

Brains

Business, Research, Ageing, Innovation,
Neurosciences & Social journal

Año 0
Volumen 1 número 2
Abril de 2021

PL. XXXII



**Nuevas estrategias terapéuticas
en salud mental: ocupación**

Sumario

1. Créditos

>> pág. 02

2. Colaboradores

>> pág. 03

3. Editorial

Pere Bonet Dalmau >> pág. 05

4. Business

Deporte y ejercicio físico como estrategia terapéutica y herramienta de rehabilitación e integración social para personas con trastornos de salud mental y adicciones

Eduardo Torras >> pág. 07

5. Research

Terapia Ocupacional: la ocupación como herramienta principal de intervención en Salud Mental

Equipo de Terapia Ocupacional de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria del Institut

Pere Matas >> pág. 13

6. Ageing

La noción de la corporeidad en el trabajo en grupos terapéuticos con personas en riesgo de exclusión

Assumpció Pié Balaguer y Toni Alcocer Aranzana >> pág. 21

7. Innovation

TIC, Salud Mental, discapacidad y empoderamiento

Jordi Roig de Zárata >> pág. 25

8. Neurosciences

Beneficios de la intervención ocupacional en dispositivos de ingreso psiquiátrico hospitalario

Elisa Sesé >> pág. 31

9. Social

Estrategias de ocupabilidad para la recuperación en Salud Mental

Victòria Monell >> pág. 39

Créditos

Gracias por confiar en nosotros y apostar por la salud mental y las neurociencias desde otro punto de vista. Una mirada variada y distinta de la científica que promueve la creación, la innovación y la colaboración del sector.

Este número ha sido posible gracias a la generosidad y el apoyo de los profesionales que reflejamos en la página de Colaboradores.

La revista es una obra original del **Clúster Salut Mental Catalunya**, con el apoyo de la Junta Directiva, y producida y coordinada por el **Dr. Pere Bonet i Dalmau**, Editor en Jefe; **Marta Sánchez Bret**, Clúster Manager; **Barbara Eisele**, Project Manager, y **M^a José Martín**, Secretaría Técnica.

Consejo editorial:

Bussiness: **Dani Roca**; **Research:** **Elisabeth Vilella**; **Ageing:** **Miquel Tiffon** y **Silvia Garcia**; **Innovation:** **Hans Supèr**; **Neurosciences:** **Joan de Pablo** y **Jorge Cuevas**; y **Social:** **Victòria Monell**.

Equipo editorial: **Dandelion Contents, SL**



ACCIÓ



Generalitat
de Catalunya



Portada:

Gainful occupations & Attending School (1870)

Gráfico estadístico que muestra para los Estados Unidos y para cada estado, con distinción de sexo, la relación entre la población total mayor de 10 años y el número de personas reportadas como involucradas en cada clase principal de ocupaciones lucrativas (agricultura, manufactura y minería, comercio y transporte; y servicios personales y profesionales) y también que asisten a la escuela. Los datos han sido compilados a partir de los retornos de población en el noveno censo de 1870 por Francis A. Walker.

Nota: Los cuadrados interiores representan la proporción de la población que se contabiliza como ocupaciones remuneradas o que asisten a la escuela. Los intervalos sombreados entre los cuadrados interior y exterior representan la proporción de la población que no se contabiliza de esta manera.

Fuente: United States Census Office. 9Th Census, 1. & Walker, F. A. (1874) Statistical atlas of the United States based on the results of the ninth census with contributions from many eminent men of science and several departments of the government. [New York J. Bien, lith] [Map] Retrieved from the Library of Congress, <https://www.loc.gov/item/05019329/>.

Colaboradores

Pere Bonet Dalmau

Editor en jefe
Director ejecutivo
de la Cátedra de Salud Mental
de la UVic-UCC/Althaia



Assumpció Pié Balaguer

Profesora de los Estudios de Psicología
y Ciencias de la Educación de la
Universitat Oberta de Catalunya



Eduardo Torras

Cofundador-presidente de sport2live



Toni Alcocer Aranzana

Psicólogo-psicoterapeuta, especialista en
psicobiología y neurociencia en Bermar, atención
y consulta terapéutica. Colaborador de L'Institut
Català de l'Acolliment i de l'Adopció (I.C.A.A.)
y del programa Ments Despertes del Grup SOM VIA.



