarse la directividad del terapeuta ocupacional respecto al desarrollo de la actividad para, de forma progresiva, espolpear la autodeterminación y dirección de las actividades por parte del sujeto, sus preferencias y el desarrollo de capacidades específicas. En esta fase de la intervención es imprescindible el apoyo del terapeuta para que el sujeto se sienta seguro. Debemos preguntar a los participantes sus deseos y preferencias y aportar un abanico amplio de actividades de autocuidado, recreativas o grupales.

Por último, en el tercer nivel el objetivo es la autoactualización de las destrezas y comportamientos del sujeto para lograr un funcionamiento óptimo en todas las áreas de ocupación.

Desde el enfoque propuesto por esta autora, la capacidad creativa influye en el grado, condición y calidad del desempeño de las actividades individuales en todas las esferas vitales, ya sean actividades de cuidado personal, productivas, de interacción social, de juego o de ocio. El desarrollo de la creatividad es un proceso que tiene lugar a lo largo de toda la vida, que se inicia con el nacimiento y que se prolonga lo largo del desarrollo evolutivo del individuo. Por tanto, se ve influido por otros aspectos del desarrollo humano (contexto o enfermedad, entre otros).

Inspirándose sin duda en la propuesta de De Witt (11), Creek (12) formula un punto de vista teórico digno de destacar, puesto que en él asocia la actividad creativa con estrategias de intervención en el ámbito de la salud mental.

Esta autora define la actividad creativa como aquella que requiere que el sujeto que la emprende incorpore algo de sí mismo en la producción de una idea original o un producto novedoso y meritorio. Posee, por tanto, una dimensión subjetiva que la

distingue y singulariza respecto de cualquier otro tipo de actividad.

Parte de la premisa de que cualquier individuo tiene la capacidad potencial de crear⁹. Este potencial no se correlaciona con otras dimensiones de la inteligencia, por lo que en principio no está relacionado con el cociente intelectual, con la formación académica o con el nivel sociocultural del individuo. Más bien puede considerarse un rasgo genérico del ser humano¹⁰ (13), que si bien puede educarse, no impide que cualquiera pueda ponerlo en juego. Distingue así entre la capacidad de generar ideas imaginativas, novedosas u originales –que asocia con la competencia para encontrar soluciones originales a los problemas– y la pericia al elaborar productos artísticos, científicos, políticos o sociales de mérito. Mientras que en el primer caso el agente se apoya en rasgos genéricos de la creatividad, en el segundo es imprescindible la adquisición con la práctica de destrezas específicas.

También sostiene que la creatividad puede analizarse desde una perspectiva diacrónica y defiende que en el proceso creativo pueden distinguirse un conjunto de etapas predecibles:

- Preparación.
- Incubación.
- Iluminación.
- Verificación.

Afirma que estas etapas pueden extrapolarse a cualquier esfera de actividad del individuo, concibiendo sus propiedades básicas como estrategias de afrontamiento que contribuyen a resolver los problemas asociados con la enfermedad mental. Si esto fuese así, al aumentar la creatividad de un sujeto que padece un trastorno mental –su capacidad para pensar y actuar de forma original, novedosa e imaginativa– renovaremos la manera en que afronta sus dificultades y mejoraremos sus recursos para encontrar soluciones.

En esta línea argumental, Hasselkus (14) mantiene que, realizadas de una manera creativa, muchas de las actividades que hacemos cotidianamente pueden convertirse en vehículos de expresión individual. Así, por ejemplo, actividades como cocinar, limpiar o el mantenimiento del hogar pueden afrontarse como quehaceres que nos aportan la oportunidad de explorar, experimentar y expresarnos personalmente, desligándose de la obligación rutinaria asociada con nuestra supervivencia o con su funcionalidad inmediata. Si admitimos esta idea, el abanico de actividades creativas de las que puede disponer un terapeuta ocupacional en su práctica se amplía de forma importante.

No nos gustaría finalizar este apartado sin lamentarnos por la brevedad de este recorrido teórico. Muchos son los autores que dejamos fuera de esta exposición –por sólo citar dos: Richard Sennett y Mihaly Csikszentmihaly (15,16)– y muchos los

argumentos teóricos que vinculan la actividad artística o creativa con el bienestar y la salud del ser humano e, incluso, con fenómenos políticos, sociales y culturales que conforman nuestra experiencia contemporánea de la realidad. Desgraciadamente, la extensión que podemos darle a este texto no nos permite ir más allá, por lo que instamos al lector a profundizar en este amplio e interesante tema.

Perspectivas y niveles de intervención

En el campo de práctica del terapeuta ocupacional que trabaja en salud mental, Creek (12) identifica cuatro estrategias diferentes para aplicar actividades creativas como método de intervención:

- Como una forma de psicoterapia: utilizando la actividad artística o creativa como un *medio* que permite al individuo explorar, elaborar y modificar sus pensamientos, emociones y comportamientos. Este punto de vista se apoya fundamentalmente en el carácter proyectivo de las actividades artísticas desde un punto de vista psicodinámico.
- Como un vehículo para la expresión: que complementa o sustituye al lenguaje o a la palabra.
- Como un *juego*, en el caso de la población infanto-juvenil.
- Como *agentes* para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad, en la medida en que la actividad creativa fortalece la flexibilidad emocional.

Ampliando este planteamiento inicial, creemos que el empleo de actividades artísticas y creativas puede asociarse con diversos objetivos, en función del énfasis que pongamos en alguna de sus particularidades. Cuando seleccionamos cualquier actividad artística o creativa para usarla como intervención, el criterio básico que siempre rige dicha elección es que aborde las necesidades y objetivos planificados con el individuo. Por tanto, dependiendo de las características de cada caso, la aplicación de actividades creativas o artísticas puede perseguir prioritariamente la adquisición o *recuperación* de capacidades y destrezas, el *desempeño* en las áreas de ocupación o la *promoción* de la salud y la *prevención* de la enfermedad y de situaciones de discapacidad.

En el primer caso, podemos contemplar la actividad creativa o artística como un *medio* que posibilita el desarrollo, la recuperación y el mantenimiento de las funciones y estructuras psicológicas y corporales, en la medida en que éstas se ponen en juego en la realización de una actividad concreta.

Considerada bajo esta modalidad y dirigida por el terapeuta ocupacional, la actividad creativa persigue diversos objetivos asociados con las necesidades que presenta la población con enfermedad mental. Por señalar únicamente algunos ejemplos:

- Recuperar destrezas y capacidades motoras, cognitivas y de interacción y comunicación, implicadas en las actividades que van a realizarse.

- Mejorar la volición y el deseo.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad: en especial en aquellas personas con una enfermedad mental crónica, para las que estas actividades pueden asociarse con un renovado sentimiento de agencialidad y control de su propia vida, evasión de los síntomas, afrontamiento de la ansiedad, aportar metas significativas, restaurar la propia imagen, por citar solo algunos ejemplos.
- Incrementar los sentimientos de satisfacción, logro y mejorar la autoestima: gracias al valor intrínseco del hecho de producir un trabajo o idea original, con independencia del valor económico o social de lo realizado.
- Facilitar la autoexpresión: cualquier actividad creativa o artística puede convertirse en un vehículo de expresión aceptable de sentimientos que de otra forma pueden resultar abrumadores para el sujeto.
- Proporcionar medios de proyección: utilizándose por su carácter proyectivo para favorecer el *insight*¹¹.
- Constituir vehículos para la sublimación.

En el segundo caso, las actividades artísticas pueden promover la participación e integración social de un individuo con una enfermedad mental, bien sea a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o la recuperación del desempeño de actividades artísticas o creativas ligadas a la productividad, el ocio y el juego, o bien para adquirir, mejorar, recuperar o mantener las habilidades y destrezas ligadas al desempeño de otras actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, educativas y/o de participación social. Desde esta perspectiva, las actividades artísticas y creativas pueden perseguir, entre otros, objetivos como:

- Explorar áreas de interés y valores vocacionales o laborales.
- Adquisición, aprendizaje y maduración de destrezas asociadas con el desempeño ocupacional en cualquier área de ocupación.
- Explorar actividades de interés asociadas a las áreas de ocio y juego o participación social.
- Aumentar el repertorio de actividades desempeñadas por el sujeto en las áreas de ocio y juego.
- Fomentar el equilibrio en el desempeño de actividades entre las áreas de ocupación.

Por último, las actividades artísticas y creativas pueden contemplarse como vehículos para la expresión, influyendo en último término en el bienestar y calidad de vida de la persona que presenta una enfermedad mental y promoviendo el bienestar psicológico que pone coto a la aparición de la enfermedad mental. Además, como revisábamos en párrafos anteriores, muchas actividades de la vida cotidiana, contempladas desde un punto de vista creativo, pueden servir de soporte de la

subjetividad, para crear nuevas redes sociales, para favorecer la interacción social y vehicular nuestras inquietudes e intereses. En definitiva, son vehículos para la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales.

Programación de actividades creativas

Antes de diseñar un programa de intervención o espacio terapéutico que se base o apoye en la realización de actividades creativas o artísticas debemos considerar algunas circunstancias que influyen en su viabilidad y que condicionan la probabilidad de éxito de nuestro trabajo: la institución en la que se lleva a cabo el programa, el espacio físico y los recursos de los que disponemos, el clima o ambiente psicológico y la pericia y experiencia del terapeuta que lo dirige.

Cuando consideramos los factores asociados con la *institución* o dispositivo debemos destacar que el valor y el significado que otorgue el equipo a los programas de actividades creativas y artísticas son determinantes para estimar su eficacia. Es necesario que se reconozca de manera global el alcance terapéutico de estas actividades y se apoye su presencia en los programas, porque de esta forma se mejora su eficacia, así como el cumplimiento de los individuos de las propuestas realizadas. Para lograr este reconocimiento, la planificación cuidadosa de las sesiones, la coordinación y comunicación con el resto del equipo –para transmitirles los objetivos, la metodología, los recursos de infraestructuras y materiales, el desarrollo de las sesiones– y la valoración de los resultados obtenidos son requisitos insoslayables. Obviamente, como en cualquier otro programa, deberemos considerar cómo se implanta, organiza y coordina con el resto de programas institucionales.

También debemos evaluar el *espacio físico* en el que se implementarán las sesiones del programa. Dependiendo de la institución o dispositivo en el que trabajemos, las infraestructuras y los recursos humanos, materiales y económicos facilitarán o entorpecerán su implantación. Sin pretender ser exhaustivos, en la evaluación de los aspectos físicos debemos considerar: la disponibilidad de una sala, habitación o lugar acondicionado que nos permitan, por ejemplo, almacenar el material o los trabajos en proceso de realización. Debe ser lo suficientemente amplia como para posibilitar la ubicación y movilidad funcional de los participantes, dependiendo de la labor que están realizando. Puede ser necesario que disponga de agua corriente, toma eléctrica y que esté preparada para soportar la realización de actividades que pueden requerir condiciones específicas (valga el ejemplo, actividades que puedan manchar o conexión a internet). Suele ser útil que tenga un solado fácil de limpiar, medidas de seguridad para salvaguardar la integridad de los participantes y en las que se preserve la confidencialidad y la intimidad de los participantes en el grupo.

Asimismo, si el lugar es compartido con otras actividades, debemos considerar el tiempo del que se dispone para preparar la habitación antes de que dé inicio la sesión y el tiempo necesario para recoger y dejarla utilizable después de su conclusión. Es necesario tener muy presente la disponibilidad del espacio para

realizar la sesión, su duración y frecuencia. Todas estas circunstancias condicionan el tipo de actividad artística que puede programarse.

También debemos sopesar el mobiliario, los materiales, el equipamiento y los útiles adecuados y necesarios para llevar a cabo con éxito las actividades planificadas. Es necesario que tengan la calidad suficiente para no obstaculizar la creación y que sean fácilmente accesibles para no dificultar el proceso de trabajo. Como es obvio, la posibilidad de disponer de estos recursos condiciona la propuesta de actividades que el terapeuta ocupacional puede hacer. No obstante, la capacidad creativa del propio terapeuta puede promover la viabilidad de muchas actividades con escasos recursos. Verbigracia: podemos identificar recursos de la comunidad en los que se puedan realizar actividades artísticas o creativas –centros culturales, bibliotecas, escuelas de arte–, aumentando las posibilidades de nuestra institución y favoreciendo paralelamente la integración comunitaria de las personas con las que trabajamos.

Aunque la evaluación del entorno no se limita sólo a su vertiente puramente material, también trataremos de generar un entorno estimulante, que cuente con una variedad de materiales y objetos que estimulen la atención y el interés del sujeto, porque sin duda ello promoverá la creación.

Identificar también todo aquello que favorezca la creación de un ambiente o *clima terapéutico* durante las sesiones tiene gran importancia, dado que éste influye de manera determinante en el proceso creativo. Cuando trabajemos con grupos, debemos tener en cuenta cómo influyen los fenómenos grupales en el funcionamiento y la cohesión del grupo (v. [capítulo 18](#)). Establecer un período previo para la preparación del grupo, acoger a los nuevos participantes de manera paulatina, crear un lugar cálido y confortable en el que se lleve a cabo el trabajo, favorece ampliamente el sentimiento de bienestar y facilita la implicación en el trabajo.

También debemos considerar la privacidad del sujeto que realiza una actividad creativa. Por ejemplo, exponer públicamente el trabajo de un individuo a terceros puede generar un efecto disruptivo, minando la confianza y la espontaneidad que tanto trabajo cuesta crear a lo largo de las sesiones.

La *pericia* del terapeuta ocupacional se basa en sus conocimientos técnicos y en poseer la *experiencia* suficiente para aportar la información e instrucción necesaria para llevar a cabo con visos de éxito las actividades artísticas y creativas que proponga (o bien servirse de otros miembros del equipo que tengan habilidades artísticas y/o creativas).

Basándonos en nuestra propia experiencia profesional, sugerimos que durante el desarrollo de las sesiones de trabajo se eviten comportamientos o actitudes indeseables, sean de los participantes o del propio terapeuta. Por ejemplo, ensalzar de forma exagerada la excelencia, belleza o valor estético del producto final, vanagloriarnos de nuestra maestría o comparar los resultados de los participantes

puede inhibir su impulso creativo. Si se valora más el resultado que el proceso y la vivencia del sujeto, la actividad artística puede percibirse como inalcanzable, lo que puede vaciarla por completo de potencial terapéutico. Alentar el esfuerzo, subrayar los logros y la iniciativa del que emprende y supera sus dificultades y respetar el gusto estético y los resultados finales son las actitudes más válidas en el manejo de la relación terapéutica.

Obviamente, debemos tener en cuenta, asimismo, el grado de pericia y el estado mental del individuo, para seleccionar aquellos medios, modalidades y métodos más adecuados y eficaces (v. [Capítulo 6](#)).

Siempre consideraremos el tempo particular de cada participante, sin presionar o apremiar para que alcance un determinado resultado en un tiempo concreto, soportando los períodos de *impasse*, silencio, dudas y exploración que necesite cada uno. Es lugar común que aparezca ansiedad en el sujeto que inicia una actividad creativa, el manido pánico a la hoja en blanco. Para sortearlo la experiencia del terapeuta ocupacional en la graduación y adaptación de las actividades –verbigracia: el grado de directividad del terapeuta o la complejidad y elaboración de la actividad seleccionada– será un punto de apoyo crucial a este respecto.

Éstos son, entre otros muchos, aspectos que debemos considerar al programar, implementar y gestionar espacios terapéuticos o programas centrados en la realización de actividades artísticas y creativas. La experiencia y madurez que el terapeuta ocupacional adquiera con el paso del tiempo en la realización de estas actividades aumentará la eficacia de la evaluación, programación y manejo de estos recursos terapéuticos.

Conclusiones

- Las actividades creativas y artísticas han formado parte de la tradición de la terapia ocupacional desde los orígenes de la disciplina.
- Estas actividades se caracterizan por su valor estético y por la relevancia que adquiere la creatividad de la persona en el proceso de su producción. Este valor se basa en la potencialidad para que el individuo exprese su manera de entender el mundo y dotarlo de significado, mostrando así su subjetividad.
- En el ámbito de la terapia ocupacional han sido numerosos los autores que han elaborado diferentes planteamientos teóricos acerca de la utilización de actividades artísticas y creativas. Éstas pueden emplearse como una forma de psicoterapia, como un vehículo para la expresión, como un juego o bien para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la recuperación y desarrollo de destrezas y capacidades y como vehículos para la integración y participación social.
- A la hora de desarrollar de manera adecuada un programa basado en la utilización de actividades artísticas y creativas será necesario atender a los siguientes factores: institución en la que se desarrolla, espacio físico y recursos materiales, así como el clima grupal y la pericia y experiencia del terapeuta.

Bibliografía

- Talavera Valverde MA. El legado de Barton. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA (compiladores). *Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación*. A Coruña: TOG;2007; 4 [monográfico 1]. [02 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 23.ª ed. Madrid. Consulta realizada 02 de enero de 2011. Disponible en: www.rae.com
- Bergson H. *La evolución creadora*, 4.ª ed. Barcelona: Editorial Cactus; 2007.
- Atkinson K., Wells C. *Creative Therapies- A psychodynamic approach within occupational therapy*, 1.ª ed. London: Amazon; 2000.
- Fidler G.S., Fidler J.W. *Introduction to Psychiatric Occupational Therapy*. 1.ª ed. New York:Harper and Row Publishers; 1954.
- Fidler G.S., Fidler J.W. *Occupational Therapy. A Communication Process in Psychiatry*, 1.ª ed. New York: Macmillan; 1963.
- Fidler G.S., Velde B.P. *Activities. Reality and symbol*, 1.ª ed. Thorofare: Slack; 1999.
- Clark F.A., Parham D., Carlson M.E., Frank G., Jackson J., Pierce D. *Occupational*

science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *Am J Occup Ther.* 1991;(4):300–310.

Stewart J. Can Science Be an Art? Epistemology as the Vehicle for a Trip from Science to Art and Back. *Leonar J.* 1989;(2):255–261.

De Witt P.A. Creative ability-a model for psychiatric occupational therapy, Crouch R.B., ed. *Occupational therapy in psychiatry and mental health*, 1.^a ed, Johannesburg: Lifecare Group, 1992.

Creek J. *Occupational Therapy and Mental Health*, 4.^a ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.

Cropley A.J. Creativity and mental health in everyday life, Runco M.A., Richards R. *Eminent creativity, everyday creativity and health*, 1.^a ed, Connecticut: Ablex Publishing Corporation, 1997.

Hasselkus B.R. *The meaning of everyday occupation*, 1.^a ed. Thorofare: Slack; 2002.

Csikszentmihalyi M. *Finding Flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books; 1997.

Sennett R. *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York: Norton; 1998.