Jordi Roig de Zárte

Ph.D. Computer Science Engineering
Profesor de la UAB
y CRO de Mass Factory



Ana M. Sanz Lis



Ana Macarulla Piqué



Ana Portalés Llorens



Dalia Usón Gil



Elizabeth Serrano
Marulanda



Marc París Forné

Elisa Sesé

Psicóloga General Sanitaria
y Terapeuta Ocupacional



Equipo de Terapia Ocupacional
de los Servicios de Rehabilitación
Comunitaria del Institut Pere Mata



Silvia Miquel Muñoz

Victòria Monell

Directora gerente de la Fundació
Malalts Mentals de Catalunya



Pere Bonet Dalmau

Editor en jefe
 Director ejecutivo de la Cátedra de Salud Mental
 de la UVic-UCC/Althaia



En este nuevo número de *BRAINS*, bajo el título **Nuevas estrategias terapéuticas en salud mental: ocupación**, se presenta un monográfico centrado en la ocupación, una gran aliada e injustamente poco utilizada herramienta terapéutica. Desde las distintas áreas que exploramos en cada número de la revista se exponen problemáticas, soluciones y testimonios para aportar luz al tópico en cuestión.

Sin descuidar la vertiente científica que nos ocupa y define, también se ponen en relieve los estudios y artículos científicos que evidencian las argumentaciones de los autores que colaboran en *BRAINS*.

El monográfico arranca con el artículo de la sección **BUSINESS**, dedicado al deporte y el ejercicio físico como herramientas de integración social. En él se plantea la carencia significativa de estrategias terapéuticas que permitan una integración de las personas con trastornos mentales y de adicciones en la sociedad, y se evidencia que el deporte y el ejercicio físico son herramientas adecuadas para lograr esta integración. El autor incide en la importancia de crear equipos multidisciplinares y flexibles, así como de reivindicar y poner en valor a los profesionales de las Ciencias de la Actividad Física y el Deporte que aportan calidad en las intervenciones terapéuticas.

En la sección **RESEARCH** y redactado por el Equipo de Terapia Ocupacional de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria del Institut Pere Mata, se presenta un artículo descriptivo de los orígenes y de la situación actual de la disciplina de Terapia Ocupacional, haciendo especial énfasis en la reinención y en

la adaptación de esta especialidad ante la crisis sanitaria de la pandemia de COVID-19.

Por su parte, en la sección **AGEING**, el artículo de Assumpció Pié y Toni Alcocer hace una aproximación al cuerpo diverso (enfermo) y al rechazo a ese mismo cuerpo, y abre un nuevo concepto de la corporeidad y de la relación con los otros, lejos de ser considerado un mecanismo independiente orientado a la productividad o a la salud.

Jordi Roig de Zárata, en la sección de **INNOVATION**, nos aporta un repaso a las TIC que actualmente hay disponibles para poder aplicar a las terapias ocupacionales, definiendo por otro lado qué es una buena TIC, haciendo especial énfasis en aquellas aplicaciones diseñadas universalmente que integran a los usuarios con discapacidades en lugar de estigmatizarlos, evidenciando, a su vez, la colaboración en la integración social.

En el ámbito de las **NEUROSCIENCES**, Elisa Sesé señala los beneficios de la participación de las personas ingresadas en una unidad de hospitalización psiquiátrica en las actividades organizadas y dirigidas terapéuticamente, tanto para su evolución clínica como para el clima ambiental de la propia unidad de ingreso.

Y para cerrar este monográfico dedicado a la ocupación, Victòria Monell, en el apartado de **SOCIAL**, pone de manifiesto la evidencia sobre los beneficios de la ocupabilidad de personas con trastornos mentales como eje preventivo y motor de recuperación.



Foto de RODNAE Productions de Pexels

El Clúster Salut Mental Catalunya agradece a todos los colaboradores su participación en este monográfico, así como el tiempo que nos han dedicado para poder generarlo. Muchísimas gracias a todos.

Deseamos que os sea útil y ameno este volumen dedicado a la ocupación y las actividades educativas, y que no solo permita conocer mejor el término ocupación y las terapias ocupacionales, sino también que pueda reivindicar la profesionalización de figuras clave en este tipo de terapias. Os invitamos a seguir en contacto con nosotros, mediante las direcciones de contacto o a través de nuestros canales de comunicación, así como a difundir esta revista.

Deporte y ejercicio físico como estrategia terapéutica y herramienta de rehabilitación e integración social para personas con trastornos de salud mental y adicciones



Eduardo Torras

Cofundador-presidente de sport2live

Introducción

Partiendo de un modelo hospitalocéntrico instaurado desde hace mucho tiempo, los profesionales de la salud se han preocupado de los síntomas, de la enfermedad y de la adicción, pero a día de hoy aún se presenta una carencia significativa de estrategias terapéuticas que permitan una integración de las personas con trastornos de salud mental y adicciones en la sociedad.