Autoevaluación capítulo 21

1. ¿Son las actividades creativas una de las influencias históricas contemporáneas a la fundación de la terapia ocupacional?
 - a. No, la terapia ocupacional es una ciencia y no se ajusta a tales postulados teóricos.
 - b. No, la terapia ocupacional es una disciplina que aplica actividades como medio y como fin, pero nunca a las actividades creativas.
 - c. Sí, la terapia ocupacional tiene una gran influencia del movimiento de las artes y oficios, gracias a los trabajos de Barton y Cox.
 - d. Todas son verdaderas.
 - e. Todas son falsas.

Correcta: *c*. A pesar de contar con una larga tradición como método de intervención en terapia ocupacional, durante las últimas décadas la utilización de actividades artísticas y creativas ha caído en desuso. Para muchos profesionales su empleo simboliza el descrédito de nuestra profesión, y han quedado relegadas, cuando no rechazadas, por los propios terapeutas ocupacionales, como pasadas de moda y obsoletas. Esto es así a pesar de que su uso se encuentra en el origen mismo de nuestra disciplina. El movimiento *Arts and Crafts*, sin duda una de las influencias más poderosas entre las contemporáneas a la fundación de la terapia ocupacional, aportó buena parte de los conceptos y prácticas que la vieron nacer. Estas Sociedades, cuya influencia en la terapia ocupacional se evidencia a través de Barton y Susan Cox, preconizaban el valor del producto manufacturado frente a la producción en cadena, en la medida en que su elaboración permitía al individuo adoptar un conjunto de valores culturales propios de su comunidad de pertenencia, mejorando en último término su salud.

2. ¿Cómo definen Atkinson y Wells (2000) la terapia creativa?
 - a. Un abordaje que ayuda al individuo a explorar y expresar sentimientos conscientes e inconscientes.
 - b. Un área de práctica en el ámbito de la salud mental que ayuda al individuo a explorar y expresar sentimientos conscientes e inconscientes, para la resolución de los conflictos internos e interpersonales que, en último término, generará cambios en el individuo.
 - c. Cualquier movimiento involuntario que ayuda a resolver conflictos.
 - d. Sólo b y c son correctas.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *b*. Quizá la más ambiciosa se la debemos a Atkinson y Wells, que definen *terapia creativa* como un área de práctica de la terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental. La caracterizan como un abordaje que ayuda al

individuo a explorar y expresar sentimientos conscientes e inconscientes, para la resolución de los conflictos internos e interpersonales que, en último término, generará cambios en el individuo.

3. ¿Cómo concibe Fidler (1954, 1963 y 1999) la actividad artística?
- Al igual que otras actividades, es un mediador en el proceso de comunicación que supone la terapia ocupacional.
 - Como el proceso capacitador, eje alrededor del que se articula cualquier intervención terapéutica.
 - Como el proceso para estimular la volición del sujeto para obtener una dirección positiva a su acción.
 - Como el proceso para favorecer la conciencia del Yo y del entorno, estimulando los reflejos sensoriales y motores que promueven un tono vital de activación.
 - Sólo c y d son correctas.

Correcta: *a*. Con una fuerte influencia psicodinámica, la autora sostiene que la terapia ocupacional es un *proceso de comunicación*, subrayando la relación terapéutica como eje sobre el que pivota el proceso terapéutico. Desde esta concepción, la actividad artística, al igual que otras, es un mediador en tal proceso de comunicación. Dado que las actividades adquieren un valor simbólico pueden ser usadas como una vía de expresión de sentimientos y pensamientos, constituyéndose en una forma de transformar aspectos inconscientes en conscientes. Desde este punto de vista, la actividad y su función simbólica tienen una importancia capital y ambos aspectos deben ser considerados, tanto en el proceso de realización de la actividad como en el resultado final.

4. ¿Cuántas estrategias define Creek (2008) para aplicar las actividades creativas como método de intervención?
- Como una forma de psicoterapia.
 - Como un vehículo para la expresión.
 - Como un juego.
 - Como agentes para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
 - Todas son correctas.

Correcta: *e*. En el ámbito de práctica del terapeuta ocupacional que trabaja en salud mental, Creek identifica cuatro estrategias diferentes para aplicar actividades creativas como método de intervención:

- Como una forma de psicoterapia: utilizando la actividad artística o creativa como un *medio* que permite al individuo explorar, elaborar y modificar sus pensamientos, emociones y comportamientos. Este punto de vista se apoya fundamentalmente en el carácter proyectivo de las actividades artísticas desde un punto de vista

psicodinámico.

- Como un vehículo para la expresión: que complementa o sustituye al lenguaje o a la palabra.
 - Como un *juego*, en el caso de la población infanto-juvenil.
 - Como *agentes* para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad, en la medida en que la actividad creativa fortalece la flexibilidad emocional.
5. ¿Qué factores tendremos que tener en cuenta a la hora de desarrollar de manera adecuada un programa basado en la utilización de actividades artísticas y creativas?
- a. La institución en la que se desarrolla.
 - b. El espacio físico y los recursos materiales.
 - c. El clima grupal.
 - d. La pericia y la experiencia del terapeuta.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. A la hora de desarrollar de manera adecuada un programa basado en la utilización de actividades artísticas y creativas será necesario atender a los siguientes factores: institución en la que se desarrolla, espacio físico y recursos materiales, así como el clima grupal y la pericia y experiencia del terapeuta.

- ¹ Cualquier objeto común –por ejemplo, una silla Voltaire que podemos contemplar en un museo– adquiere valor artístico cuando proyecta los valores estéticos de un autor o una época, cuando se aleja de la función para la que fue concebida; a nadie con cierta sensibilidad artística se le ocurriría emplearla como asiento.
- ² Incluso algunos filósofos, como Bergson, vinculan la creación con la evolución del mundo y las especies biológicas.
- ³ Este código viene dado por las características inherentes de la actividad: los materiales, el proceso de realización o el contenido.
- ⁴ En su amplio trabajo, publicado en el texto: *Creative Therapies. A psychodynamic approach within occupational therapy*, Stanley y Thornes exponen extensamente sus tesis y métodos.
- ⁵ Afirman que la combinación de las teorías psicodinámicas y de terapia ocupacional da como resultado un área de práctica de la terapia ocupacional que denominan *terapia creativa*.
- ⁶ El trabajo de Fidler data de la década de 1960 y podemos encontrar una síntesis de su trayectoria investigadora en el libro: *Activities. Reality and Symbol*, publicado en 1999, en colaboración con Beth P. Velde.

- ⁷ Aunque sugiere que los marcos de referencia teóricos que dan forma al área de práctica de actividades creativas son el psicoanalítico y humanista.
- ⁸ El trabajo de esta autora se basa en el modelo creado por De Toit (1970), denominado de la capacidad creativa.
- ⁹ Aunque admite que algunos individuos puede tener mayor capacidad creativa que otros.
- ¹⁰ Incluso asocia esta capacidad con la salud mental. Para sostener este argumento cita a Cropley (13), quien define la creatividad como «un fenómeno cotidiano que encontramos en cualquier persona» y «un rasgo o faceta de la personalidad capaz de contribuir al mantenimiento de la salud mental».
- ¹¹ De esta forma, mediante la aplicación de actividades artísticas es posible acceder a contenidos del pensamiento de índole inconsciente que de otra forma sería más difícil que emergieran.

Parte V

Desarrollo profesional

Docencia y supervisión en terapia ocupacional

M. Cañadas Pérez, M. Gómez Martínez

Contenido

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Docencia

Metodología docente

Prácticas externas

Tutor

Tutorías de carácter académico

Tutorías de carácter personal

Supervisión

Supervisión individual

Supervisión en grupo

Supervisión del tutor profesional

Relación tutor-estudiante

Actividades del estudiante. Derechos y deberes

Derechos de los estudiantes

Deberes de los estudiantes

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Conocer la situación actual con respecto a la convergencia europea y los cambios metodológicos docentes.
- Entender la estructura de las prácticas universitarias externas.
- Diferenciar los distintos tipos de tutor y de supervisión.

- Comprender la relación entre tutor y alumno en el contexto del prácticum.

Introducción

La docencia en terapia ocupacional va tomando importancia con la evolución de esta disciplina. Históricamente ha habido dificultades para introducir docentes terapeutas ocupacionales en las universidades españolas debido a la imposibilidad de crear un área de conocimiento específica de terapia ocupacional, quedando el cuerpo de conocimiento de esta profesión adscrito a otras áreas del saber. Por otro lado, al ser diplomados universitarios, no se cumplían los requisitos imprescindibles para ser profesor universitario (ser licenciado o doctor), y gracias a la excepción que permite que un experto reconocido en un área concreta pueda dar clases en la universidad, han podido introducirse terapeutas ocupacionales en las universidades españolas. Estas dificultades se van a dejar de lado con la convergencia con Europa y con la creación de los grados de terapia ocupacional en los que el terapeuta ocupacional va a entrar, por pleno derecho y en igualdad de condiciones, en los equipos docentes universitarios. Los profesionales que han trabajado en el proceso de convergencia europea, aportando a la formación del terapeuta ocupacional la perspectiva del propio terapeuta ocupacional, han tenido que adaptarse a todos los cambios que exige dicha convergencia. El primero de los cambios viene definido por el *Libro blanco de la terapia ocupacional* (1), en el que se expone el objetivo que se persigue en la formación universitaria de los terapeutas ocupacionales:

«El objetivo general del Título de Grado en Terapia Ocupacional es formar profesionales terapeutas ocupacionales generalistas, con preparación científica y capacitación suficiente como para que puedan describir, identificar, prevenir, tratar y comparar problemas de salud a los que se puede dar respuesta desde la terapia ocupacional» (1).

En este caso, el eje central de nuestra formación se ve modificado y toma un valor importante la preparación científica. Es un cambio que exige a la profesión una adaptación conceptual desde la perspectiva histórica mucho más centrada en la práctica profesional. Para adaptarnos a dicha convergencia y al cambio de objetivo deberemos variar nuestros modelos docentes.

Docencia

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) aprobó, en su Reunión de Consejo en Eslovenia, las «Competencias de los terapeutas ocupacionales en el nivel inicial del ejercicio profesional» (2). Se trata de un importante documento, que se suma a los «Estándares mínimos revisados para la formación de terapeutas ocupacionales» de 2002 (3), como guía para orientar las metas de los programas educativos de los títulos de grado de terapia ocupacional.

La WFOT considera que los docentes deben tomar mayor conciencia sobre la necesidad de lograr resultados del aprendizaje que tengan relación con las competencias genéricas y específicas requeridas para la práctica de la terapia ocupacional, sobre todo, los profesionales que están a cargo de los programas educativos.

Las competencias son, según el proyecto TUNING¹ (4), «una combinación dinámica de atributos, en relación con conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades que describen los resultados de aprendizaje de un programa educativo». Y promover estas competencias es el objetivo de los programas educativos en terapia ocupacional (5).

Las competencias que deben enseñarse en los títulos de grado de terapia ocupacional han quedado definidas por la European Network for Quality Assurance (ENQA) en proyectos de calidad universitaria como: «Joint Quality Initiative», «Tuning», «Trans European Evaluation Project» e «Internal Quality Ultra» (6, 7), así como por la Conferencia Nacional de Decanos de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO), determinando cada universidad las competencias ya designadas que se deberán adquirir en cada módulo, materia y asignatura.

Las competencias remiten a un modelo de enseñanza centrado en el estudiante, que se organiza principalmente en torno a problemas, casos o proyectos y que enfatiza el trabajo personalizado. Los estudiantes tienen que demostrar dichas competencias al finalizar un determinado ciclo o materia, por lo que pueden y deben ser evaluadas, lo que requiere del uso de sistemas de evaluación diversos que permitan demostrar los distintos tipos de competencias, no sólo las más conceptuales o relativas a la adquisición de determinados conocimientos, sino en torno a habilidades, destrezas y actitudes a través de los resultados de aprendizaje.

Los resultados del aprendizaje son competencias o conjuntos de competencias que el estudiante tendrá que adquirir tras haber superado un programa de estudios o una parte de éste (materia o módulo). Expresan aquello que el alumnado conocerá, comprenderá y será capaz de demostrar al finalizar un determinado período de formación.

Los resultados del aprendizaje estarán centrados en el estudiante y, por tanto,

tratan de fijar la atención del profesor en lo que los estudiantes habrán aprendido al finalizar una materia y no en la actividad que éste deberá realizar.

Metodología docente

En la convergencia europea una de las cuestiones fundamentales es la metodología docente, tanto en el aula como en el prácticum, en sus diversas modalidades. Los sistemas tutoriales que van a generarse de dicha convergencia van a depender más de actividades para desarrollar competencias y no tanto de contenidos, como ocurría hasta el momento. Se presupone un menor número de alumnos por profesor, y un mayor control sobre los procesos de aprendizaje competencial por parte del docente. En la [tabla 22.1](#) se exponen las modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias (8).

Tabla 22.1 Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias

Horario presencial	Trabajo autónomo
<p>Clases teóricas <i>Existe un elemento docente que se dirige a los estudiantes por medio de sesiones expositivas, explicativas y/o demostrativas de contenidos (las presentaciones pueden ser a cargo del profesor, trabajos de los estudiantes, entre otros).</i></p>	<p>Estudio y trabajo en grupo <i>Hacer que aprendan entre los alumnos por medio de preparación de seminarios, lecturas, investigaciones, trabajos, memorias, obtención y análisis de datos, entre otros, para exponer o entregar en clase mediante el trabajo de los alumnos en grupo.</i></p>
<p>Seminarios-talleres <i>Construir conocimiento a través de la interacción y la actividad en sesiones monográficas supervisadas con participación compartida (profesores, estudiantes o expertos).</i></p>	
<p>Clases prácticas <i>Mostrar cómo deben actuar los estudiantes, por medio de cualquier tipo de prácticas de aula (estudio de casos, análisis diagnósticos, problemas de laboratorio, de campo, aula de informática).</i></p>	<p>Estudio y trabajo autónomo, individual <i>Desarrollar la capacidad de autoaprendizaje a través de las mismas actividades que en la modalidad anterior, pero realizadas de forma individual; incluye, además, el estudio personal (preparar exámenes, trabajo en biblioteca, lecturas complementarias, hacer problemas o ejercicios), que es fundamental para el aprendizaje autónomo.</i></p>
<p>Prácticas externas <i>Poner en práctica lo que han aprendido mediante formación realizada en empresas y entidades externas a la universidad (como pueden ser prácticas asistenciales).</i></p>	
<p>Tutorías <i>Atención personalizada a los estudiantes gracias a una relación personalizada de ayuda en la que un profesor-tutor atiende, facilita y orienta a uno o varios estudiantes en el proceso formativo.</i></p>	

Esta modalidad de enseñanza que se va a utilizar viene determinada por el

propósito que se formula el profesor a la hora de establecer la comunicación con el alumnado, ya que no es lo mismo hablar a los estudiantes que hablar con los estudiantes, o incluso, hacer que los estudiantes aprendan entre sí. De igual modo, tampoco es igual mostrar cómo deben actuar, que hacer que pongan en práctica lo aprendido (9). Para poder alcanzar mejor los propósitos de aprendizaje se emplean los principales métodos docentes (8):

Método expositivo/lección magistral

Se conoce como método expositivo «la presentación de un tema lógicamente estructurado con la finalidad de facilitar información organizada siguiendo criterios adecuados a la finalidad pretendida». Esta metodología se centra fundamentalmente en la exposición verbal por parte del profesor de los contenidos sobre la materia objeto de estudio. La expresión «lección magistral» se suele utilizar para denominar un tipo específico de lección impartida por un profesor en ocasiones especiales.

Estudio de casos

Análisis intensivo y completo de un hecho, problema o suceso real con la finalidad de conocerlo, interpretarlo, resolverlo, generar hipótesis, contrastar datos, reflexionar, completar conocimientos, diagnosticarlo y, en ocasiones, entrenarse en los posibles procedimientos alternativos de solución.

Resolución de ejercicios y problemas

Situaciones en las que se solicita a los estudiantes que desarrollen las soluciones adecuadas o correctas mediante la ejercitación de rutinas, la aplicación de fórmulas o algoritmos, la aplicación de procedimientos de transformación de la información disponible y la interpretación de los resultados. Se suele utilizar como complemento de la lección magistral.

Aprendizaje basado en problemas

Desarrollar aprendizajes activos a través de la resolución de problemas. El punto de partida es un problema que, diseñado por el profesor, el estudiante debería resolver para desarrollar determinadas competencias previamente definidas.

Aprendizaje orientado a proyectos

Es un método de enseñanza-aprendizaje en el que los estudiantes llevan a cabo la realización de un proyecto en un tiempo determinado para resolver un problema o abordar una tarea mediante la planificación, diseño y realización de una serie de actividades, y todo ello a partir del desarrollo y aplicación de aprendizajes adquiridos y del uso efectivo de los recursos.

Aprendizaje cooperativo

Enfoque interactivo de organización del trabajo en el aula en el que el alumnado es responsable de su aprendizaje y del de sus compañeros en una estrategia de corresponsabilidad para alcanzar metas e incentivos grupales. Es tanto un método que puede utilizarse entre otros como un enfoque global de la enseñanza, una filosofía.

Contrato de aprendizaje

Un acuerdo establecido entre el profesor y el estudiante para la consecución de unos aprendizajes mediante una propuesta de trabajo autónomo, con una supervisión por parte del profesor y durante un período determinado. En el contrato de aprendizaje son básicos un acuerdo formalizado, una relación de contraprestación recíproca, una implicación personal y un marco temporal de ejecución.

La docencia teórica deberá desprenderse parcialmente de la clase magistral para aumentar el aprendizaje activo del alumnado, potenciando la labor tutorial y de supervisión del profesor. El otro contexto de aprendizaje, la estancia de prácticas será el único en el que la realización de la convergencia europea implica un incremento de las horas presenciales del alumno, en lugar de las reducciones que afectarán al resto de asignaturas, disminuyendo los contenidos que se exponen.

Prácticas externas

Adscribir la docencia en terapia ocupacional exclusivamente a las universidades sería olvidar al mayor número de docentes de cualquier profesión sociosanitaria, aquellos profesionales que colaboran con las universidades en su prácticum. Realizan la labor docente en centros externos a la universidad y están avalados por la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (10), en la que se reconoce la labor docente e investigadora de los terapeutas ocupacionales que trabajan en los ámbitos prácticos.

La expresión prácticas externas se refiere (8) al «conjunto de actuaciones que un estudiante realiza en un contexto natural relacionado con el ejercicio de una profesión». El objetivo de las prácticas es lograr un aprendizaje en un entorno laboral sujeto a un control, en el cual las actuaciones del estudiante están supervisadas, por lo que las decisiones o los productos obtenidos no son de su completa responsabilidad.