Las estrategias terapéuticas hacia una integración total de la persona implican, a su vez, formaciones profesionales muy flexibles, ya que han de tender a ir empoderando cada vez más al paciente, para que sea la propia persona quien decida cómo quiere y de qué manera quiere hacer esta integración. Cabe recordar que el modelo seguido hasta la fecha hace que la decisión de cómo deben hacerse las cosas recaiga en los profesionales de la salud y sociosanitarios, y no en el propio interesado. Estos procesos de empoderamiento de las personas a veces son dificultosos porque son más largos y complejos, y de alguna manera se ha de ceder cuotas de poder.

Se ha demostrado que las terapias que incluyen ejercicio, temas artísticos, etc., permiten empoderar a las personas en esos campos y, a la par, lograr mantener la adherencia al tratamiento médico. Los nuevos fármacos facilitan que las personas estén más activas, generando un mejor marco vital que el que fomentaban medicaciones más antiguas que, a pesar de que reducían los síntomas, también reducían a cero al paciente. Es muy importante que los laboratorios farmacéuticos intervengan en esa línea, que permite que los pacientes sean mucho más autónomos, más activos y mucho más capaces de tomar las riendas de su vida.

También cabe mencionar que a nivel socioeconómico estas terapias aportan mayor beneficio, ya que el ejercicio y el deporte tienen un coste bajo y un beneficio muy alto.

Aprendizajes

Está más que evidenciado que el deporte y el ejercicio mejoran la salud de las personas, pero también hay muchos estudios científicos que demuestran que cons-



Imagen cedida por sport2live

tituyen una terapia coadyuvante, positiva para la recuperación de los trastornos de salud mental y para las adicciones¹. También se encuentra mucha evidencia científica de otros estudios nacionales e internacionales que indican que la aplicación de programas de ejercicio y deporte para personas con trastornos de salud mental mejora la autoestima de las personas, así como su salud y sus capacidades cognitivas, además de lograr una mayor adherencia al tratamiento.

Para llevar a cabo una buena implementación de las terapias deportivas es necesario realizarla de forma transversal e integradora de diferentes especialidades.

Hay trastornos que precisarán un tratamiento corto (ansiedad, depresión leve...), pero hay otros para los que la persona va a necesitar soporte médico y sociosanitario toda su vida. Si a ese soporte médico se añade otro tipo de actividades como las comentadas, la persona lo ve como un todo. Ve cómo hay una parte que le gusta más que solamente ir a la consulta médica, más si hace varios años que asiste, situación en que es fácil que al final se canse y acabe por abandonar la terapia médica. En cambio, si el médico entra en este plan y se convierte en cómplice, preguntándole en consulta sobre el deporte, lo que ha hecho, sus objetivos, sus progresos, sus nuevos

amigos, etc., añade un nuevo factor para generar más empatía. La visita al médico se vuelve diferente, anima al paciente a explicar sus adelantos en el deporte, rompe barreras con el paciente, genera nuevos nexos, mejora la vinculación y la adherencia al tratamiento.

Practicamos ejercicio y deporte porque hace 60.000 años éramos cazadores/recolectores. El ejercicio y el deporte es lo que nos queda de aquello, necesitamos movernos, necesitamos estar de pie...; siendo una cosa tan primaria, es muy difícil que nos engañemos. Si estás mal, vas haciendo, pero si estás bien, haces de verdad. Cuando no estás bien, el rendimiento deportivo se ve afectado.

Sin duda, el ejercicio y el deporte tienen ese lado noble: aparte de que no puedes engañar, si no estás bien, no juegas bien, hay como una camaradería entre deportistas. Y si el terapeuta también es deportista, o muestra interés por esta actividad, la empatía con el paciente alcanza un mayor nivel.

Transversalidad y equipo ideal

Para llevar a cabo una buena implementación de las terapias deportivas es necesario realizarla de forma transversal e integradora de diferentes especialidades. Se ha de dar valor a la figura del profesional licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Cada vez más entidades, hospitales y Centros de Salud Mental y Adicciones entienden que hay que incorporar esta figura y alinearla con el resto del equipo terapéutico. Es decir, es el psiquiatra quien tiene que recomendar el deporte, así como, en toda la parte socioeducativa de la terapia, si puede, practicar o acudir a las sesiones deportivas como observador, para poder realizar un buen trabajo de campo y recabar mucha información que difícilmente puede captar en la consulta.

Las personas con problemas de salud mental crónicos suelen hablar entre sí y saben qué decir al psiquiatra para que este les dé la medicación y hacer el tratamiento que ellas quieren, porque llevan años de psiquiatra en psiquiatra. En la consulta una persona puede decir que está muy bien, pero luego en un programa deportivo no corre, no coopera y no habla. Sin duda, alguna de estas personas está expresando mediante tales acciones algo contradictorio. Por lo tanto, toda esa información de campo se puede contrastar con lo que la persona expresa en la consulta y ser de aporte para los informes que deberían generarse en cada programa y terapia deportiva.