El prácticum se define legalmente en el Boletín Oficial del Estado (BOE) del 12 de enero de 1993 como: «Conjuntos integrados de prácticas a realizar en centros universitarios o vinculados a la universidad por convenios o conciertos que pongan en contacto a los estudiantes con los problemas de la práctica profesional. Podría ser también total o parcialmente de investigación. Los estudiantes realizarán un prácticum de entre los propuestos por cada universidad» (11).

Las definiciones y los puntos de vista acerca del prácticum son múltiples. Sin embargo, todos los autores coinciden en una serie de aspectos (12):

- Constituye un conjunto de actividades sistematizadas, desarrolladas por instituciones y organismos de forma coordinada, que tiene como último fin el contacto del alumnado con la realidad profesional de la que en un futuro, más o menos inmediato, formará parte.
- Este aspecto de la formación no se presenta ligado a ninguna asignatura en concreto, sino que más bien pertenece a toda la titulación en su conjunto.
- Garantiza la coherencia entre la teoría y la práctica, de tal forma que se comporta como el mecanismo que avala el *continuum* entre estos dos aspectos esenciales de la formación académica y profesional.

En el ámbito internacional, la WOFT (3) en su guía de «estándares mínimos en la formación de los terapeutas ocupacionales», propone 1.000 horas de estancias prácticas presenciales para reconocer formalmente los estudios de terapia ocupacional en el ámbito internacional. Muchísimos países cumplen este criterio y es España una excepción, salvo en el caso de la Escuela Universitaria de Terrassa (Barcelona).

En nuestro país la distribución de las horas de prácticas depende de cada universidad, y salvo contadas excepciones, se realizan alrededor de 350 horas, lo que

imposibilita el reconocimiento de España por parte de la Federación Mundial de las Escuelas de Terapia Ocupacional. En la convergencia actual es el prácticum el módulo que más ha aumentado de créditos, así como su carácter presencial; se está adquiriendo el compromiso de casi todas las universidades españolas de llegar a las 1.000 horas de estancias prácticas, como determinan los estándares mínimos de la WFOT.

Si nos basamos en el modelo de la European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) (5), existen 35 competencias específicas del terapeuta ocupacional que se refieren al desempeño de la práctica. Se trata de las competencias que se adquieren o desarrollan a lo largo de las diversas etapas de la vida profesional y a través de los tres ciclos de formación (grado, máster o doctorado) y que están en una continua evolución.

En un proceso de consulta previo a la instauración de estas competencias entre docentes, profesionales que se dedican a la práctica y estudiantes reseñamos una serie de prioridades:

- La aplicación del proceso de terapia ocupacional durante las estancias prácticas
- Posibilitar o facilitar la tarea de involucrarse en la ocupación a los usuarios.
- La práctica ética y centrada en el usuario.

Dichas competencias sólo se pueden lograr por medio del trabajo de campo y las experiencias prácticas durante el proceso educativo; todas las organizaciones enfatizan la importancia de la calidad de las experiencias en las prácticas externas ofrecidas a los estudiantes.

Diversos autores como Fischler, Zabalza, Molina o Tejada (13–16) señalan que el prácticum tiende a ser considerado por los estudiantes como el período más relevante de su formación; sin embargo, también denuncian su escasa formalización, la disparidad de iniciativas emprendidas, la superioridad de la teoría frente a la práctica y la desconexión existente entre la universidad y el mundo laboral. Asimismo, destacan la necesidad de intensificar la investigación y mejora la calidad del prácticum.

El ímpetu en mejorar la formación práctica incide en la necesidad de rentabilizar ese aumento de horas dirigido al exterior de la universidad, así como su capacidad formativa.

Hacer efectivas estas posibilidades de aprendizaje en el caso del prácticum depende, según Hastings (17), de tres consideraciones:

- Entender que sólo se produce el aprendizaje cuando se desarrolla una nueva comprensión o capacidad (competencia).
- El aprendizaje debe atender a cinco criterios:
 - o Complejidad de su contexto.

- o El prácticum debe entenderse como parte del aprendizaje a lo largo de la vida
 - o El conocimiento profesional está ligado a la vida del aula.
 - o El desarrollo profesional está orientado social y subjetivamente.
 - o Ser un buen profesional requiere mucho más que usar modelos teóricos.
- Existen distintos caminos para aprender durante el prácticum y la adopción de éstos depende del aprendiz, de las situaciones y contexto del aprendizaje.

Organización y desarrollo de las prácticas externas

Para que la enseñanza pueda cumplir su cometido en un contexto práctico debe integrarse dentro de un esquema cíclico de planificación, desarrollo, evaluación y mejora.

La planificación comienza antes de que el estudiante inicie el período de prácticas, está dirigida por el equipo de coordinación de las prácticas y es articulada, al menos, por el tutor académico encargado de la supervisión de éstas². Dicha planificación supone considerar aspectos como: las competencias que se desea que los estudiantes desarrollen en el período de prácticas externas, el entorno en el que se va a realizar la actividad profesional con las demandas que previsiblemente van a realizar a los estudiantes, los recursos de los que éstos pueden disponer³, el tipo de interacción que se va a propiciar entre tutores (académicos y profesionales) y estudiantes, y los procedimientos de seguimiento y evaluación de la actividad desarrollada, así como del diseño de las prácticas y del propio desempeño del tutor profesional.

El control ejercido por la universidad en las prácticas externas es el que debe permitir el acuerdo colaborador entre entidades, pero suele ser limitado porque el entorno profesional en el que se desarrollan está fuera de los espacios destinados específicamente a la docencia. El desarrollo de las prácticas comprende los procesos de interacción que tienen lugar en un contexto profesional entre el tutor y los estudiantes. La enseñanza y el aprendizaje son fruto de ese encuentro especial que se produce entre un profesional que actúa como tutor y un estudiante que hace las veces de profesional.

El proceso de aprendizaje está marcado por las competencias que se deban adquirir y para alcanzarlas pueden seguirse diversas estrategias de aprendizaje o actividades como las siguientes (18):

- Rutinas de trabajo ligadas a un proceso.
- Profundizar en los conocimientos teóricos aplicados a la resolución de problemas.
- Interactuar con pacientes, clientes o usuarios de forma directa o con la mediación de un profesional (siempre supervisados).
- Diseñar o planificar, desarrollar un programa.
- Valorar las actividades, las capacidades, así como los entornos de desempeño

ocupacional de los pacientes/usuarios del recurso.

Aunque sean fundamentales, las habilidades del tutor profesional no deben limitarse a un saber hacer que los convierta en buenos modelos a seguir ni a un saber observar el comportamiento de los estudiantes. Además, se necesita de los tutores profesionales que sepan mostrar o demostrar cuál es el modo apropiado de afrontar una situación cuando se tienen diferentes alternativas de acción, saber orientar el trabajo de estudiantes, saber supervisar su aprendizaje y saber ser terapeuta ocupacional, tanto a nivel personal como profesional.

Utilidad de las prácticas externas: ventajas e inconvenientes

Las prácticas externas introducen al estudiante en un entorno laboral que completa su formación; esta inmersión profesional tiene indudables ventajas para el estudiante que puede aprender a:

- Comprender la cultura de una organización: sus valores, su modo de actuar, los comportamientos que favorece y los que restringe.
- Conocer, comprender y aplicar procedimientos y operaciones ligadas al desempeño de una función o actividad.
- Desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de útiles y herramientas.
- Integrar sus competencias individuales en las competencias de la organización.
- Conocer los límites y posibilidades del ejercicio de una actividad profesional.
- Cultivar determinadas actitudes y valores personales o ligados al desempeño de una profesión.
- Situarse personal y profesionalmente con relación a otros, desde su autoconcepto.

Las prácticas externas también conllevan algunas desventajas, derivadas de las limitaciones organizativas y de articulación con las que se programan:

- Sitúan al estudiante en un marco reducido y, en ocasiones, ante una perspectiva concreta del desarrollo de una profesión, no ante una visión global o general que recoja diferentes situaciones y actuaciones profesionales (que en ocasiones puede ir en contra del objetivo generalista de la formación).
- Su éxito o fracaso está en buena medida asociado con la labor formativa desarrollada por el profesional que ejerce de tutor (y en ocasiones no existe una formación en metodología docente adecuada).
- Enfrentan al estudiante ante una realidad profesional a menudo distanciada de la que se ha formado en la universidad.
- Las competencias, al ser determinadas en cada universidad, varían y dependen de la visión de los responsables de cada centro; aunque todas ellas van encaminadas a

disminuir la brecha entre la teoría y la práctica, en muchas ocasiones el abanico de competencias a la que se tienen que enfrentar los profesores del prácticum suele ser muy amplia y de difícil evaluación.

- Existen, además, diferencias en la interpretación del rendimiento del alumnado con respecto a las competencias adquiridas; es donde más difícil es esa labor de valoración, pues son las mismas competencias las adquiridas en un piso tutelado que en una unidad de media estancia hospitalaria.

Tutor

El *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia Española (19) no contempla las palabras tutorización, ni tutorizar, pero en la segunda acepción de la palabra tutor aparece una definición que se adecua a la persona que realiza esta labor: «Persona encargada de orientar a los alumnos de un curso o asignatura». Otra definición adecuada es la siguiente: «Profesor cualificado para tareas de consejo en el marco de la Universidad. Tareas principales: orientación profesional, asesoramiento sistemático y en situaciones de dificultad del aprendizaje y de problemas personales y sociales» (20).

Es común emplear la expresión de tutor de prácticas, aun cuando la tutoría engloba un concepto más amplio; la tutoría tiene como objetivo asegurar ante los alumnos tareas que no dependen directamente de la enseñanza. El tutor se dirige de manera periódica a un pequeño grupo de alumnos y analiza con ellos tareas de aprendizaje, los obstáculos que encuentran, les ayuda a llevar sus relaciones con el resto de la comunidad universitaria y asegura el vínculo entre la universidad y los padres. Es una institución muy antigua en las universidades inglesas, donde nació, o americanas, pero su introducción más reciente en España ha desencadenado polémicas, debido sobre todo a que en nuestro entorno los universitarios son mayores de edad y al antiguo debate sobre si la universidad debe limitarse a instruir o debe también educar (21).

Desde esta amplia perspectiva en la que se reconoce la labor tutorial, pero enmarcada en el ámbito de las prácticas externas, nos encontramos con dos acciones tutoriales para un mismo proceso de aprendizaje. Por un lado, se encuentra la figura de un tutor académico referente de la universidad y, por otro, la de un tutor profesional. Esta circunstancia es inevitable al ser las prácticas externas un esfuerzo de colaboración entre dos instituciones con objetivos distintos, ya que una es proveedora de servicios asistenciales y otra de servicios educativos; se necesita una adecuada coordinación para asegurar la calidad de las prácticas externas.

La brecha abierta entre la teoría y la práctica, que ha influido tanto en alumnos como en docentes y tutores, ha sido objeto de estudio desde diferentes perspectivas: la reflexión sobre la distancia existente entre la teoría y la práctica (22), así como la necesidad de explicitar el rol de los docentes y tutores ha desarrollado una serie de corrientes (23) como el desarrollo de un «pensamiento práctico» por parte del profesor, que realiza actividades puramente docentes, así como la necesidad de fundamentar las teorías en la práctica como único medio para que dichas teorías puedan ser implementadas de manera eficaz (24).

Se debe considerar al tutor (25) como un agente de cambio, debido principalmente a su labor asistencial, docente e investigadora, que debe generar una

retroalimentación entre la teoría y la práctica, y también debe ser un observador y un comunicador (consejero, orientador, potenciador del pensamiento crítico, entre otras cosas.). El tutor es una figura única y esencial en el proceso formativo del alumnado en prácticas. El proceso de aprendizaje que se realiza en los prácticum se basa en un modelo de colaboración centrado en el que aprende. Se establece una relación interpersonal, individualizada y adaptada a cada persona, que debe desarrollarse en un ambiente en el que se produzca la adquisición de competencias a medida que avanza el proceso de aprendizaje.

Cada tutor posee su propio estilo tutorial, y no por ello debe ser negativo siempre y cuando todos los estilos sean capaces de planificar, dirigir, estimular, seguir y evaluar el proceso de aprendizaje de los alumnos en prácticas (26):

- Orientar al alumnado.
- Favorecer su autoaprendizaje.
- Ser su referente e interlocutor.
- Favorecer la autonomía en la toma de decisiones.
- Favorecer la adquisición de competencias.

En otras profesiones en las que la relación tutor-estudiante ha sido más estudiada, como pueden ser medicina o enfermería, los problemas que más frecuentemente se detectan son los siguientes (27):

- Falta de formación específica en metodología docente (tutor).
- Dificultad para «abarcarlo todo» (tutor).
- Inseguridad ante el tipo de relación que se debe mantener con el alumnado (tutor).
- La dificultad de dejar a los pacientes/usuarios en otras manos.

Todos estos problemas deben hacernos reflexionar sobre las dificultades que se encuentran los profesores de prácticum con los que colaboramos y ver en qué medida se puede mejorar esta situación. Por otro lado, los tutores de prácticas clínicas deben reflexionar sobre si los alumnos están alcanzando las competencias que espera la universidad y la universidad debe ofrecer herramientas a los profesores de prácticas para poder mejorar su metodología docente y para valorar las competencias.

Las estrategias formativas más empleadas en las prácticas externas son la supervisión clínica, el aprendizaje experiencial, el diario reflexivo y el estudio de casos (28).

Tutorías de carácter académico

Son aquellas (28) en las que el alumnado recibe una atención personalizada para estimular sus habilidades profesionales, que pueden ser:

1. Preparar un examen.
2. Realizar un curso de regularización.
3. Llevar a cabo una práctica profesional.
4. Servicio social.
5. Efectuar una investigación.
6. Elaborar un trabajo, entre otros.

Tutorías de carácter personal

Se producen (28) cuando se precisan la evaluación y la orientación de apoyo del alumno, para abordar alguna problemática en las relaciones familiares o interpersonales, tales como:

- Problemas de drogadicción.
- Conflictos en su desarrollo como persona.

En estas tutorías pueden aparecer los límites entre tutor y estudiante, que se desarrollarán más adelante.

Supervisión

Ashburner et al definen la supervisión como: «Un proceso formal de apoyo y aprendizaje que permite al individuo desarrollar conocimientos y competencias, y asumir responsabilidades de su práctica profesional, y que resalta la protección y seguridad del paciente en situaciones clínicas complejas» (29).

Esta definición se podría contemplar como una acción tutorial específica y es, en definitiva, la labor principal del tutor profesional en las prácticas clínicas. Se considera que la supervisión clínica es un elemento clave en la práctica.

Supervisión individual

La supervisión de un individuo facilita la acción tutorial profesional, en la que el terapeuta ocupacional sólo debe estar pendiente de una persona. En estos casos es más fácil que puedan desarrollarse distintos métodos docentes, como el aprendizaje experiencial supervisado, en el que el alumno está controlado continuamente en sus acciones y puede aprender de la experiencia de ser el que «ocupe» el puesto de terapeuta ocupacional durante los momentos que se establezcan. Favorece un buen seguimiento y facilita la valoración de las competencias.

Supervisión en grupo

La supervisión en grupo tiene alguna desventaja con respecto a la supervisión individual, ya que los aspectos comentados se ven dificultados, pero funciona de manera adecuada en grupos de estudiantes debidamente conducidos. En ella destacan la universalización, el desahogo, sentirse aceptado, sentir esperanza, los consejos de los demás, el aprendizaje vicario, la aceptación de limitaciones y el autoconocimiento, entre otros aspectos.

Existen varias experiencias de supervisión en grupo realizadas en grupos reducidos con estudiantes, pero con diferentes denominaciones (30–32): supervisión clínica, grupos de reflexión de tarea, grupos de discusión psicodinámicamente orientados o tutorías en pequeños grupos.

A menudo una dificultad para aplicación estas técnicas en el aula es dónde ubicarlas, pero en un entorno laboral debidamente conducido pueden aportar una experiencia válida y distinta que permita al alumnado alcanzar el aprendizaje en competencias adecuadas.

Supervisión del tutor profesional

La labor de supervisar al tutor profesional es una de las cuestiones más delicadas en el proceso de aprendizaje, debido a tres circunstancias:

1. La relación laboral que se establezca con la universidad.
2. La supervisión docente de la entidad sobre el tutor profesional.
3. La supervisión docente de la universidad sobre la entidad.

Existen varios modelos laborales-motivacionales respecto a las relaciones que se establecen con los tutores profesionales:

- El tutor profesional está contratado por la universidad a tiempo parcial.
- El tutor no está contratado por la universidad, existe un acuerdo con la entidad que acoge el alumnado en prácticas y es la entidad la que las propone.
- El tutor no está contratado por la universidad, existe un acuerdo con la entidad que acoge al alumnado en prácticas y es el tutor profesional el que las propone.

En el primer modelo es en el que existe una relación contractual entre tutor profesional y universidad que permite un mayor control sobre los objetivos educativos por parte de ésta; los tutores profesionales tienen una supervisión directa de su labor educativa que se evalúa como considere la universidad (valoración docente, encuesta a alumnos, seguimiento docente, entre otras posibilidades). En el segundo y tercer modelos, la supervisión puede ser impuesta o ser voluntaria, pero dependen de las comisiones de docencia de la entidad receptora. En estos casos, es la universidad la que debe coordinarse con dichas comisiones para acordar las competencias que deben adquirirse y los resultados de aprendizaje esperados.

Por su parte, las comisiones son las que derivan a los alumnos al tutor profesional que al final depende de la entidad receptora y de los acuerdos alcanzados con la universidad y de la supervisión que proponga la comisión docente de dicha entidad. En estas ocasiones no está asegurada la calidad del aprendizaje, pues en algunas ocasiones el seguimiento que se hace es dificultoso por los trámites administrativos, ya que es difícil que el tutor docente esté en contacto directo con el tutor profesional, por lo que es común la brecha entre la teoría y la práctica. En este caso los canales de comunicación deberían ser fluidos, y la formación en este aspecto, el de docente, debería ser contemplada en la formación propuesta para el tutor profesional, tanto desde la universidad como desde la entidad receptora. Los modelos de evaluación del profesorado deberían extenderse al tutor profesional, aunque no tengan validez si no existe una vinculación laboral con la universidad; esto permitiría un mejor desarrollo de las prácticas.

La ruptura entre universidad y tutor profesional se da en más ocasiones de las esperadas, pues estos tutores se sienten presionados por las exigencias de la responsabilidad docente, que se suman a sus responsabilidades asistenciales o, en su caso, se sienten abandonados por la universidad, al tener por medio un intermediario responsable como es la entidad receptora.

Las soluciones a esta situación pasan porque la universidad o la entidad receptora ofrezcan formación a los tutores profesionales sobre metodología docente en el prácticum. También es necesario que mejoren los canales de comunicación para conocer los resultados de aprendizaje y las competencias adquiridas, así como implantar un control de calidad de la actividad que se está realizando a través de los medios que se acuerden, en el que las dos organizaciones deben dar y recibir algo.

Relación tutor-estudiante

La enseñanza en un contexto práctico exige del tutor profesional que introduzca al alumnado en las actuaciones ligadas a una actividad profesional, que haga posible que éste adquiera y ponga en práctica las diferentes competencias que dicha actividad reclama, que facilite las herramientas y estrategias necesarias para que el estudiante aprenda a observar y a reflexionar sobre el modo de afrontar las situaciones y resolverlas, a desarrollar una conducta profesional acorde con unas normas éticas.

La relación entre ambos va a depender de tres aspectos fundamentales (26):

- Acogida: es fundamental reseñarla pues, en un primer momento, el alumno sale de su entorno natural para ir a un espacio desconocido con unas reglas aún por aprender. Una buena acogida permite ganar mucho tiempo a tutor y estudiante para ubicarle tanto espacial como culturalmente.
- Relación y respeto: es una obligación. Se parte de una premisa de respeto mutuo, de comunicación fluida y de retroalimentación para conocer la situación en el proceso de aprendizaje.
- Organización: lo más clara posible respecto a las competencias que deben adquirirse, así como a de qué manera se van a adquirir dichas competencias.

Otro aspecto fundamental y que diferencia de manera absoluta al tutor profesional del tutor académico es la relación tutor-estudiante-usuario.

La relación tutor-estudiante-usuario se puede esquematizar gráficamente como un triángulo, ya que tanto el tutor como el estudiante deben relacionarse con un grupo de usuarios que son comunes para ambos, al mismo tiempo que se relacionan entre sí. La presencia del estudiante en un cupo, y que cada cierto tiempo éste cambie, influye sin lugar a dudas en los usuarios.

El triángulo se caracteriza por la «incomodidad inicial» de una relación a tres, condicionada por las diversas personalidades y por la sensación por parte del usuario de la posible pérdida de la continuidad asistencial (6) o de que se modifique la atención que recibía por parte del terapeuta ocupacional que le atendía diariamente.

Los aspectos principales que el tutor profesional debe tener en cuenta en esta relación son (27):

- Presentación formal del estudiante al usuario.
- Trabajo en equipo.
- Garantizar la continuidad asistencial.
- Supervisión clínica.

- Proteger al estudiante de potenciales pacientes conflictivos.

Los límites de esta relación tutor-estudiante deben estar determinados por la propia definición de la acción tutorial. No obstante, es en espacios docentes en los que se realizan tutorías en donde el estudiante puede exponer al tutor una serie de problemas que están fuera de las funciones de éste y es posible que el tutor no sepa cómo encajarlo, como puede ocurrir cuando las tutorías se vuelven de carácter personal. Los límites de la tutoría en este aspecto requieren, por parte del tutor, una labor más delicada, ya que será necesario estar formado para el manejo de tales problemáticas, consultar a otros profesionales, o bien canalizar al alumno para que reciba una atención especializada.

Los límites del tutor y de la tutoría podrían establecerse como sigue:

- No dejarse envolver por vínculos patológicos que generen dependencias.
- Un TUTOR es un profesional que asume la trascendencia y la complejidad de su labor, por lo que debe identificar si se está formado para ello, o si es necesario adquirir una capacitación.
- Un MAL TUTOR es el que se incluye en cuanta tutoría se le ofrezca o se le ocurra, sin reconocer realmente la trascendencia del compromiso. Por tal motivo, es muy probable que se conduzca siendo inconsciente de su torpeza y de sus limitaciones.
- Un BUEN TUTOR es más consciente de sí mismo y sabe que no puede ser eficiente en todas las situaciones ni con todos los tutorados. Sabe que sólo es apto para unas cuantas cosas y en ellas se ocupa. Es consciente de sus recursos y, aunque éstos sean limitados, los maneja de manera optimista.

Actividades del estudiante. Derechos y deberes

En este caso, es fundamental conocer la normativa de la universidad, pero podríamos citar como fundamentales los derechos y deberes de los estudiantes (32):

Derechos de los estudiantes

- Ser tutelados durante el período de ejecución del prácticum por un profesional de la entidad o institución colaboradora, y por un profesor de la universidad.
- Interrumpir la práctica por un motivo justificado.
- Ser beneficiario del seguro escolar de accidentes y de responsabilidad civil que suscriba a la universidad cuando el alumno se matricula, y que cubra los riesgos previsibles durante el período de prácticas.
- Exponer sus sugerencias sobre aquellos aspectos del prácticum que desearan mejorar, con la intención de potenciar y mejorar en los cursos sucesivos esta asignatura.

Deberes de los estudiantes

- Iniciar la práctica en la fecha y las condiciones acordadas.
- Comunicar al tutor académico cualquier incidente que afecte al desarrollo de la práctica formativa.
- Guardar con absoluto rigor el secreto profesional.
- Presentar o realizar las labores que determinen su adquisición de competencias y que refleje la actividad realizada una vez haya finalizado el prácticum.

Conclusiones⁴

- La concepción de la formación universitaria está en pleno proceso de cambio y la formación de los terapeutas ocupacionales se ve influida por estas modificaciones.
- Un gran número de docentes desarrollan las prácticas externas y deben estar familiarizados con la adquisición de competencias, así como con la metodología docente para poder alcanzarlas y evaluarlas.
- Para la realización de dichas prácticas los estudiantes disponen de dos tipos de tutores, académicos y profesionales.
- La principal labor de los tutores profesionales es la de realizar supervisión clínica.
- La relación tutor-estudiante-usuario es clave en el proceso de aprendizaje.
- Los alumnos tienen unos derechos y deberes con respecto a sus estancias prácticas.

Bibliografía

inares García-Valdecasas R. *Libro blanco título de grado en terapia ocupacional*, 1.^a ed. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2005.

World Federation of occupational therapist. *Entry-level Competencies for Occupational Therapists*. Eslovenia: WFOT; 2008.

World Federation of occupational therapist. *Normas Mínimas Revisadas para la Formación de Terapeutas Ocupacionales*. Australia: WFOT; 2004.

Comité de Gestión del Proyecto Tuning. Una Introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Programas Sócrates y Tempus de la Unión Europea. 1.^a ed. Bilbao. Publicaciones de la Universidad de Deusto, España y Universidad de Groningen, Países Bajos; 2006.

The Tuning Occupational Therapy Project Group. *Tuning Educational Structures in Europe. Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*, 1.^a ed. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2008.

Jonzález J., Wagenaar R. *Tuning Educational Structures in Europe*, 1.^a ed. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2003.

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación. *Documentos nacionales relacionados con la política de calidad universitaria española*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA); 2003.

Miguel Díaz M. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias

orientaciones para promover el cambio metodológico en el Espacio Europeo de Educación Superior. 2005.

Jilbert J. *Guía pedagógica para el personal de la salud*, 1.ª ed. Valladolid: ICE de la Universidad/OMS; 1981.

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, n.º 280 (22-11-2003).

García Vega E., Lemos S., Echebarrúa E. Tres modelos de prácticum en las universidades españolas: psicología en Oviedo Psicología Clínica en el País Vasco y Psicopedagogía en Santiago de Compostela. *Psicothema* (Oviedo). 1999;(2):261–278.

Carless A., Prodan O. The impact of practicum training on career and job search attitudes of postgraduate psychology students. *Aust J Psychol*. 2003:89–94.

Fischler H. The impact to teaching experiences on student-teachers and beginning teachers' conceptions of teaching and learning science. J. Loughran Researching teaching. 1.ª ed. London: Falmer Press; 1999:172–195.

Molina Ruiz E. *Análisis comparado de la formación práctica en el sistema universitario como base de evaluación y mejora. Memoria de investigación*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2004.

Tejada Fernández J. El trabajo por competencias en el prácticum: cómo organizarlo y cómo evaluarlo. *Rev Electron Investig Educ (Baja California)* [Revista en Internet]. 2005 [10 de octubre de 2010]; 7: [25p.] Disponible en: <http://www.unizar.es/ice/images/stories/materiales/poio-practicumii.pdf>

Zabalza Beraza M.A. El practicum y la formación del profesorado: balance y propuesta para las nuevas titulaciones. In: Escudero Muñoz J.M., Gómez A.L. *La formación del profesorado y la mejora de la educación*. 1.ª ed. Barcelona: Octaedro; 2006:311–334.

Hastings W. Emotions and the practicum: the cooperating teachers' perspective. *Med Teach*. 2004:135–148.

Bunk G.P. La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesional de la R.F.A. *Rev Eur Form Prof*. 1994:8–14.

Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 23.ª ed. Madrid: Consulta realizada 18 de octubre de 2010. Disponible en: www.rae.es

Diccionario Akal de psicología. 1.ª ed. Barcelona: Akal; 2004.

Zupuria X., Eizmendi I. *Tutorización de prácticas clínicas en estudiantes de enfermería en grupos de supervisión de practicas*, 1.ª ed. Girona: Girona Uninvest; 2008.

- Cook S.H. Mind The Theory practice gap in nursing. *J Adv Nurs*. 1991:1460–1469.
- Fernández P., Siles J. Los elementos del sistema de enseñanza-aprendizaje en enfermería. Un doble dualismo: el proceso de enseñanza aprendizaje y la dialéctica teórico-práctica. *Enferm Clin*. 1992:61–63.
- Tolley K. Theory from practice for practice: Is this a reality?. *J Adv Nurs*. 1995; (1):185.
- Siles J. La función de los tutores en las prácticas clínicas de enfermería. Un estudio etnográfico centrado en la reflexión acción y el pensamiento crítico. In: Merma G., Pastor F. *Aportaciones curriculares para la interacción en el aprendizaje. Redes de investigación Docente-Espacio Europeo de Educación Superior*. 1.ª ed. Alicante: Marfil; 2008:325–340.
- Casado Vicente V., Fuertes Goñi C., De Serdio Romero E., et al. *Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Sobrino López A, Quesada Jiménez F. Docencia en Medicina de Familia. Madrid [Revista internet] 2010. [15 de noviembre de 2010]; 24 (2): [35p]. Disponible en:<http://www.udomfyc.org/descarga/TUTORIZACION/docencia%20en%20medicina>
- Medina JL. Practica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Rev Enfermería (Albacete)* [Revista internet]. 2002 [11 de octubre de 2010]; 14: [45] Disponible en:http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%20Elctica_ex
- Ashburner J, Meyer A, Cotter G, Young R. Seeing things differently: evaluating psychodynamically informed group clinical supervision for general hospital nurses. *NT Research* 20(9):38-48.
- Ashmore R., Carver N. Clinical supervision in mental health nursing courses. *Br J Nurs*. 2000:171–176.
- Holm A.K., Lantz I., Severinsson E. Nursing students' experiences of the effects of continual process-oriented group supervision. *J Nurs Manag*. 1998:105–113.
- II Jornadas de Formación Universitaria. Valencia; 12-13 de Octubre de 1998. Bilbao: Universidad Politécnica de Valencia; 1998.

Autoevaluación capítulo 22

1. Las *competencias* son:

- a. Los contenidos de las asignaturas de un plan de estudios.
- b. Las habilidades que deben tener los docentes universitarios.
- c. Las actitudes de los docentes universitarios y los tutores de prácticas.
- d. Una combinación dinámica de atributos que describen los resultados de aprendizaje de un programa educativo.
- e. a y b son correctas.

Correcta: *d*. Las competencias son «una combinación dinámica de atributos, en relación con conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades que describen los resultados de aprendizaje de un programa educativo».

2. Las prácticas externas:

- a. Permiten conocer, comprender y aplicar procedimientos ligados al desempeño de una función.
- b. Sitúan al estudiante en un marco reducido y, en ocasiones, ante una perspectiva concreta del desarrollo de una profesión.
- c. Sirven para evaluar un reducido número de competencias de fácil evaluación.
- d. Se realizan siempre con tutores sin formación en metodología docente.
- e. a y b son ciertas.

Correcta: *e*. Las prácticas externas permiten al estudiante aplicar procedimientos ligados al desempeño de una función. Pero las prácticas también llevan asociadas algunas desventajas, derivadas de las limitaciones organizativas y de articulación con que se programan, como que sitúan al estudiante en un marco reducido y, en ocasiones, ante una perspectiva concreta del desarrollo de una profesión, no ante una visión global o general que recoja diferentes situaciones y actuaciones profesionales.

3. Los estudiantes:

- a. Serán tutelados durante el período de ejecución del prácticum por un profesional de la entidad colaboradora y no por el tutor académico.
- b. Pueden interrumpir la práctica cuando consideren que no se ajusta a sus intereses.
- c. Deben exponer al tutor académico sus sugerencias sobre los aspectos del prácticum con la intención de potenciar y mejorar en los cursos sucesivos esta asignatura.
- d. Deben presentar o realizar las labores que determinen su adquisición de competencias y que reflejen la actividad realizada una vez haya finalizado el prácticum.
- e. c y d son correctas.

Correcta: *e*. Los estudiantes tienen derecho a exponer sus sugerencias sobre aquellos aspectos del prácticum que desearan mejorar, con la intención de potenciar y mejorar en los cursos sucesivos esta asignatura, así como el deber de presentar o realizar las labores que determinen su adquisición de competencias y que reflejen la actividad realizada una vez haya finalizado el prácticum.

4. El tutor profesional:

- a. Debe estar disponible para atender a los alumnos siempre que lo soliciten.
- b. Presenta formalmente el estudiante al usuario para transmitir comodidad en la relación.
- c. Deja al estudiante enfrentarse a situaciones conflictivas con los pacientes.
- d. Debe dejar a los estudiantes sin supervisión clínica el mayor tiempo posible para mejorar la adquisición de las competencias.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Presenta formalmente el estudiante al usuario para transmitir comodidad en la relación tutor-estudiante-usuario. La presencia del estudiante en un cupo, y que cada cierto tiempo éste cambie, influye sin lugar a dudas en los usuarios.

5. ¿Cuáles son los derechos de los estudiantes, según los autores de este capítulo?:

- a. Iniciar la práctica en la fecha y condiciones acordadas, comunicar al tutor académico cualquier incidente que afecte al desarrollo de la práctica formativa, guardar con absoluto rigor el secreto profesional, presentar o realizar las labores que determinen su adquisición de competencias y que reflejen la actividad realizada una vez haya finalizado el prácticum.
- b. Ser tutelados durante el período de ejecución del prácticum por un profesional de la entidad o institución colaboradora, y por un profesor de la Universidad, interrumpir la práctica por un motivo justificado, ser beneficiario del seguro escolar de accidentes y de responsabilidad civil que suscriba a la Universidad cuando el alumno se matricula, y que cubra los riesgos previsibles durante el período de prácticas, exponer sus sugerencias sobre aquellos aspectos del prácticum que desearan mejorar, con la intención de potenciar y mejorar en los cursos sucesivos esta asignatura.
- c. Sólo a y, además, ser tutelados durante el período de ejecución del prácticum por un profesional de la entidad o institución colaboradora, y por un profesor de la Universidad.
- d. Sólo b y, además, iniciar la práctica en la fecha y condiciones acordadas, comunicar al tutor académico cualquier incidente que afecte al desarrollo de la práctica formativa.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. Derechos de los estudiantes:

- Ser tutelados durante el período de ejecución del prácticum por un profesional de la entidad o institución colaboradora, y por un profesor de la Universidad.
- Interrumpir la práctica por un motivo justificado.
- Ser beneficiario del seguro escolar de accidentes y de responsabilidad civil que suscriba a la Universidad cuando el alumno se matricula, y que cubra los riesgos previsibles durante el período de prácticas.
- Exponer sus sugerencias sobre aquellos aspectos del prácticum que desearan mejorar, con la intención de potenciar y mejorar en los cursos sucesivos esta asignatura.

¹ «The Tunning Project in Occupational Therapy».

² También participa en mayor o menor grado el tutor profesional, aunque debería ser parte fundamental e integrada.

³ Guías, recomendaciones, modelos, instrumentos de valoración, material para la ejecución de actividades, entre otras.

⁴ *Nota de los coordinadores de la edición:* aunque en este capítulo aparezcan referencias a la supervisión de los prácticum y de sus docentes, hay que comentar que la supervisión profesional de casos es un trabajo que en España aún está por desarrollarse. En otros países, los terapeutas ocupacionales tienen en la supervisión la clave fundamental para mejorar y lograr desarrollar su profesión, la competencia clínica y la práctica segura. Entre otros beneficios, reduce el riesgo para la persona y para el propio profesional. La supervisión debería ser en España un requisito obligatorio de la competencia en curso y estar compuesta por aspectos jurídicos, normas éticas, profesionales y consideraciones prácticas actuales. Además, debería tener entre sus objetivos que el terapeuta ocupacional posea un espacio para poder reflexionar sobre sus intervenciones, programas, procedimientos, formas de relacionarse y gestión de la cotidianidad de la profesión.

Investigación en terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental

P. Moruno Miralles, I. Herranz Aguayo, J.A. Flores Martos, U. Gutiérrez Couto, M. Sobrido Prieto, M.A. Talavera Valverde, I. Zango Martín

Contenidos

Objetivos de aprendizaje

Introducción

Algunas consideraciones sobre el método científico

El proceso de investigación: principales fases y procedimientos

Formulación del marco teórico y/o especificación del problema

Operacionalización de la teoría

Selección de las técnicas, métodos y diseños de la investigación

Recoger datos e informaciones

Análisis e interpretación de datos e información y comunicación de los resultados de la investigación

Conclusiones

Bibliografía

Objetivos de aprendizaje

- Definir y describir el método científico.
- Conocer, diferenciar y caracterizar las fases para la elaboración de una investigación.
- Conocer y definir la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia.
- Identificar las características básicas de las diferentes técnicas de investigación.
- Aprender a elaborar un documento de comunicación científica.

Introducción

La labor investigadora requiere la adquisición de una amplia gama de conocimientos y destrezas, que dotan al investigador de la competencia necesaria para realizarla. En España las universidades, por medio de posgrados y másteres oficiales, imparten la formación reglada que capacita al investigador¹.

Como es fácil adivinar, los contenidos de este capítulo no pretenden sustituir los años de formación y experiencia necesarios para investigar. Persiguen dibujar un amplio bosquejo que, como tal, no procura, ni mucho menos, ubicar definitivamente al lector en relación con el complejo y extenso campo de la investigación. Más bien tiene el propósito de dar pie a la reflexión y generar inquietudes entre los terapeutas ocupacionales que trabajan en el ámbito de la salud mental y quieren aproximarse a él.

En este intento, inicialmente trataremos de describir cómo se conceptualiza en la actualidad la tarea investigadora, aclarando algunos de los mitos y errores que aparecen frecuentemente alrededor del término. También describiremos las características del método científico e intentaremos justificar el valor de la investigación en nuestra disciplina, sus consecuencias y resultados, y cómo puede afrontar el terapeuta ocupacional las labores de investigación.