Con todo esto, tanto psiquiatras como psicólogos pueden hacerse una composición de la situación real mucho más allá de la sola impresión que obtienen de lo que le dicen las personas en la consulta. Cuanto más y mejor se prescriba por parte de psicólogos y psiquiatras, y cuanto más los equipos socioeducativos y de terapia ocupacional puedan participar de esta experiencia de campo, apoyados por los profesionales de las ciencias de la actividad física y el deporte, más cerca estaremos del equipo ideal.

Por otro lado, el gran abanico de deportes que existen ofrece opciones prácticamente para todo el mundo. No hay un deporte que sea mejor que otro, incluso los deportes se adaptan a las capacidades de las personas. En sport2live, por ejemplo, se trabaja con un modelo que tiene una primera fase de mejora de la condición física general de la persona, con entrenamientos funcionales que mejoran la fuerza, la flexibilidad y la resistencia. Y después, con una batería de deportes, porque lo ideal es que la persona pruebe muchos deportes para que luego se pueda hacer una buena integración comunitaria en clubs de su territorio.

Tendencias

En el panorama actual de iniciativas que se centran en el deporte y el ejercicio físico como principal agente terapéutico podemos encontrar proyectos como Exercise is medicine, Siel Bleau y sport2live.

Exercise is medicine (<https://www.exerciseismedicine.org/spain/>) es una iniciativa de salud global liderada por el Colegio Americano de Medicina Deportiva (American College of Sport Medicine [ACSM]) que tiene como objetivo principal que los médicos y otros profesionales de la salud incluyan la evaluación de la actividad física en sus consultas diarias y la implementen en sus prescripciones de prevención y tratamiento. Esta iniciativa global incluye a los profesionales de ciencias de la actividad física y el deporte, así como a centros de fitness o recreativos, acreditados por EIM®, donde serían remitidos los pacientes para realizar las prescripciones propuestas.

Siel Bleau (<https://sielbleu.es/es>) una fundación sin ánimo de lucro fundada en 1997 con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas promoviendo los beneficios del ejercicio físico adaptado en residencias, centros de día y asociaciones de salud mediante programas de ejercicios personalizados, divertidos e interactivos. Concienciada de que la insuficiencia de actividad física carga con 5,3 millones de muertes al año² y que se estima que las personas de más de 65 años representan el 30-40% del gasto total en atención médica en Europa, la fundación ha logrado crecer a nivel europeo y actualmente dispone de unos 600 educadores físicos licenciados en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y ya cuenta con más de 120.000 beneficiarios, con un éxito del 96% de adherencia a los programas por parte de los beneficiarios y de los profesionales sanitarios.



Imagen cedida por sport2live



Imagen cedida por sport2live

sport2live forma parte del Clúster Salut Mental Catalunya y es una entidad social, comprometida con ayudar a través del ejercicio y el deporte a personas con problemas de adicciones y/o salud mental o que están en riesgo de exclusión social. Se fundó en 2013 y en septiembre de ese mismo año se hizo el primer entrenamiento con un programa y un participante. Hoy se entrena a más de 650 personas en más de 40 programas distribuidos por Cataluña, Madrid, Castilla-León y Baleares.

En algunas localidades se empieza desde cero, mientras que en otras se cuenta con el soporte de entidades.

Es importante también mencionar en este apartado la buena predisposición de colaboraciones por parte de los clubs deportivos y de las distintas instituciones, así como su implicación en este tipo de iniciativas. Hay conciencia de que la salud mental es algo vital, y de que todo el mundo puede verse afectado. Al principio costó entender que se había de profesionalizar el tratamiento del ejercicio físico, ya que en la actualidad muchos de los programas deportivos son llevados a cabo por la acción de algún educador, terapeuta ocupacional, psicólogo o psiquiatra al deporte, hecho que no significa que esté capacitado para realizar tal actividad. Por suerte

cada vez se va entendiendo mejor que es vital que entre en juego el profesional deportivo con grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. sport2live, por ejemplo, ha podido colaborar con el Hospital Benito Menni, la Unitat Acompanya'm del Hospital Sant Joan de Déu y Otsuka, por citar algunas entidades, que se han mostrado muy abiertas desde el principio. Siempre está presente la misión de mejorar la salud y el bienestar de las personas.

En sport2live han basado su proyecto en la generación de valor para los clientes y los colaboradores. Tanto colaboradores como sport2live trabajan para disponer de una bolsa de becas, para facilitar el acceso a los programas a los colectivos que presentan mayores dificultades económicas. La única forma que poder operar es tener un fondo de becas para ayudar a estas personas.