Finalmente, trazaremos las principales fases o etapas de la preparación e implementación de un proyecto de investigación y describiremos las características básicas de los métodos y técnicas de investigación.

Algunas consideraciones sobre el método científico

Los principales debates epistemológicos en el seno de la ciencia nos llevan a tratar la forma en la que se pretende aprehender la realidad para llegar a su conocimiento. Éste se obtiene en la interacción entre el objeto de investigación, el sujeto que investiga y el proceso que se produce entre ambos. Es lugar común considerar el *método* como uno de los rasgos característicos de la ciencia, que las diferentes disciplinas utilizan, como procedimiento estructurado que les permite llegar al conocimiento de la realidad².

No existe una única definición, ni un único método, pues la relación entre método y teoría supone un continuo condicionamiento entre ambos como construcciones abstractas que son. De esta relación entre método y objeto surgen posturas divergentes con respecto a la importancia y función del método científico, algunas totalmente contrapuestas, pues para el positivismo no es posible la ciencia sin el método, y para la teoría crítica, la posición positivista con su énfasis empírico-analítico vacía de contenido la reflexión, confiriendo al método un carácter de absolutismo lógico (1).

Desde nuestro punto de vista, método y objeto están unidos, ya que la definición del objeto lleva consigo una opción metodológica inherente.

Además, en la literatura científica el término método no se ha usado de forma uniforme en las diversas disciplinas y áreas de conocimiento. Adhiriéndonos a la definición de Hammell (2), método es: «una aproximación filosófica y ética específica para adquirir conocimiento; una teoría sobre cómo debe o debería proceder el investigador dada la naturaleza del tema que persigue investigar». En consecuencia, admitimos entre los métodos de investigación más relevantes en las ciencias sociales y de la salud los métodos fenomenológico, etnográfico, sociológico, experimental y clínico.

En esta misma dirección (3), el acceso científico a la realidad debe articularse en una tensión continua entre método y teoría, sin que ninguna de ellas domine la perspectiva del investigador. Creemos que las distintas aportaciones conceptuales a un objeto de estudio, obtenidas desde perspectivas metodológicas heterogéneas, pueden llegar a complementarse aprehendiendo de manera más completa la realidad, ya que la pluralidad metodológica ni niega la existencia de un procedimiento común de la ciencia, un método genérico, ni tampoco significa que cualquier procedimiento sea válido. En este sentido se pronuncia Bunge considerando que:

«[...] el método científico es un modo de tratar problemas intelectuales, no cosas, ni hombres; consecuentemente puede utilizarse en todos los campos

del conocimiento. [...] La naturaleza del objeto en estudio dicta los posibles métodos especiales...» (3).

En el ámbito de las ciencias sociales y de la salud –y, más concretamente, en el de la salud mental –, la elaboración de explicaciones sobre el comportamiento humano y sus métodos de estudio han sido múltiples a lo largo de la historia³. Hoy por hoy, dependiendo del autor que consultemos, los criterios de demarcación científica de estos métodos son diferentes. En otras palabras, la discusión sobre lo que se considera científico y lo que no está abierta a debate. No es nuestra intención ahondar en la manida disputa que trata de legitimar uno u otro método de investigación, comparando sus asunciones, estrategias y técnicas; atizar la consabida confrontación sobre la científicidad de la investigación cualitativa frente a la cuantitativa. Es más, defendemos que la investigación de carácter cualitativo representa un modo legítimo de aumentar el conocimiento científico, que no debe compararse con la investigación cuantitativa, ni disculparse ante ella.

En el tema que nos ocupa, la salud mental, las restricciones que impone el método experimental impiden que éste sea seguido estrictamente. La multiplicidad de factores que influyen en el comportamiento hace más complicado la manipulación y el aislamiento de variables, puesto que éste no es similar al comportamiento de un objeto mecánico. El método experimental habitualmente deja fuera de sus explicaciones la influencia de aspectos culturales, sociales, simbólicos o subjetivos centrales para el fenómeno de la salud y la enfermedad mental. Además, en muchas ocasiones es muy difícil generalizar los hallazgos logrados a través de la experimentación, en la que el control de las variables contaminadoras disminuye la validez ecológica de los resultados.

La perspectiva que adoptamos en las páginas de este capítulo aboga por la complementariedad de métodos, por la *pluralidad metodológica* de la investigación, algo admitido, sino explícitamente por todos los investigadores, sí por la mayoría que, dependiendo de las características del objeto de estudio y justificando con rigor su aplicación, contemplan la utilización de diversos métodos y técnicas, tanto experimentales como no experimentales.

A todo lo que acabamos de mencionar se añaden dos particularidades de nuestra disciplina, la terapia ocupacional: la primera, su relativamente reciente incorporación a las ciencias de la salud y su escasa tradición en lo que respecta a la investigación y, la segunda, la perspectiva *holística* que adopta al interpretar la salud y la influencia en ella de la ocupación. Estas dos peculiaridades hacen recomendable que en terapia ocupacional los estudios cualitativos exploren, profundicen y aporten explicaciones teóricas sobre resultados de estudios cuantitativos –que habitualmente se expresan estricta y únicamente en términos de relaciones entre variables. Sólo así podremos contextualizar, desarrollar y consolidar la base conceptual de nuestra disciplina, arrojando luz sobre un proceso tan complejo como es la influencia de la ocupación en

la salud mental.

Sostenemos que en terapia ocupacional es necesario aún profundizar y explorar exhaustivamente las relaciones entre la ocupación y la salud, consolidando nuestra área de conocimiento, todavía en formación, para generar *nuevos conocimientos* que puedan combinarse y apoyar las evidencias sobre la efectividad de nuestro quehacer profesional.

Además, nuestra perspectiva holística apoya una concepción de la salud y la enfermedad mental en la que los aspectos sociales, culturales e históricos cumplen un papel protagonista en la vivencia subjetiva de las personas con las que trabajamos y todos estos elementos difícilmente pueden analizarse con el método experimental.

En definitiva, a nuestro modo de entender, equiparar investigación con el método experimental es un error que simplifica, reduce y pervierte la labor investigadora. No existe un método «único» o «mejor» para investigar, puesto que su bondad depende el objeto de estudio y de la naturaleza de la pregunta que sostiene cada investigación.

El proceso de investigación: principales fases y procedimientos

De manera general el proceso de investigación se articula alrededor de una serie de fases, que hacen explícito tanto el procedimiento como la forma de acercamiento a la realidad que validan o invalidan los resultados. A grandes rasgos puede dividirse en cinco grandes fases (5):

- Formulación del marco teórico y/o especificación del problema.
- Operacionalización de la teoría: generar hipótesis, objetivos y el diseño de la investigación.
- Selección de los métodos y técnicas de la investigación.
- Recogida de datos.
- Análisis e interpretación de los datos o la información y comunicación de los resultados de la investigación.

El proceso de toma de decisiones para la consecución de los objetivos particulares en cada una de estas fases de la elaboración de un proyecto nos permitirá implementar la investigación y condicionará el tipo de información obtenida.

Antes de continuar describiendo estas fases nos gustaría aclarar que podemos distinguir distintos tipos de investigación. Así, tradicionalmente, diferenciamos entre investigación *básica* –aquella que no se interesa, en principio, por las repercusiones prácticas de sus hallazgos –; *aplicada* –orientada principalmente a la resolución de problemas prácticos– y la *evaluativa* –ligada a la evaluación y aplicación de intervenciones clínicas o sociales.

Además, en función de su objetivo principal, podemos distinguir investigaciones de índole:

- *Descriptivo*: en este caso el objetivo central es describir una realidad observada, aportando descripciones amplias y ricas de un fenómeno en un contexto dado, que conforman un marco teórico de conocimiento. También permite medir con exactitud aquellas variables que se definen en el marco teórico y que entran en juego en el fenómeno que se estudia.
- *Exploratorio*: cuyo objetivo es preparar una investigación más elaborada o de mayor calado. Habitualmente se emplea como una primera aproximación al fenómeno que va a investigarse, para elaborar un buen marco teórico y conocer mejor la población, para luego establecer la muestra o para seleccionar mejor las técnicas o métodos que van a emplearse. Permite explorar el objeto de estudio, con

el fin de conocerlo de manera más exhaustiva, para formular las hipótesis con mayor precisión. Aborda y trata de identificar conceptos o relaciones previamente ignorados o sin teorizar. Frecuentemente, se asocia con la investigación cualitativa

- *Explicativo*: en el que se trata de elaborar o explicar la relación entre dos o más variables concretas. Se centra en establecer relaciones causales y comprender las pautas observadas en estudios anteriores. Más a menudo se asocia con la investigación cuantitativa, cuando el propósito es contrastar hipótesis.

Como anticipábamos anteriormente, también es clásica la diferencia entre investigación cuantitativa y cualitativa. Así, *investigación cualitativa* es una expresión que hace referencia a un conjunto de asunciones teóricas, conceptos y métodos (que se apoya en técnicas cualitativas de investigación, caracterizadas por su escasa formalización y carácter abierto) formados a partir de una compleja e interrelacionada tradición de investigación en diversas disciplinas y áreas de conocimiento. Su énfasis se coloca en la *exploración y comprensión en profundidad* del fenómeno analizado, sin preocuparse en exceso por la representatividad estadística. Históricamente, la investigación cualitativa se ha asociado con la antropología, la sociología, la pedagogía y determinadas áreas de estudio de la psicología.

Por su parte, la *investigación cuantitativa* emplea técnicas de producción de datos. Se centra en la medición y representatividad de los resultados; su propósito es hacer comparaciones entre grupos y explicar las causas y efectos de las relaciones entre variables. Tradicionalmente, la investigación cuantitativa se vincula con la medicina y con algunas áreas de la psicología (la modificación de conducta y la psicología diferencial, entre otras).

Considerando todo lo dicho hasta este momento, posteriormente, en el apartado «Selección de las técnicas, métodos y diseños de la investigación», describiremos las características básicas de las principales técnicas de investigación, tanto cuantitativas como cualitativas, que se seleccionan de acuerdo con los objetivos generales y específicos planteados en cada proyecto.

Formulación del marco teórico y/o especificación del problema

Los problemas que son germen de un proyecto de investigación surgen en aquellas facetas de la realidad en las que las formulaciones teóricas previas, resultado del cuerpo de conocimientos disponibles hasta ese momento, no aportan explicaciones suficientes. De esta forma, surgen frente a la aparición de hechos o eventos de la realidad que no pueden ser explicados satisfactoriamente por las teorías incluidas en el cuerpo de conocimientos de una determinada área o disciplina científica. A partir de aquí, de este tipo de problemas, comienza la investigación y, en consecuencia, el desarrollo de un proyecto. Las teorías propuestas por otros investigadores suponen el caldo de cultivo de nuevos proyectos. Una propuesta teórica supone nuevos problemas científicos y, en función de ellos, nuevas líneas de investigación. Hoy día, cualquier investigación parte de las teorías formuladas previamente que intentan dar una respuesta al mismo problema que se plantea esa investigación. De alguna manera, y como explicita Wright Mills (1996;135), dominar la investigación se fundamenta en el dominio de la teoría y del método, sin ser dominado por ninguno de ellos:

«El objetivo primordial de ambas cosas es la claridad de concepción y la economía del procedimiento [...]. Dominar el método y la teoría es haber llegado a ser un pensador consciente de sí mismo. Ser dominado por el método y la teoría es no poder trabajar» (3).

Así, de manera general podemos definir una teoría como una explicación –o proposición de explicación provisional– de un conjunto de hechos de la naturaleza. Las teorías aportan una representación simbólica de las relaciones observadas entre determinados hechos de la naturaleza, los mecanismos subyacentes y las relaciones inferidas que pretenden explicar los hechos observados. Para Bunge (6), las teorías son tejidos de leyes por medio de las cuales entendemos y prevemos acontecimientos

Las teorías tienen como objetivo principal:

- Sistematizar el conocimiento, poniendo en relación elementos de los que anteriormente se desconocía tal relación.
- Aportar explicaciones de los hechos de la realidad.
- Aumentar el conocimiento científico.
- Posibilitar la formulación de hipótesis que resulten contrastables, poniendo las hipótesis a prueba con los hechos de la realidad que se intenta explicar.
- Orientar la investigación, al arrojar problemas científicos que serán la directriz de nuevas investigaciones.

Las principales formas de teorizar dentro del ámbito de las ciencias humanas se apoyan en la inducción, la generación de hipótesis y deducciones basadas en dichas hipótesis y la creación de modelos teóricos⁴.

En la medida en que las teorías pueden hacerse cargo, con mayor o menor éxito, de los hechos que pretenden explicar, permanecen o son rechazadas para ser sustituidas por nuevas formulaciones teóricas que ofrezcan una explicación más fiel de la parcela de la realidad que tratan de explicar.

Las *hipótesis y/o objetivos* de investigación surgen de un entramado teórico y representan formulaciones tentativas sobre hechos de la naturaleza que están implícitas, total o parcialmente, en la teoría de la que se extraen. Las hipótesis se elaboran de tal forma que puedan ser contrastables con la realidad y, debido a su relación con la teoría de la que surgen, apoyar o rechazar ésta⁵.

Los nuevos datos recogidos durante una investigación se ponen en relación con las teorías anteriormente formuladas, con el objetivo de confirmarlas, matizarlas o rechazarlas. Cada nueva aportación de datos se relacionará con teorías anteriores, donde pudieran tener cabida o, si es el caso, dar lugar a la elaboración de nuevas formulaciones teóricas.

Por su parte, los hechos o eventos de la realidad se constituyen en la materia esencial de la investigación científica. Un *hecho* es cualquier acontecimiento de la realidad objeto de estudio de una o varias disciplinas. Las medidas que realicemos de los «hechos» son los datos que construimos en cualquier proceso de investigación. Entre las diferentes definiciones de «hecho» se encuentra la que considera que un hecho es una percepción vista a través de un marco de referencia teórico.

Por tanto, debemos asumir que la aproximación del investigador a los problemas objeto de estudio no es directa; está mediada por un marco teórico concreto en el que se ubican los problemas tratados –o de otro modo, «no somos pizarras en blanco», sino que la teoría nos conforma y guía nuestras observaciones e intereses.

Así, si los investigadores no son capaces de reconocer su orientación teórica y cómo dicha orientación influye y condiciona su objeto de estudio, la elección de los temas, métodos y técnicas de investigación, están condenados a confundir su forma de investigar con la única posible o legítima.

En consecuencia, para aproximarnos al tema de investigación es absolutamente imprescindible elaborar una *revisión bibliográfica*, lo más completa y exhaustiva posible⁶, que posibilite conocer los estudios y desarrollos realizados sobre el problema científico que se intenta investigar.

En la actualidad, en el ámbito de las ciencias de la salud, la *práctica basada en la evidencia*, definida como la toma de decisiones basadas en un uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos aplicados al tratamiento de cada paciente, ha situado la revisión de la literatura científica en un lugar de capital importancia tanto en la clínica como en la investigación⁷.

Resumiendo, de lo dicho hasta este momento podemos concluir que el primer paso de cualquier investigación científica viene determinado por una definición del problema que abordamos y del cual deseamos adquirir nuevos conocimientos que mejoren nuestra comprensión de los fenómenos objeto de estudio.

La definición del problema debe verse precedida por la formulación de preguntas que surgen en general de líneas de investigación anteriores⁸, identificadas gracias a la búsqueda documental. Estas preguntas tienen determinadas particularidades; no pueden ser preguntas demasiado amplias, genéricas o baladís; deben tener la suficiente determinación como para resultar fructíferas y aportar nuevos conocimientos o, al menos, ponerse en relación con formulaciones teóricas previas. Así, deben ser preguntas bien definidas y determinadas con visos de fecundidad y verosimilitud.

El objetivo principal que debe lograrse durante la definición del problema es el establecimiento de relaciones causales, analógicas o de interacción, motor último de la investigación científica.

En definitiva, una teoría es la unión de conceptos estableciendo relaciones entre ellos cuyos enunciados adquieren la forma de proposiciones. Estas relaciones fluctúan, de manera general, entre la covariación (relaciones de variación conjunta de los conceptos) y la causalidad (relación explicativa entre ellos).

La formulación del marco teórico o definición del objeto de estudio de una investigación requiere, como mínimo (7):

- Definición de los conceptos que lo componen, teniendo en cuenta que un concepto es una palabra o símbolo de una idea que debe estar correctamente definida y delimitada.
- Referentes empíricos de los conceptos utilizados, esto es, el concepto debe hacer referencia a algo que es directa o indirectamente observable.
- Alcance teórico, es decir, un concepto tiene valor teórico cuando está relacionado con otros conceptos de la teoría en un número suficiente como para desempeñar un papel importante en la explicación de los hechos observados.

Como resultado de este proceso de elaboración, definición y desarrollo del marco teórico de la investigación debemos obtener la *definición del objeto de estudio*.

Operacionalización de la teoría

De alguna manera podríamos decir que la operacionalización del marco teórico de una investigación es el nexo de unión entre la teoría y la observación de la realidad, el proceso por el cual se seleccionan los fenómenos observables que representan los conceptos abstractos de la teoría.

A través de la teoría se ha delimitado el objeto de estudio, pero éste suele quedar definido con magnitudes difícilmente abarcables en una sola investigación, por lo que se trata ahora de responder a la pregunta: dentro del fenómeno definido por la teoría, ¿cuál es el objetivo de la investigación? En el complejo escenario del objeto de estudio que pretendo estudiar: ¿cuáles son los elementos concretos, mis objetivos?

En este momento definimos, caracterizamos y delimitamos el objetivo de la investigación. Si la primera fase del proceso de investigación está bien elaborada, la totalidad de los contenidos necesarios para caracterizar el objetivo de investigación se encuentra en el marco teórico. Debemos, por tanto, organizarlos y relacionarlos de tal manera que podamos medirlos con los instrumentos apropiados para extraer la información adecuada; esto es, establecer los objetivos específicos y las fases para la consecución del objetivo general.

La elaboración de los objetivos específicos de la investigación no es más que la fragmentación del objetivo general en fases controlables y medibles. Para ello, debemos completar los siguientes indicadores (7):

- *Dimensiones* del fenómeno de estudio: la realidad que compone el objetivo de investigación no es única, sino un conjunto de realidades o fenómenos que se ponen en relación en el objeto de estudio. Debemos determinar cada uno de estos hechos o fenómenos.
- *Perspectivas* de análisis o la mirada del investigador: se trata de definirnos, de explicitar desde que mirada vamos a observar esta o estas realidad o realidades. No es lo mismo mirar desde un telescopio –datos macroestadísticos –, que desde un microscopio –entrevista en profundidad y observación participante con un sujeto o su familia –. La intencionalidad de la mirada es muy distinta. Determinar si nuestra mirada es «macro» o «micro», si su enfoque es *etic* o *emic*⁹, si vamos a observar la realidad desde su perspectiva estructural o simbólica son algunas de las preguntas que debemos hacernos.
- *Carácter* o *limitación* de la investigación: es hasta dónde podemos y queremos llegar. Nuestro objetivo de investigación pretende explorar y describir un fenómeno o explicar cómo se producen las relaciones entre las partes constitutivas de éste, o incluso, ambas cuestiones.
- *Agentes* o actores implicados en el fenómeno: quiénes, cuántos y con qué

importancia. La definición de actores depende en gran medida de la elaboración exhaustiva de las dimensiones, perspectiva y carácter de la investigación.

La confluencia de las dimensiones, las perspectivas de análisis, el carácter de la investigación y los actores darán como resultado la enumeración de los objetivos específicos. Debemos tener en cuenta que la correcta realización y elaboración de cada uno de los objetivos específicos debe permitirnos responder al objetivo general.

En función del objetivo general, los objetivos específicos y/o las hipótesis planteadas se seleccionan las técnicas de la investigación.

Al plan o proyecto que guía el proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos o las informaciones que se desean recoger de la realidad se le denomina *diseño de investigación*.

Selección de las técnicas, métodos y diseños de la investigación

Como sostuvimos anteriormente, la naturaleza de los objetivos específicos debe indicarnos el tipo de técnica o método que debe emplearse. De manera genérica, si un objetivo específico es de naturaleza explorativa, discursiva o simbólica debemos utilizar técnicas cualitativas, mientras que si nuestro objetivo pretende explicar de manera representativa las variables, su peso y la existencia de relaciones causales entre ellas debemos apostar por las técnicas cuantitativas¹⁰.

Insistimos de nuevo en que las técnicas y los métodos de investigación no son sustituibles sino complementarios, dado que nos permiten extraer información diferente de cada uno de ellos. La elección de la técnica no está en el investigador, sino en el objetivo u objetivos y/o hipótesis de la investigación.

Por su parte, el *diseño de investigación*¹¹ puede definirse como el plan global que integra de un modo coherente y adecuadamente ordenado las técnicas y métodos, así como los análisis previstos, en relación con los objetivos de investigación (9). La selección del diseño de investigación depende de los objetivos planteados. No se puede determinar un diseño óptimo si no es en función de los objetivos de cada fase de investigación, la idoneidad de la selección del diseño se encuentra en la adecuación a los objetivos. Así, Alvira determina:

«De aquí se deduce que un buen diseño de investigación es, ante todo, función de los objetivos fijados y que no puede hablarse de un solo tipo de diseño de investigación como diseño prototípico a utilizar en todo momento y lugar [...]. Sólo conociendo los objetivos específicos de una investigación cabría construir un diseño adecuado» (9).

Los métodos y técnicas cuantitativas permiten determinar la existencia de relaciones entre dos o más variables, su dirección, fuerza y naturaleza de manera estadísticamente significativa. Para que esto sea así, es necesario generar *hipótesis* – que no es otra cosa que una explicación tentativa de un fenómeno– que aventuren relaciones bien definidas entre determinadas variable consideradas en aquéllas. La formulación de hipótesis debe ser arriesgada evitando las extemporáneas o sin significación, que no llevarían realmente a la adquisición de conocimientos.

A partir de las hipótesis formuladas deben derivarse consecuencias lógicas, deducciones que representen a dichas conjeturas. Para ser consideradas útiles y válidas deben posibilitar el desarrollo de enunciados que puedan ser contrastados con la realidad y que, en consecuencia, den lugar a condiciones experimentales que posibiliten su contrastación. Se pueden definir como la afirmación comprobable de una relación potencial entre dos o más variables.

También es necesario seleccionar una técnica (o conjunto de técnicas) o un diseño experimental que resulte adecuado para la contrastación de las consecuencias deducidas de las hipótesis formuladas y, por tanto, de ellas mismas. Las técnicas y los diseños experimentales elegidos también han de ser contrastados como válidos, para estimar su relevancia y trascendencia en relación con cómo, a partir de ellos, quedan contrastadas las hipótesis.

Por su parte, los métodos y técnicas cualitativas permiten el estudio, uso y análisis de un conjunto variado de información empírica –utilizando diferentes procedimientos o fuentes como, entre otros, el estudio de caso, las narraciones personales, artefactos culturales, textos, entrevistas o la observación–, con el objetivo de desarrollar un profundo entendimiento del objeto o del fenómeno investigado. Para que esto sea así, es necesario generar *objetivos* de investigación que arrancan con preguntas sobre *cómo* o *qué*, que nos permiten explorar y describir la realidad que se aborda. Dicho de otra forma, la investigación cualitativa trata de responder a preguntas de investigación relacionadas con la experiencia subjetiva de los individuos y con su percepción de la realidad, en aquellos tópicos de investigación relacionados con aspectos culturales, sociales, económicos, legales, históricos, simbólicos o subjetivos que influyen en el fenómeno de la salud y la enfermedad, en nuestro caso particular, la mental.

A nuestro modo de entender, la investigación cualitativa en terapia ocupacional (más si cabe en el ámbito de la salud mental) debe adquirir gran relevancia. Esto es así en la medida en que la forma en que se concibe la enfermedad y la salud mental es inseparable de las dimensiones sociales y culturales del fenómeno. Además, nuestro saber, nos referimos al del terapeuta ocupacional, es un saber social, con funciones y efectos sociales; se inscribe en un entramado ideológico, político, económico e histórico que lo conforma y condiciona y, desde nuestro punto de vista, sólo la tradición de la investigación cualitativa puede arrojar luz sobre la influencia de estos aspectos en nuestra disciplina (v. [capítulo 1](#)). Pensamos que complementar las concepciones biologicistas de los trastornos psiquiátricos siempre enriquecerá la compleja, subjetiva, sociohistórica y contingente noción de salud-enfermedad mental.

Las decisiones tomadas durante las tres primeras fases o etapas de una investigación se resumen de forma gráfica y esquemática en la [figura 23.1](#)¹².



Fig. 23.1 Proceso de elaboración de un proyecto de investigación.

Recoger datos e informaciones

Establecidos los objetivos específicos de la investigación y seleccionadas las técnicas, el proceso continúa con la recopilación de datos o información –sin olvidar que no sólo «recogemos» sino que también «construimos» esos datos en función de nuestras preguntas, intereses y preocupaciones. Anteriormente advertíamos que una de las características que incluíamos en nuestra conceptualización de la investigación y del método científico es la necesidad y énfasis colocado en adoptar un enfoque empírico.

En el caso de la investigación cuantitativa, la contrastación de las hipótesis formuladas con la realidad, con los hechos de la naturaleza que se pretenden explicar. Sin una contrastación empírica, la investigación científica pierde gran parte de su potencia como medio para adquirir un conocimiento fundado sobre la realidad.

Las hipótesis de las que se derivaran las teorías científicas han de ser falsables. El criterio de falsación es considerado, según un criterio estricto de científicidad, de tal forma que aquellas teorías que no puedan falsarse no son consideradas de carácter científico. El criterio de falsación se basa en la posibilidad de formular hipótesis que, contrastadas con los hechos de los que pretenden dar cuenta, sea posible considerarlas falsas. La falsación se basa en la posibilidad de que, a través de la experimentación, nuestras hipótesis explicativas puedan hacerse falsas.

Las hipótesis deben ser contrastadas según un criterio de contrastación duro. Éste supone establecer aquellas condiciones en las que las hipótesis formuladas sean con más probabilidad falsas, de forma que si se «superan» tales escenarios los postulados tendrán una mayor potencia explicativa. Este criterio de contrastación dura no siempre se realiza y, en numerosas ocasiones, las situaciones experimentales desarrolladas tienden a verificar las hipótesis formuladas. El criterio de verificación, tendente a la confirmación de las hipótesis, ha de ser considerado poco útil si seguimos las consideraciones epistemológicas actuales.

Una hipótesis contrastada con un determinado procedimiento experimental no debe ser considerada como la verdad. Las hipótesis que se contrastan en los diseños experimentales son parcelas de la realidad, representan la verificación experimental con unas condiciones muy determinadas y no suponen la verdad de algo, ya que ésta abarcaría aspectos de la realidad mucho más amplios. Los experimentos realizados deben ser replicados en otros lugares, por otros investigadores para darles una mayor potencia explicativa.

En el caso de la investigación cualitativa, la recogida de información requiere una organización sistemática que permita al investigador manejar la gran cantidad de información que se puede obtener. Habitualmente, la información se genera a partir de diversas fuentes: documentos, entrevistas, registros de audio y vídeo, diarios de campo, y anotaciones de observación. Asimismo, en el mercado se dispone de

software específico que permite la elaboración de la información. Cada investigador debe determinar sus necesidades y los instrumentos más útiles para almacenar, acceder, manipular e interpretar la información recabada.

Análisis e interpretación de datos e información y comunicación de los resultados de la investigación

Los resultados obtenidos en una investigación, ya sea a través de la contrastación de hipótesis, ya sea por cualquier otro método o técnica, deben ser *interpretados*. La interpretación de los resultados tendrá en cuenta la profundidad del análisis y las dimensiones de la investigación; basándose en ellas será mayor o menor la amplitud de las consecuencias deducidas. Así, se determinan las facetas de la realidad para las que podemos concluir que son relevantes los datos e informaciones obtenidos y a las que son aplicables nuestras hipótesis y conclusiones; por tanto, nuestras aproximaciones de explicación de la realidad.

El análisis, interpretación y comunicación de los resultados obtenidos se realiza a través de diferentes medios de comunicación científica (libros, artículos y comunicaciones, entre otros.) en los que se incluyen las características del trabajo de investigación, especificando paso a paso la realización de ésta, las conclusiones obtenidas y sus limitaciones. Para revisar con más detalle las características de la comunicación científica, el lector debe consultar el documento «Comunicación científica en terapia ocupacional», que puede encontrar en la página web asociada a este capítulo.

Conclusiones

- Las relaciones entre la investigación, la base conceptual y la práctica profesional en terapia ocupacional son inherentes y dan forma a nuestra disciplina a lo largo del tiempo.
- La pluralidad metodológica en investigación es una estrategia eficaz para profundizar y explorar exhaustivamente las relaciones entre la ocupación y la salud.
- La selección de las técnicas y métodos para desarrollar un proyecto de investigación no depende de las preferencias del investigador, sino de los objetivos propuestos en el estudio.
- La comunicación científica es el medio que nos permite crear, distribuir, usar y atesorar el conocimiento en nuestra disciplina; por ello es una destreza básica e imprescindible entre los terapeutas ocupacionales.

Bibliografía

Habermas J. Teoría analítica de la ciencia y dialéctica. In: Adorno T.W., ed. *La disputa del positivismo en la sociología alemana*. 1.^a ed. Barcelona: Grijalbo; 1973:120–140.

Durkheim E. Las reglas del método sociológico y otros escritos, 1.^a ed, Buenos Aires: Losada, 2007.

Wright Mills C. La imaginación sociológica, 1.^a ed, Madrid: FCEE, 1996.

Kunze M. La ciencia, su método y su filosofía, 1.^a ed, Buenos Aires: Siglo XXI, 1985.

Manheim J.B., Rich R.C. Análisis político empírico. Métodos de investigación en Ciencia Política. 1.^a ed. Madrid: Alianza; 1988.

Rubio M.J., Varas J. El análisis de la realidad en la intervención social: Métodos y Técnicas, 1.^a ed, Madrid: Editorial CCS, 2004.

Moruno Miralles P., Herranz Aguayo I. Investigación cuantitativa Definición. Concepto de población, muestra y variable. Tipos de estudios. In: Navarrón Cuevas E., Domingo Sanz M.A., Ortega Valdivieso A. *Terapeutas Ocupacionales. Servicio Andaluz de Salud*. 1.^a ed. Sevilla: MAD; 2007:193–217.

Harris M. Antropología cultural, 1.^a ed, Madrid: Alianza Editorial, 2005.

Jarcía Ferrando M., Ibáñez J., Alvira F. El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación, 1.^a ed, Madrid: Alianza Universidad, 1994.

Autoevaluación capítulo 23

1. ¿Cuál es la definición de comunicación científica?
 - a. Es el sistema por el cual científicos e investigadores crean, distribuyen, usan y conservan sus trabajos.
 - b. Además de lo anterior, la comunicación científica constituye el producto final de la investigación.
 - c. Es un proceso de escritura científica y observacional.
 - d. Es el resultado práctico de una labor teórica y clínica.
 - e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. La comunicación científica es el sistema por el cual científicos e investigadores crean, distribuyen, usan y conservan sus trabajos. En este sentido, la comunicación constituye el producto final de la investigación. Las razones que motivan a un autor a escribir un artículo científico pueden ser tanto de índole profesional (requisito de una investigación, difusión del conocimiento), como personal (reconocimiento).

2. ¿Cuáles son las formas más adecuadas de transmisión de la comunicación científica?
 - a. Libros o monografías.
 - b. Revistas científicas.
 - c. Comunicación oral.
 - d. El póster o cartel.
 - e. Todas son correctas.

Correcta: *e*. Libros o monografías. Revistas científicas. Comunicación oral. El póster o cartel.

3. ¿Cuáles son las partes de un artículo original?
 - a. Introducción, metodología, resultados, discusión.
 - b. Introducción, metodología, objetivos, resultados, discusión.
 - c. Introducción, objetivos, resultados, discusión.
 - d. Introducción, metodología, objetivos, resultados, resultados globales, discusión.
 - e. Introducción, resumen, metodología, resultados, discusión.

Correcta: *a*. Sin duda alguna, el canal más habitual de transmisión del conocimiento dentro de esta tipología es el artículo de investigación. La estructura de este tipo de documentos viene muy determinada por los *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas*, pero en líneas generales sigue estas

pautas. Aunque es cierto que la mayoría de las revistas científicas tienen establecido un estilo bibliográfico muy definido, en el ámbito de la terapia ocupacional existe una gran dispersión en este aspecto. Si analizamos una gran parte de las revistas internacionales, éstas emplean el estilo APA frente a las españolas, que utilizan el denominado Estilo Vancouver. Esto viene determinado porque, hasta hace poco, apenas existían revistas específicas de estas disciplinas y por lo tanto el terapeuta publicaba en revistas de rehabilitación o ciencias afines, la mayoría de las cuales empleaba el Estilo Vancouver.

4. ¿Qué entendemos por terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE)?
- Un modo de pensar críticamente sobre todos los aspectos de la terapia ocupacional, utilizando el potencial de las fuentes documentales basadas en la evidencia de forma consciente, juiciosa, explícita y crítica, dentro de un marco de reflexión y razonamiento clínico.
 - Un modo de aplicar fuentes documentales, dentro de un marco de reflexión y razonamiento médico.
 - Es un proceso que se encuentra dentro de la lectura científica.
 - Todas son correctas.
 - Ninguna es correcta.

Correcta: *a*. La TOBE es un modo de pensar críticamente sobre todos los aspectos de la terapia ocupacional, utilizando el potencial de las fuentes documentales basadas en la evidencia de forma consciente, juiciosa, explícita y crítica, dentro de un marco de reflexión y razonamiento clínico.

5. La metodología de la TOBE se estructura en los siguientes apartados:
- Formulación de la pregunta, búsqueda de la evidencia y evaluación crítica de la literatura localizada.
 - Búsqueda de literatura en manuales de calidad y lectura crítica de los resultados.
 - Localización manual de artículos de interés.
 - Todas son correctas.
 - Ninguna es correcta.

Correcta: *a*. Para la identificación de un problema, la TOBE sigue una metodología para su aplicación práctica consistente en varias fases: formulación de la pregunta, búsqueda de la evidencia y evaluación crítica de la literatura localizada.

6. Las siglas del formato PICO son el acrónimo de:
- Patología, intervención, comparación y obstáculos
 - Patient (paciente), Intervention (intervención), Comparison (comparación) y Outcome (resultado).

- c. Principios introductorios de la competencia ocupacional.
- d. Todas son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *b*. El formato PICO consiste en convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta, a través de la identificación de los cuatro elementos básicos: *Patient* (paciente), *Intervention* (intervención), *Comparison* (comparación) y *Outcome* (resultado).

7. Las revisiones sistemáticas son:

- a. Las revisiones que resumen y analizan la evidencia respecto a una pregunta específica, de modo estructurado, explícito y sistemático.
- b. Revisiones aleatorias que se actualizan de modo sistemático.
- c. Recisiones que siguen los criterios de búsqueda subjetivos del investigador.
- d. Ninguna de las anteriores.
- e. Todas las anteriores.

Correcta: *a*. En el ámbito de la TOBE son uno de los documentos con mayor nivel de evidencia, entendidas como aquellas revisiones que resumen y analizan la evidencia respecto a una pregunta específica, de modo estructurado, explícito y sistemático.

8. Trip database es un recurso de utilidad para la localización de evidencia científica. Podría ser clasificado como un:

- a. CAT.
- b. Base de datos de revisiones sistemáticas.
- c. Metabuscador.
- d. Todas son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

Correcta: *c*. Los metabuscadores son recursos que facilitan el acceso a la información sobre evidencia contenida en varias bases de datos y otros recursos dispersos por Internet. *TRIP database* y su versión española, *Excelencia clínica* son de los metabuscadores más utilizados, al recoger las principales fuentes de evidencia científica (guías de práctica clínica, metanálisis, etc.).

¹ Aunque es habitual que el recorrido habitual de un investigador se inicie con su participación en un departamento, lo que le permite, antes incluso de finalizar su capacitación, adquirir experiencia progresivamente a lo largo de los años. También se realiza investigación en instituciones especializadas (como el CSIC) o en la empresa privada.

² En el documento anexo. «Características del método científico» en el portal web de este capítulo resumimos sus características principales.