Implementación de los programas

Por un lado, una institución (hospital, centro de día, centro de rehabilitación, etc.) conoce previamente la iniciativa y solicita directamente un programa para sus pacientes. Las actividades, en el caso de sport2live, se realizan en las propias instalaciones del cliente si dispone de ellas o se buscan las mejores instalaciones disponibles, lo que implica colaborar con instituciones públicas o privadas. Por otro lado, sport2live dispone de programas propios de inserción en Barcelona, Hospitalet, Granollers, Terrassa, Manresa, Tarragona y Girona. Sería ideal tener programas de inserción en las cuatro capitales de provincia e ir sumando. Es necesario tener una masa crítica de personas para ir abriendo programas. Podemos abrir programas por todo el territorio, en poblaciones de 20.000 habitantes, con un Centro de



Imagen cedida por sport2live

Atención y Seguimiento (CAS) de la Red de Atención a las Drogodependencias, un Centro de Atención Primaria (CAP) y un Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).

En algunas localidades se empieza desde cero, mientras que en otras se cuenta con el soporte de entidades como el Ayuntamiento de Barcelona, la Generalitat de Catalunya o la red de salud mental y adicciones de la provincia de Girona, que fue de una gran ayuda para iniciar los programas en esta población, o el CAS de Tarragona, que nos facilitó la tarea de iniciar el programa en la Playa de la Rabassada (Tarragona). Otros programas de inserción y prevención se desarrollan con el apoyo de sponsors privados (Obra Social La Caixa, Cementos Molins, Quinorgan, UCB, Nike, La Fundación Familia Coloma, DKV Seguros de Salud, etc.).

En sport2live siempre se buscan formas para que cuando los pacientes salgan de los hospitales y de las clínicas de rehabilitación dispongan de un programa donde dar continuidad a lo que han aprendido y a esos hábitos positivos y saludables que han adquirido en comunidad terapéutica, en un hospital psiquiátrico u otra unidad de salud mental.

La crisis como potenciador del cambio

Es muy importante proporcionar a los profesionales de la salud y las entidades herramientas para que puedan prescribir de forma fácil y eficiente los programas de ejercicio y deporte. Es vital que la persona pueda dar continuidad a las rutinas deportivas que ha adquirido en su etapa de rehabilitación y no dejar desatendido al

paciente cuando sale del hospital o la clínica de recuperación de adicciones. ¡No podemos permitirnos perder a estos pacientes!

También es importante que los profesionales confíen más en todas las estrategias terapéuticas que incluyen farmacología de última generación. Cabe destacar que las farmacéuticas están investigando y elaborando nuevos medicamentos orientados a facilitar que las personas puedan recuperar una mayor autonomía y que desde los equipos terapéuticos se deben prescribir para potenciar sus capacidades y fomentar esa autonomía. La evidencia científica al respecto nos indica que estos tratamientos multidisciplinares son altamente efectivos.

Referencias bibliográficas:

1. Siñol, N., Martínez-Sánchez, E., Guillamó, E., Campins, M., Llarger, F., & Trujols, J. (2013). Efectividad del ejercicio físico como intervención coadyuvante en las adicciones: una revisión. *Adicciones*, 25(1), 71. doi: 10.20882/adicciones.74
2. Giné-Garriga, M., Coll-Planas, L., Guerra, M., et al. (2017). The SITLESS project: exercise referral schemes enhanced by self-management strategies to battle sedentary behaviour in older adults: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18(1):221. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5437412/pdf/13063_2017_Article_1956.pdf.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar con el autor:

Eduardo Torras - eduardotorras@sport2live.org

Terapia Ocupacional: la ocupación como herramienta principal de intervención en Salud Mental

Equipo de Terapia Ocupacional
de los Servicios de Rehabilitación
Comunitaria del Institut Pere Mata



Ana M. Sanz Lis



Ana Macarulla Piqué



Ana Portalés Llorens



Dalia Usón Gil



Elizabeth Serrano
Marulanda



Marc París Forné



Silvia Miquel Muñoz

Introducción

El uso de la ocupación como estrategia terapéutica es la base principal de la Terapia Ocupacional (TO). El siguiente artículo pretende hacer una descripción de los orígenes y de la situación actual de esta disciplina.

La TO centra la intervención en la ocupación con significado, en la relación terapéutica y en el logro del proyecto de vida de las personas a las que se atiende, poniendo en valor la estrecha relación que existe entre ocupación y salud, así como el uso de esta terapia en los programas de rehabilitación en Salud Mental.