- ³ Desde el mesmerismo, al conductismo, pasando por el darwinismo social, el psicoanálisis, la etnografía, la sociología o la neurociencia, por citar sólo algunos, podemos contemplar la diversidad de métodos y enfoques que han caracterizado el estudio del comportamiento humano a lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX, lo que, sin duda, puede hacer que nuestra visión actual sea más modesta y relativista.
- ⁴ En el documento anexo «Teorías inductivas, deductivas y modelos teóricos», en el portal web de este capítulo resumimos sus características principales.
- ⁵ Las *leyes* científicas podríamos definir las como aquellas hipótesis que reúnen ciertas características particulares. Son hipótesis que han sido contrastadas con la realidad y verificadas; por lo tanto, reflejan los mecanismos y relaciones constantes que subyacen a un determinado fenómeno.
- ⁶ Esta revisión bibliográfica puede realizarse en función de diferentes criterios, entre otros: los principales conceptos incorporados a la investigación, estudios o investigaciones similares, datos disponibles o intervalos temporales relevantes.
- ⁷ Para conocer con mayor detalle las características de la terapia ocupacional basada en la evidencia (TOBE), puede consultarse el documento en el portal web de este capítulo.
- ⁸ Otra fuente de problemas científicos es la propia realidad objeto de estudio, aunque son raras las investigaciones realizadas sobre la realidad directamente.
- ⁹ En la mayoría de las ocasiones, los conceptos del antropólogo, sus categorías, son diferentes de los de los «nativos» que estudia. No sólo es el investigador quien trabaja y reflexiona de acuerdo con un marco conceptual, sino que también las personas a las que estudia piensan y actúan según su propio marco conceptual. De ahí surge la necesidad de pensar la realidad según la perspectiva *etic* y *emic*. Se trata, más que de una oposición conceptual polarizada, de una perspectiva que, al mismo tiempo y de modo complementario, maneja dos visiones y categorizaciones de la realidad para asegurar una mejor aproximación y comprensión del problema investigado. Una visión externa, la del investigador, denominada *etic*, y una visión interna, la del nativo o sujeto investigado, denominada *emic*; esta última es la que nos permite acceder a la lógica del grupo que estamos investigando. Según Harris (8), una descripción *etic* está realizada en términos que involucran conceptos considerados adecuados por la comunidad científica para llevar adelante su tarea de análisis antropológico. Una descripción *emic* estaría hecha utilizando distinciones y contrastes que los agentes descritos consideran significativos, con sentido, reales, verdaderos o, en cualquier caso, apropiados. Una descripción *emic* sería refutada si los agentes descritos se muestran disconformes con ella.
- ¹⁰ Este criterio general no impide que puedan usarse también técnicas cuantitativas para describir o explicar un determinado tema de estudio o investigación. Las tradiciones en el empleo de unas técnicas y métodos u otros marca también en muchas ocasiones la selección. Así, el diseño de experimentos domina en áreas

de conocimiento como la medicina o la psicología, mientras que la encuesta o la entrevista en profundidad predomina en el ámbito de las ciencias sociales.

- ¹¹ Nos gustaría señalar la diferencia entre «diseño de investigación» y «diseño de investigación experimental». En el primer caso nos referimos al plan global de acción de cualquier tipo de investigación. En el segundo, a distintos procedimientos para la realización de investigaciones de carácter experimental (v. el documento anexo, Técnicas de Investigación Cualitativas, asociado con la web para este capítulo).
- ¹² En los anexos Técnicas de investigación cualitativas y Técnicas de investigación cuantitativas que se encuentran en portal web asociado con este capítulo, se describen los pormenores de algunas de las principales técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa.

Bibliografía

- World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion; 1986.
- Iermann H., Shekhar S., Moodie R. *Promoting Mental Health: Concepts; Emerging Evidence; Practice*, 1.^a ed. Geneva: World Health Organisation; 2005.
- An Encyclopaedia Britannica. Springfield. Consulta realizada 10/04/2011. Disponible en: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/peace?show=0&t=1302880342>.
- World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century; 1998.
- ast J.M. *Public Health and Preventive Medicine*, 1.^a ed. Stamford: Appleton & Lange; 1987.
- burton R. *Anatomy of Melancholy*. 1.^a ed. Oxford: Henry Cripps; 1651.
- browne W.A. *What Asylums Were, Are, and Ought to Be*, 1.^a ed. London: Adam and Charles Black; 1837.
- Vilcock A.A. *Occupation for Health: Vol. 1. A Journey from Self Health to Prescription*. London: COT; 2002.
- Vest W. The emerging health model of occupational therapy practice. Zurich: 5th WFOT Congress; 1970.
- Cromwell F. Our Challenges in the Seventies. Zurich: 5th WFOT Congress; 1970. p. 232-8.
- Finn G. The occupational therapist in prevention programs. *Am J Occup Ther*. 1972; (2):49–66.
- World Health Organization. *Health for All in the Twenty-first Century. Document A51/5*. Geneva: WHO; 1998.
- World Federation of Occupational Therapists. Position Paper 2006: Human Rights- 21July 2006.

Índice alfabético

Los números de página seguidos de f remiten a figuras, de c a cuadros y de t a tablas.

A

Abordajes, 122

Actividad(es), 299, 300, 301, 305, 307

adaptación, 307

análisis, 300

y adaptación de la, 127

artísticas. *See Actividades creativas.*

básicas de la vida diaria (ABVD), 265, 442

con propósito, 26-27

concepto de, 23-29

significado, 299

cotidianas, 39

creativas, 461

objetivos, 465

programación de, 466-468

y desempeño en áreas de ocupación, 465

y promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, 465

y recuperación de capacidades y destrezas, 465

demandas de la, 102, 305

diagnóstica, 100

elecciones de, 75

física, 424

características, 425

definición, 424

diseño de programas de, 432-438

efectos

 fisiológicos, 426

 psicológicos, 426-427

evaluación de la, 430

graduación y adaptación, 433

herramientas de evaluación, 431

y barreras, 432

y estado de salud, 431-432

y motivación, 430-431

y participación social, 429-430

y promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, 428-429

y recuperación de capacidades y destrezas, 429

graduación, 307

instrumentales de la vida diaria (AIVD), 265, 442

modelos de análisis, 301

relevancia clínica, 117

y organización del tiempo, 30

Adaptación y diseño de puesto de trabajo, 276
 análisis de puestos de trabajo, 277

Administración. *See Gestión.*

Agenda personal, 362

Agentes sociales, 9

Alienismo, 9

Allen, Claudia, 63

Análisis de costes y beneficios, 450

Antipsiquiatría, 11

Aplicaciones de ordenador, 381
 JClic, 382
 LIM (Libros Interactivos Multimedia), 381

Apoyo a la formación, 274

Aprendizaje, 476
 basado en problemas, 476
 contrato, 476
 cooperativo, 476
 orientado a proyectos, 476
 vicario, 444

Áreas de ocupación, 102*t*

Asistencia psiquiátrica, 188
 red de un área sanitaria, 192*f*

Atención primaria salud (APS), 168, 169
 accesible, 168
 activa, 168
 comunitaria, 168
 continuada, 168
 docente, 169
 integrada, 168
 integral, 168
 investigadora, 169
 participativa, 168
 prestaciones, 169
 programada, 169
 trabajo en equipo, 168

Autoevaluación, 451

Autoobservación y autorregistro, 450-451

B

Brown, Catana, [63](#)

Bruner, Jerome, [25](#)

C

Cambios

- institucionales, 9
- políticos, 9

Causalidad personal, 76

Centros

- de rehabilitación laboral (CRL), 261
 - pautas de intervención terapia ocupacional, 264
- psicosocial, 230-243
 - apoyo y soporte social, 235
 - características, 230-231
 - fases de intervención, 234T
 - gestión del departamento de terapia ocupacional en, 369
 - intervenciones grupales, 235
 - objetivos
 - de terapia ocupacional en, 239-241
 - y funciones, 231-236
 - pautas de intervención de terapia ocupacional en, 241-243
 - perfil de la población, 236-239
 - programas y espacios terapéuticos de terapia ocupacional en las, 243
tabla 10.4
- de salud mental, 193
 - características, 193
 - gestión del departamento de terapia ocupacional en, 368
 - objetivos
 - de terapia ocupacional en los, 197
 - y funciones, 194
 - pautas de intervención de terapia ocupacional en los, 199
 - población diana, 196
 - programas y espacios terapéuticos de terapia ocupacional en los, 201t
- residenciales, 243-250
 - dispositivos, 244
 - tipos de estancia, 244

Clark, Florence A., 24

Clasificación

- de los trastornos mentales, 37
- Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, 92

Código de Ética de la American Occupational Therapy Association, 158

Competencias específicas, 478

Comunicación, 382
Boardmaker
 con Speaking Dynamically, 383
 versión, 6, 383
Communicate In Print, 2, 383
Escribir con Símbolos 2000, 383
Proyecto In-TIC, 382
Sicla, 382
The Grid 2.0, 382
TICO (Tableros Interactivos de Comunicación), 383

Condicionamiento
 clásico, 444
 operante, 444

Conocimiento, 5
 cultural, 5
 social, 5

Construcción de las enfermedades mentales, 12
 social, 12

Contexto, 103T, 311

Contrato
 de contingencias, 451
 terapéutico, 114

Control, 355, 367
 de estímulos, 451
 finalidad, 367
 relación con la planificación, 359
 y mejora de la calidad, 367

Co-terapeutas, 18

Cotidianidad, 30

Creatividad, 458
 estados de la, 462
 etapas, 464
 perspectivas teóricas, 459

Cribado, 99-101
 funciones, 99
 procedimientos, 100
 proceso de toma de decisiones, 99
 pruebas estandarizadas de, 101c

Cultura, 16

Charcot, Jean-Martin, 41

D

Datos, 498

Demandas de la actividad, 105c

Departamento de terapia ocupacional, 356
gestión en recursos especializados, 369
memoria de actividades del, 362t, 367

Deporte, 424

Depresión, 13, 297

Derivación, 97
funciones, 97
modalidad, 98
razonamiento clínico durante la, 98

Desempeño, 33
capacidad de desempeño, 77
destrezas de, 103t, 442
ocupacional, 91, 296, 297, 298
análisis, 297
concepto, 296
definición, 91, 94
graduación, 298
según modelo canadiense, 82
componentes, 82
según MOHO, 73, 75, 77, 79
componente, 78

Destrezas, 26-27, 34
de desempeño, 102
entrenamiento de, 70, 452-455

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), 11

Diagnóstico, 18, 37, 38, 142, 325
definición, 325
esquema, 326
ocupacional, 107, 114, 142, 145, 153, 318, 328-331
clasificación, 328
componente(s), 329
básicos, 107, 115
descriptivo, 107
explicativo, 108
utilidad, 329

psiquiátrico, 38

Dirección, 355, 364-367
funciones de, 364

Documentación, 136, 138, 139
estructura, 137, 139
intención y estilo, 137
principios generales, 136
registro clínico, 136

E

Economía de fichas, 451

Ejercicio físico, 424

Empleo protegido, 260
centro especial de empleo, 261
empresas de inserción, 261
enclave laboral, 261
formación, 270

Encadenamiento, 446

Enfermedad(es), 7, 12, 16
mentales, 42
CIE-10 y, 42
clasificación, 42
crónicas, 254
DSM-IV-TR, 42
graves, 236

Enfermo, 9

Ensayo cognitivo, 451

Entorno, 311, 312 *See also Contexto.*
adaptación del, 312
análisis del, 312

Entrenamiento

de habilidades, 384
Actividades Simples Abiertas, basadas en Sonido versión 8.5 (ASAS), 384
Antiplan, 384
Grador, 384
Picto Selector, 384
en autoinstrucciones, 449-450
en solución de problemas, 452
para el empleo, 270
de ajuste laboral, 271
de asertividad laboral, 273
de habilidades de búsqueda activa de empleo, 274
de hábitos básicos de trabajo, 271

Equipo de atención primaria, 169
funciones, 169

Ergoterapia, 23

Espiritualidad, 82

Esquizofrenia, 38, 309
 catatónica, 39
 hebefrénica, 39
 indiferenciada, 39
 paranoide, 38
 residual, 38
 simple, 39

Estrés postraumático, 14
 síndrome, 14

Estudiante, 485
 deberes, 485
 derechos, 485

Estudios, 375

European Network for Quality Assurance (ENQA), 474

Evaluación, 138, 143
 comprensiva, 100-107
 procedimiento, 105-107
 continuada, 109
 de los recursos económicos, 143
 del entorno
 cultural, 143
 físico, 143
 social, 143
 ocupacional, 89, 138
 características genéricas, 93-96
 definición, 92
 finalización, 109
 funciones, 108-109
 influencia del marco teórico o modelo de práctica en la, 90
 informe de, 109
 inicial, 97

F

Factores

del cliente, 103*t*

terapéuticos, 37

Falsación, 499

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), 474

competencias, 474

Fleming, Maureen Hayes, 343

Forma

física, 425

ocupacional, 27, 31, 79

Freud, Sigmund, 337

Fuentes de información

directas, 106

indirectas, 105

G

Gestión, 354

Grupos, 396

de apoyo o sostén. *See Grupos de orientación humanista.*

de entrenamiento de habilidades sociales, 401-402

entrenamiento, 411-412

marco teórico, 402

programación de, 409-413

y recuperación de destrezas, 418

de orientación humanista, 407

características básicas, 407-409

labor del terapeuta ocupacional en los, 408-409, 415

programación de, 414-416

y promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, 417

de orientación psicodinámica, 404-406

características básicas, 404-406

fenómenos primarios en los, 405

objetivo, 406

programación de, 413-414

roles en los, 405

singularidad de su aplicación en terapia ocupacional, 406

y recuperación de vínculos sociales, 419

en terapia ocupacional, evolución histórica, 399-401

estudio de los, 396-499

fases de desarrollo de los, 398t

formación y desarrollo de los, 397t

perspectivas teóricas, 395-396

tipología de los, 398t

y participación social, 419-420

H

- Habilidad social, 401-402
 - evaluación de la, 410
 - herramientas de evaluación de la, 412*t*
 - procesos básicos de la emisión de una, 403-404
- Habilitación, 84
- Hábitos, 76
- Habitación, 76
- Hagedorn, Rosemary, 65, 67, 70
- Hecho, 494
- Herramientas de intervención, 377
 - blogs, 379
 - consola Wii de Nintendo, 380
 - cotidianas, 378
 - de apoyo de los profesionales, 387
 - específicas, 381
 - herramientas web, 381
 - Microsoft Office, 378
 - www.OpenOffice.org 3 (OOo), 379
 - tecnológicas, 371
 - Web 2.0, 378
 - Windows Movie Maker, 379
- Hipótesis, 497
 - generación temprana de, 320
 - validación de, 320
- Historia clínica
 - informatizada, 160*t*
 - orientada a problemas, 143
 - HCOP, 143
 - Weed, 143
- Hospital de día, 202-205
 - características, 203, 204*t*
 - gestión del departamento de terapia ocupacional en, 368-369
 - objetivos
 - de terapia ocupacional en, 206-208
 - y funciones, 205
 - pautas de intervención de terapia ocupacional en, 208
 - perfiles genéricos, 206

programas y espacios terapéuticos de terapia ocupacional en los, [209t](#)
Hospitalización parcial, [202](#)

I

Inclusión social, 254

Informes, 145

alta o valoración final, 151

evaluación, 145

progreso consecución de objetivos, 151

seguimiento, 155

tipos, 145

Integración, 254

en el mercado laboral, 254

laboral, 254, 256

de carácter preventivo, 254

dificultades

de la propia enfermedad, 256

del mercado laboral, 256

del prejuicio social, 256

igualdad de oportunidades, 254

participación

laboral, 254

social, 254

rehabilitación laboral, 254

social, 254

Intereses, 76

Intervención, 37, 122-129, 175

dirección de la, 128-129

estrategias de, 175

psicosocial, 37

tipos de, 122, 176

Investigación

análisis, interpretación y comunicación de los resultados de la, 500

cualitativa, 493

cuantitativa, 493

diseño de la, 497

hipótesis y/u objetivos de la, 494

objetivo de la, 496

objeto de estudio de la, 495

proceso de, 492-500

selección del, 497-498

tipos de, 492-492

K

Kielhofner, Gary, [72](#)

King, Lorna-Jean, [62](#)

Kraepelin, Emil, [16](#), [41](#)

L

Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, [477](#)

Loco, [9](#)

Locura, [7](#)

M

Marco

- de referencia teórico, 59
 - aplicaciones, 61-65, 67, 70-72
 - aplicado
 - analítico, 65-67
 - del trabajo en grupo, 67
 - características básicas, 62*t*, 66*t*, 68*t*
 - cognitivo-conductual, 71*t*
 - cualidades básicas del terapeuta, 69
 - definición, 59
 - función, 59
 - humanista, 82
 - médico, 61, 62*t*
 - psicoanalítico, 65, 66*t*
- para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y procesos, 90-92, 102

Martingly, Cheryl, 343

Memoria, 14

Mental, 7, 12, 16

Mercado laboral ordinario, 260

- acceso
 - autónomo, 260
 - tutelado, 260
- autoempleo, 260
- empleo con apoyo, 260
- intermediación laboral, 260

Método(s)

- científico, 490-491
 - vs. método experimental, 491
- terapéuticos, 127

Metodología docente, 475

- estudio de casos, 475
- lección magistral, 475
- método expositivo, 475
- resolución de ejercicios y problemas, 475

Minirresidencias, 245-250

- características, 245-246
- fases, 247
- objetivos

- de terapia ocupacional en las, 247
- específicos, 246
- pautas de intervención, 247-250
- perfil de la población, 246-247

Modalidades y medios terapéuticos, 125

Modelado, 447-448

Modelo, 10

- alienista, 10
- canadiense, 81-84
 - conceptos básicos, 82-83
 - funcionamiento y disfunción, 83
 - metodología de tratamiento, 83
 - origen, 81
 - singularidad, 81
- de la ocupación humana, 73-81
 - competencia, 79
 - conceptos básicos, 73, 79
 - cuerpo vivido, 78
 - funcionamiento y disfunción, 78-80
 - identidad, 79
 - metodología de tratamiento, 80
 - participación, 79
- de la vulnerabilidad-estrés, 64
- de práctica, 72
 - definición, 72
 - función, 72

Modificación de conducta, 443

Moldeamiento, 446

Mosey, Anne Cronin, 115-116

Motivación social, 403

Móviles, 385

- Ablah 1.0, 387
- Comunicador Personal Adaptable (CPA), 385
- Picca: Sistema de apoyo al aprendizaje, 386
- Proyecto Azahar, 386
- Sc@ut, 387

N

Neurociencia, [62](#)

No directividad, [408](#)

O

- Objetivos, 118, 148, 151
 - a corto plazo, 118, 148
 - a largo plazo, 119, 148
 - a medio plazo, 119
 - cuantificables vs. medibles, 118
 - cuantificar, 119
 - descripción de los, 119
 - encuadre temporal de los, 118
- Ocio y tiempo libre, 385
 - Messenger Visual, 385
 - Simuove, 385
 - Whizkidgames, 385
- Ocupación, 23, 287, 288
 - características inherentes a la, 27
 - como método terapéutico, 32
 - concepto de, 23-29
 - definiciones de, 24
 - desarrollo
 - filogenético y, 29
 - ontogenético y, 29
 - justicia ocupacional y, 31
 - modalidades terapéuticas de la, 32-35, 33t
 - propósito de la, 26
 - versus
 - actividad, 24
 - destreza, 27
 - y actividad, 30
 - y sentido, 30
- Ocupacional
 - adaptación, 79
 - conducta, 75
 - definición, 22
- Organización, 355
 - estilos de
 - Mundial de la Salud (OMS), 41, 371
 - organigrama de, 358
 - y características de la institución o dispositivo, 357
 - y diseño, 356
- Orientación vocacional, 266

aspectos básicos, [267](#)

P

- Paradigmas del aprendizaje, 444
- Participación social, 265
- Patrones de desempeño, 104*t*
- Pensamiento, 139*f*
 - algorítmico, 139*f*
 - analógico, 139*f*
 - deductivo, 139*t*
 - en tres pistas (*three track mind*), 321
 - inductivo, 139*f*
 - intuitivo, 139*f*
- Perfil ocupacional, 297
- Pinel, Philippe, 41
- Pisos protegidos, 245
- Plan de intervención, 148
- Planificación, 355, 358-364
 - análisis de infraestructuras y recursos materiales, 361*t*
 - de la intervención, 113
 - critérios para el, 117
 - definición, 113
 - determinación de los objetivos de la, 118-120
 - diseño de programas individuales de la, 120-127
 - establecimiento de las prioridades de la, 116-118
 - fases de, 115-128
 - funciones, 113-114
 - influencia del marco teórico o modelo de práctica en la, 113
 - Mosey, 115-116
 - razonamiento clínico, 121
 - Reed y Sanderson, 116, 124
 - valoración de resultados individuales de la, 130
 - infraestructuras, 360
 - ordenación temporal, 363
 - planning*, 361
 - recursos
 - humanos, 361
 - materiales y equipamientos, 360
- Pluralidad metodológica, 492
- Potencial de autorrealización, 69

Práctica(s)
 basada en la evidencia, 495
 centrada en el cliente, 84
 externas, 479
 actividad profesional, 479
 autoconcepto, 480
 comprender la cultura, 479
 desarrollar habilidades, 479

Practicum, 477

Procedimiento, 366
 cronograma, 366
 guía para la elaboración de, 366t

Proceso de evaluación, 95
 environment first, 95
 sentido
 de abajo arriba, *bottom-up approach*, 95
 de arriba hacia abajo, *top-down approach*, 95

Programación de actividades, 448-449

Programas
 de apoyo residencia, 245
 individualizados de rehabilitación psicosocial (PIR), 233

Protocolo, 365

Proyecto TUNING, 474

Psicofarmacología, 37

Psicoterapia, 38

Psiquiatría, 6, 7, 8, 11, 16, 18
 comunidad, 11
 cultural, 16
 funciones sociales, 11
 historia, 6
 occidental, 18

R

- Razonamiento, 39, 138
 - clínico, 138, 145, 318
 - diagnóstico, 138
 - en terapia ocupacional, 321-325
 - etapas de desarrollo del, 324
 - condicional, 323
 - diagnóstico
 - en medicina, 318
 - en terapia ocupacional, 325-327
 - diferencial, 39
 - interactivo, 323
 - narrativo, 323
 - procesal, 322
 - profesional. *See Razonamiento clínico.*
- Recursos hospitalarios, 191
- Reed, Kathlyn, 116, 124
- Reforma psiquiátrica, 188
 - antecedentes y principios de la, 189-190
 - modelo teórico, 190
- Reforzamiento positivo, 445
 - programas de, 445
 - reforzador, 445
- Registro, 139, 155
 - calidad, 155
 - consideraciones éticas y legales, 155
 - criterios
 - de calidad, 155
 - de validez, 155
 - formato, 140
 - SOAP, 144
 - tipos de registro, 142
- Rehabilitación
 - laboral, 254, 256, 259
 - adaptación, 255
 - contexto, 256
 - definición, 259
 - entrenamiento, 254
 - formación, 254
 - inserción laboral, 255

- mantenimiento, 255
- objetivos, 259
- orientación vocacional, 254
- psicosocial, 63
 - definición, 64
 - estrategias terapéuticas de la, 65

Relación

- terapéutica, 109, 333, 334, 337, 338, 339, 340, 342, 344, 347
 - asociación para la intervención, 346
 - características, 335
 - centrada en el cliente, 339
 - contratransferencia, 339
 - definición, 335
 - desarrollo
 - de colaboración, 345
 - del concepto, 334
 - dificultades, 347
 - empatía, 340
 - enfoques postmodernos, 341
 - establecimiento
 - de confianza, 345
 - de relación, 345
 - evolución histórica, 334
 - factores
 - personales, 335
 - profesionales, 336
 - fases, 344
 - Freud, 337
 - genuinidad, 340
 - orientación
 - cognitiva, 339
 - psicodinámica, 337
 - rapport, 338
 - relaciones duraderas, 347
 - respeto, 340
 - Rogers, 340
 - terapia
 - breve, 342
 - conductual, 338
 - construccionista, 342
 - familiar, 340
 - narrativa, 342
 - sistémica, 341
 - transferencia, 337, 339
- tutor-estudiante, 484

límites, 485
Relevancia clínica de cada actividad, 117
Revisión bibliográfica, 494
Rogers, Carl, 69
Role playing, 449
Roles, 77

S

- Salud, 167, 168, 283, 285, 287
 - abordaje, 284
 - atención primaria, 167, 168
 - desarrollo socioeconómico, 284
 - inclusión social, 284
 - mental, 155, 170, 283, 307, 371, 375
 - atención
 - integral, 171
 - primaria, 170
 - detección precoz, 170
 - promoción, 170
 - OMS, 283
 - participación, 284
 - promoción, 283
 - protección, 283
 - pública, 284
- Sanderson, Sharon, 116, 124
- Screening. See Cribado.*
- Síntomas negativos, 221
- Solución de problemas, 319
- Sueño y descanso, 265
- Supervisión, 482, 486
 - clínica, 486
 - del tutor profesional, 483
 - grupo, 482
 - individual, 482

T

Técnica, 124

clases de, 125

definición, 124

orden de preferencia de selección de la, 125

selección, 124

Tecnología(s), 159, 372

de la información y las comunicaciones, 159, 372, 375

herramientas, 377

hospitalaria, 9

TIC, 159, 372

Teoría(s), 493

general de sistemas, 74t

objetivos de las, 494

Terapeuta ocupacional, 38

Terapia(s), 49

centrada

en el cliente, 68

en la persona, 52

cognitivo conductual, 53

conductual, 443

creativa, 459

de familia, 54

definición, 22

fenomenológica y existencial, 51

ocupacional, 28, 133, 134, 138, 155, 171, 173, 174, 286, 288, 333, 342, 372, 473, 474

análisis

de problemas, 286

del desempeño, 175

atención primaria de salud, 171, 173, 174

beneficios, 134

cartera de servicios, 177

catalizador del cambio, 342

Conferencia Nacional de Decanos de Escuelas Universitarias (CNDEUTO), 474

convergencia europea, 474

coordinación, 174

definición, 28

derivación, 174

detección, 172

- docencia, 474
- documentación, 133, 134, 136
- en centros
 - de rehabilitación psicosocial, 236-243
 - de salud mental, 195-201
 - residenciales, 243-250
- en hospital de día, 206-209
- en minirresidencias, 246-250
- en unidades
 - de hospitalización breve, 212-216
 - de larga estancia, 220-227
- entorno, 288
- entrevista, 174
- estándares de la profesión, 134
- evaluación, 174
- gestión, 174
- grados, 474
- informar, 174
- intervención, 172
- mantenimiento de la salud, 174
- medición, 286
- mejorar, 174
- objetivos, 173
- ocupación, 171
- perfil ocupacional, 175
- prevención, 288
- promoción, 172, 174, 288
- propósito, 172
- recursos, 286
- registro, 133, 134
- requisito legal, 134
- Rogers, 172
- vida cotidiana, 286

psicoanalítica, 49

psicológicas, 49

tipos, 49

Tiempo libre, 265

Trabajo, 254

Trastorno(s), 37, 297, 309, 310

adictivos, 310

bipolar, 309

cognitivo, 310

de la conducta alimentaria, 310

de la personalidad, 310

- esquizaafectivos, 39
- esquizofreniforme, 39
- esquizotípicos, 39
- evolución, 37, 40
- fases agudas, 39
- historia, 40
- mentales, 37, 40
 - graves, 297
- obsesivo compulsivo, 309

Tratamiento(s), 10, 43, 49

- ansiolíticos, 45
- antidepresivos, 44
- antipsicóticos, 46
- biológicos, 49
- clasificación, 44
- estabilizadores del ánimo, 46
- historia, 43
- moral, 10
- psicofarmacológicos, 43
- psicofármacos, 44
- TEC, 49

Tutor, 480, 481

- de prácticas, 480, 481
- favorecer
 - adquisición competencias, 481
 - autoaprendizaje, 481
 - autonomía, 481
- orientar, 481
- referente, 481
- relación tutor-estudiante, 484

Tutoría(s), 482

- académicas, 482
- personal, 482

U

Unidades

- de hospitalización, [202-225](#)
 - breve, [210-216](#)
 - características, [210-211](#)
 - gestión del departamento de terapia ocupacional en, [368](#)
 - objetivos
 - de terapia ocupacional en, [213](#)
 - y funciones, [211](#)
 - pautas de intervención de terapia ocupacional en, [213-216](#)
 - perfil de la población, [212](#)
 - programas y espacios terapéuticos de terapia ocupacional en las, [217t](#)
- de larga estancia, [216-227](#)
 - características, [216](#)
 - gestión del departamento de terapia ocupacional en, [369](#)
 - objetivos
 - de terapia ocupacional en, [222-224](#)
 - y funciones, [219](#)
 - pautas de intervención de terapia ocupacional en, [224-225](#)
 - perfil de la población, [220-222](#)
 - programas y espacios terapéuticos de terapia ocupacional en las, [226-227t](#)

Universidad, [479](#)

V

Valoración

de programas, 129, 130

fases, 130

funciones, 130

de resultados, 110

Valores, 76

Volición, 75-76

W

Weed, Lawrence Larry, 143

Wilcock, Ann, 289

desarrollo comunitario, 289

justicia ocupacional, 289

prevención, 290

promoción, 290

Y

Yerxa, Elizabeth, 24

Índice

Title page	2
Table of Contents	3
Copyright	11
Dedicatoria	12
Autores	13
Foreword	16
Prólogo	20
Prefacio	24
Parte I: Bases teóricas	27
Sección 1: Perspectivas de la salud y la enfermedad mental	28
Capítulo 1: Historia social y cultural de la psiquiatría y la enfermedad mental	29
Introducción	30
Notas para una historia social de la problemática moderna de la locura	31
La construcción social de las enfermedades mentales	39
Psiquiatría, enfermedad y cultura	46
Conclusiones	50
Capítulo 2: Ocupación y salud mental	51
Introducción	52
Una aproximación a la definición de terapia ocupacional	53
El ser humano como ser ocupacional	62
Relaciones entre ocupación y salud mental	66
Conclusiones	73
Autoevaluación capítulo 2	75
Capítulo 3: Clasificación, semiología, evaluación e intervenciones terapéuticas en salud mental	80
Introducción	82
El diagnóstico psiquiátrico y su aportación a la comprensión de la práctica clínica	83
Fases evolutivas, terapéuticas y factores psicosociales de los cuadros psiquiátricos	85
Evolución del concepto de los trastornos mentales a lo largo de la historia ⁴	86
Clasificación de las enfermedades mentales: clasificación internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10) y diagnostic	89

and statistical manual of mental disorders, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR)	89
Tratamientos psicofarmacológicos	92
Terapias psicológicas	102
Conclusiones	111
Autoevaluación capítulo 3	114
Sección 2: Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica	117
Capítulo 4: Marcos de referencia teóricos y modelos de práctica de terapia ocupacional en salud mental	118
Marcos de referencia teóricos	120
Aplicaciones del marco de referencia teórico médico	122
Aplicaciones del marco de referencia teórico psicoanalítico	128
Aplicaciones del marco de referencia humanista	132
Aplicaciones del marco de referencia cognitivo-conductual	136
Modelos de práctica	139
Modelo de la ocupación humana	140
Modelo canadiense del desempeño ocupacional	152
Conclusiones	159
Autoevaluación capítulo 4	163
Parte II: Aspectos metodológicos	170
Capítulo 5: Evaluación ocupacional en salud mental	171
Introducción	173
Definición de evaluación ocupacional	177
Características genéricas de la evaluación ocupacional	178
Etapas de la evaluación ocupacional	182
Evaluación ocupacional inicial	183
Funciones de la evaluación ocupacional inicial	199
Evaluación continuada	201
Valoración de resultados	202
Conclusiones	203
Autoevaluación capítulo 5	205
Capítulo 6: Planificación e intervención	210
Introducción	211
Fases de la planificación de la intervención	213
Dirección de la intervención	230
Valoración de resultados y programas	232
Conclusiones	235
Autoevaluación capítulo 6	237

Capítulo 7: Registro y documentación de terapia ocupacional en salud mental	241
Introducción	243
Registro y documentación en terapia ocupacional	244
Estructura en la documentación y registro	253
Consideraciones en salud mental	272
Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la documentación de terapia ocupacional	278
Conclusiones	281
Autoevaluación capítulo 7	284
Parte III: Escenarios de práctica	296
Sección 1: Encuadres para la atención de la persona con enfermedad mental	297
Capítulo 8: Terapia ocupacional en atención primaria en salud mental	298
Introducción	300
Características generales de la atención primaria de salud	301
Objetivos/funciones de la atención primaria de salud	306
Terapia ocupacional en atención primaria de salud	310
Conclusiones	326
Autoevaluación capítulo 8	329
Capítulo 9: Terapia ocupacional en atención especializada	332
Introducción	334
Centros de salud mental	341
Terapia ocupacional en centros de salud mental	346
Unidades de hospitalización	355
Terapia ocupacional en hospital de día	363
Unidades de hospitalización breve	370
Terapia ocupacional en unidades de hospitalización breve	374
Unidades de larga estancia o de rehabilitación hospitalaria	382
Terapia ocupacional en unidades de larga estancia	388
Conclusiones	398
Autoevaluación capítulo 9	401
Capítulo 10: Terapia ocupacional en recursos sociocomunitarios	413
Introducción	415
Centros de rehabilitación psicosocial	416
Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial	425
Centros residenciales	438
Terapia ocupacional en minirresidencias	444
Conclusiones	451
Autoevaluación capítulo 10	453

Capítulo 11: Terapia ocupacional en recursos para la integración sociolaboral	460
Introducción	462
El contexto de la rehabilitación laboral	465
Dificultades de las personas con enfermedad mental crónica para la integración laboral	467
Rehabilitación laboral: definición y objetivos	470
Centros de rehabilitación laboral: definición y características	474
Terapia ocupacional en centros de rehabilitación laboral	478
Orientación vocacional	483
Formación y entrenamiento para el empleo	489
Inserción laboral	498
Conclusiones	505
Autoevaluación capítulo 11	509
Capítulo 12: Nuevos retos de terapia ocupacional en salud mental	512
Introducción	513
Una visión general sobre la salud mental	514
La terapia ocupacional frente a los determinantes sociales de salud	516
El reto de terapia ocupacional: prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental mediante la ocupación	520
Conclusiones	523
Autoevaluación capítulo 12	525
Sección 2: Destrezas prácticas del terapeuta ocupacional en salud mental	527
Capítulo 13: Análisis y adaptación de la actividad, del entorno y del desempeño	528
Introducción	530
Análisis y adaptación del desempeño ocupacional	531
Análisis y adaptación de la actividad	538
Análisis y adaptación del entorno	555
Conclusiones	561
Autoevaluación capítulo 13	564
Capítulo 14: Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental	567
Introducción	569
Marco teórico del estudio del razonamiento clínico	570
Razonamiento clínico en terapia ocupacional	574
Razonamiento diagnóstico en terapia ocupacional	581
Diagnóstico ocupacional	584
Componentes del diagnóstico ocupacional	586

Conclusiones	589
Autoevaluación capítulo 14	592
Capítulo 15: Relación terapéutica en terapia ocupacional	598
Introducción	599
Evolución histórica del concepto de relación terapéutica (3)	600
Características de la relación terapéutica	603
Relevancia de la relación terapéutica en terapia ocupacional	614
Conclusiones	622
Autoevaluación capítulo 15	626
Sección 3: Organización y tecnologías de la información y comunicación	632
Capítulo 16: Administración y gestión de departamentos de terapia ocupacional	633
Introducción	634
Definición de administración, organización, planificación y dirección y control	635
Particularidades de la gestión del departamento de terapia ocupacional en dispositivos de atención a la salud mental	656
Conclusiones	659
Autoevaluación capítulo 16	661
Capítulo 17: Tecnologías de la información y de las comunicaciones en salud mental	664
Introducción	666
Las tecnologías de la información y de las comunicaciones: impacto en la comunidad	668
Estudios y experiencias sobre el efecto de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en salud mental	672
Las tecnologías de la información y de las comunicaciones como herramientas de intervención en salud mental	676
Conclusiones	692
Autoevaluación capítulo 17	696
Parte IV: Diseño e implementación de la intervención	700
Sección 1: Espacios terapéuticos	701
Capítulo 18: Grupos en terapia ocupacional	702
Introducción	704
Grupos en terapia ocupacional	708
Aspectos metodológicos de la intervención grupal	722
Niveles de intervención	733
Conclusiones	740
Autoevaluación capítulo 18	744

Autoevaluación capítulo 18	744
Capítulo 19: Actividades físicas y deportivas	749
Introducción	751
Definición y características de las actividades físicas	752
Actividad física y salud mental	754
Perspectivas y niveles de intervención	757
Evaluación y diseño de programas de actividades físicas y deportivas	762
Diseño de programas de actividad física	769
Conclusiones	776
Autoevaluación capítulo 19	778
Capítulo 20: Técnicas de intervención cognitivo-conductuales en terapia ocupacional	781
Introducción	783
Marco teórico	785
Técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales aplicables en terapia ocupacional	787
Diseño de un programa de intervención para el entrenamiento de destrezas	805
Conclusiones	809
Autoevaluación capítulo 20	811
Capítulo 21: Actividades creativas y artísticas	815
Introducción	816
Actividad artística y creativa: aproximaciones teóricas	818
Perspectivas y niveles de intervención	826
Programación de actividades creativas	829
Conclusiones	832
Autoevaluación capítulo 21	834
Parte V: Desarrollo profesional	838
Capítulo 22: Docencia y supervisión en terapia ocupacional	839
Introducción	841
Docencia	842
Tutor	852
Supervisión	856
Relación tutor-estudiante	861
Actividades del estudiante. Derechos y deberes	863
Conclusiones ⁴	866
Autoevaluación capítulo 22	869
Capítulo 23: Investigación en terapia ocupacional en el ámbito de la salud	872

Introducción	873
Algunas consideraciones sobre el método científico	874
El proceso de investigación: principales fases y procedimientos	877
Conclusiones	890
Autoevaluación capítulo 23	891
Bibliografía	896
Índice alfabético	897