Antecedentes

El uso de la ocupación como herramienta terapéutica tiene sus primeros antecedentes en oriente. En los años 2000-2600 a.C, en China y Egipto se hacía uso de la actividad como herramienta para favorecer la salud y no meramente como diversión.

Haciendo un salto en el tiempo, en 1789 el Dr. Phillip Pinel introduce la prescripción de ejercicios físicos y ocupaciones manuales en pacientes con enfermedad mental con la creencia de que la labor humana ejecutada rigurosamente era el método de asegurar una buena moral y disciplina (APETO, 2021).

Partiendo de esta gran revolución y adoptando esta visión, en 1987 se funda la profesión de TO, cuyo paradigma central es la ocupación, entendida como una forma de remediar enfermedades y mantener la salud (Slagle, 1924, en: AOTA, 2020).

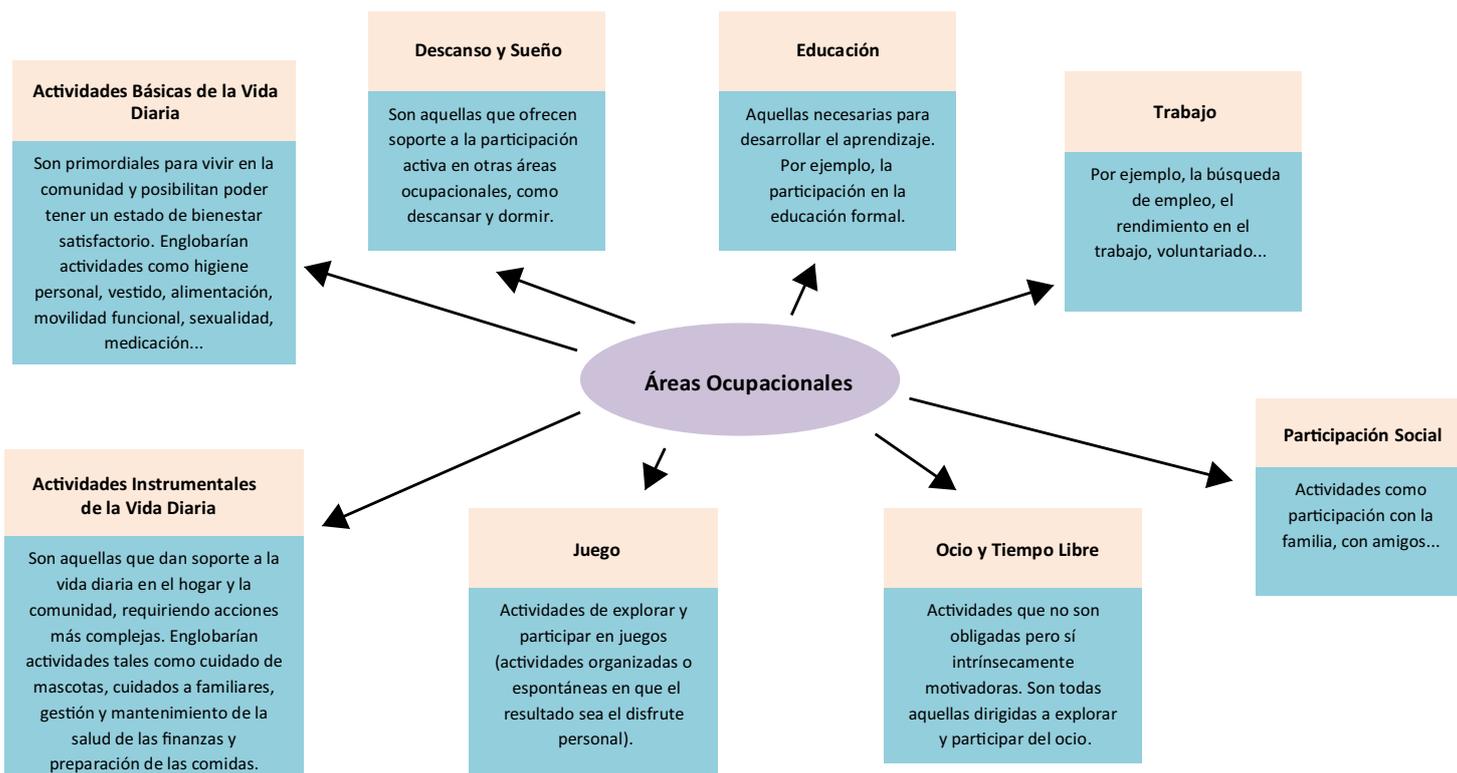
Ya en 1934 (Dunton, en: AOTA, 2020), los profesionales de la TO centran su práctica en la importancia de establecer una relación terapéutica con cada cliente y en diseñar un plan de tratamiento ocupacional basado en el conocimiento sobre su entorno, sus valores, metas y deseos personales. Así pues, se aboga por una práctica científica basada en la observación y el tratamiento de las ocupaciones de manera sistemática que enfatiza la naturaleza ocupacional de los seres humanos.

Dada la importancia de hacer una praxis rigurosa de **intervención basada en la evidencia**, en la década de 1980 se elaboran los modelos propios de TO, actualmente los más usados en Salud Mental. El primero, el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) de Gary Kielhofner, hace referencia a la ocupación contemplada desde el trabajo, el juego y las actividades de la vida diaria dentro del contexto temporal, físico y sociocultural que caracterizan la mayor parte de vida del ser humano. Y el segundo, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP), que contempla a la **persona como agente activo** con el potencial suficiente para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medio ambiente (Simó, 2006). Cabe destacar que ha habido otros modelos propios antecesores a los mencionados, como el Modelo del Comportamiento Ocupacional de

Reilly en 1962, el Marco de Referencia de Adaptación Temporal de Kielhofner en 1977 y el Modelo de las Actividades de Salud de Cynkin en 1979 y adaptado por Cynkin & Robinson en 1990, entre otros.

Intervención desde Terapia Ocupacional

Como se puede observar, la TO es la profesión que desde sus inicios centra su mirada en la ocupación y en la persona como protagonista en su proceso de implicación para alcanzar una **vida saludable, productiva y satisfactoria**, acorde a los paradigmas actuales utilizados en las intervenciones de salud mental (*recovery*, práctica centrada en el cliente, entre otras).



La intervención desde la TO centrada en la persona toma como elemento relevante la **volición**¹. Los pensamientos y sentimientos volitivos se relacionan con el sentido de la eficacia o capacidad personal, el valor que se da a lo que uno hace y el goce que uno experimenta al actuar. La volición es un proceso continuo que ocurre a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones (Kielhofner, 2004).

Los profesionales de TO reconocen que la salud es alcanzada y mantenida cuando las personas a las que atienden son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que les permiten llevar a cabo una participación deseada o necesaria en los diferentes contextos de vida.

Desde la TO, la gran cantidad de actividades u ocupaciones existentes están categorizadas como **áreas de ocupación**. En el *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional* se ordenan como: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social.

La misión última de los terapeutas ocupacionales es capacitar a las personas para que alcancen un equilibrio en las ocupaciones que conforman sus rutinas.

Para ello, es necesario “orientar la intervención ocupacional hacia la integración e inclusión de las personas, basándose en los proyectos vitales de estas. Desarrollar la intervención sobre la realidad de cada persona, contemplando desde una perspectiva holística los complejos procesos individuales para encontrar la solución más adecuada a cada proyecto. Construir una sociedad de oportunidades e igualdades sin exclusiones, buscando ofrecer un entorno sin barreras y con posibilidades” (Guzman et al., 2016).

Equilibrio ocupacional: ¿qué es y por qué es importante?

El concepto **equilibrio ocupacional** (EO) se ha utilizado desde los inicios del desarrollo de la TO, pero ha sido en las últimas décadas cuando se ha estudiado en mayor profundidad y se le ha otorgado una mayor complejidad.

El EO se entiende como “la percepción o experiencia subjetiva que tiene el propio individuo acerca de tener

¹ **Volición**: los seres humanos poseen una necesidad por la acción que es el motivo básico de la ocupación. Esto es generado tanto por un sistema nervioso complejo que nos proporciona una necesidad intensa de actuar como por una consciencia de nuestro potencial para hacer cosas.



la cantidad adecuada de ocupaciones, la correcta variación entre las mismas y la satisfacción con el tiempo dedicado” (Wagman et al., 2012).

Cabe decir que el EO no es estático. Podemos pensar que cada persona se encuentra en un continuo ajuste desequilibrio-equilibrio, en el que los nuevos acontecimientos y etapas vitales la posicionan hacia estados de desequilibrio, mientras que la capacidad de adaptación para recuperar o asumir nuevos roles y patrones ocupacionales le permite de nuevo posicionarse en estados de equilibrio.

Ann Wilcock (1998) introduce tres conceptos de situaciones o problemas ocupacionales:

- **Deprivación ocupacional**: tiene lugar cuando existen limitaciones o circunstancias que no permiten que la persona adquiera, utilice o disfrute de la actividad, ya sea por aislamiento, por falta de recursos económicos...
- **Alienación ocupacional**: se produce cuando, a pesar de haber participación en ocupaciones, se da una falta de satisfacción personal; puede deberse a diferentes causas: la ocupación es demasiado estresante o demasiado aburrida o poco significativa...
- **Desequilibrio desbalance ocupacional**: se refiere a la falta de equilibrio o balance entre las áreas de desempeño (Sanz y Rubio, 2011).

Este último representaría el estado en el que la persona no puede participar en ocupaciones que le permitan ejercitar sus capacidades físicas, mentales y sociales.

Así, esta falta de EO podría desembocar en disfunción siempre que la persona que lo sufre no encuentre los recursos para compensar los déficits ocupacionales desarrollando y enriqueciendo otras áreas, en ocasiones de manera independiente y en otras con el soporte de una TO (Polonio, Durante y Noya, 2001).

Por lo tanto, las ocupaciones pueden contribuir a un estilo de vida equilibrado y completamente funcional o bien a un estilo de vida desequilibrado y caracterizado por disfunción ocupacional. Por ejemplo, el trabajo excesivo sin una consideración suficiente por otros aspectos de la vida, como el sueño o las relaciones, pone a las personas en riesgo de tener problemas de salud. Los factores externos, como ha sido la pandemia de COVID-19, pueden obstaculizar la capacidad de la persona para crear equilibrio o participar en determinadas ocupaciones (AOTA, 2017b; McElroy et al., 2012).

La rehabilitación en los Servicios de Salud Mental

Facilitar una **participación ocupacional** satisfactoria es uno de los pilares de la intervención en rehabilitación por parte de los terapeutas ocupacionales. Cuando las personas experimentan una disfunción, su volición puede estar afectada de muchos modos. Algunas disposiciones volicionales, como el autoconocimiento, el papel que interpreta la narrativa para la actividad y la elección ocupacional, están mal adaptadas. Por otro lado, el deterioro físico, emocional o cognitivo adquirido puede amenazar o interrumpir previamente la volición adaptativa.

Tal y como se expone en el título del artículo, “*Terapia Ocupacional: la ocupación como herramienta principal de intervención en Salud Mental*”, y como se ha introducido en la exposición, la ocupación es la base de la intervención de la TO.

El inicio de la intervención se debe fomentar en la relación terapéutica (RT) o vínculo que se establece entre la persona atendida y el/la terapeuta ocupacional. A veces no se le da importancia a esta RT, pero sin ella es prácticamente imposible que la persona se vincule al servicio. Es necesario ser capaz de establecer los objetivos con la persona y trabajar sus proyectos de vida.

² En su concepto original, *Therapeutic Use of Self*, hace referencia al conjunto de habilidades, herramientas y autoconocimiento propios del terapeuta ocupacional a la hora de iniciar la relación terapéutica con el usuario. La toma de decisiones sobre cómo abordar las necesidades del usuario implica también el reajuste propio del profesional a fin de promover eficazmente la adherencia al tratamiento (Taylor, 2020).

En 2008, Renée R. Taylor desarrolla el Modelo Intencional de Relaciones, que analiza y explica el *uso consciente/terapéutico del yo (self²)* como terapeuta, entendido como un modelo de práctica (Kielhofner, 2004) que, a su vez, complementa a otros modelos prácticos.

Basa su análisis en cuatro pilares:

1. Ocupación.
2. Cliente: características personales estables y situacionales.
3. Eventos interpersonales que ocurren durante la terapia.
4. Terapeuta: habilidades de base interpersonales, modos terapéuticos o estilos interpersonales y razonamiento interpersonal.

Facilitar una **participación ocupacional** satisfactoria es uno de los pilares de la intervención en rehabilitación por parte de los terapeutas ocupacionales

“Aunque en la atención asistencial se insista en la estructuración y empleo de guías estandarizadas, protocolos u otros instrumentos predeterminados de actuación (como puede ser el proceso de intervención general), el proceso individual de intervención en terapia ocupacional no es estandarizable ni protocolizable, y requiere de un análisis individualizado de cada caso o situación” (Guzman, 2016). Es por todo ello que se puede afirmar que desde la TO se tiene una visión holística de la persona, analizando constantemente los contextos en los que se relaciona, cómo organiza su rutina y el significado que para ella tienen cada una de las actividades que lleva a cabo. Se trata de poner en valor las fortalezas y debilidades a trabajar a través del uso de ocupaciones con significado dentro de su proyecto de vida y la relación terapéutica establecida con el profesional.

La **rehabilitación psicosocial** implica recuperar la máxima autonomía personal y social posible mediante la adquisición de las habilidades necesarias para la recuperación del proyecto vital tras la aparición de la enfermedad. Como expone Davidson (2007), la recuperación no ocurre únicamente en la persona o en el entorno, sino en la interacción entre el individuo y su mundo. Mostrando de esta manera cómo son las interacciones cotidianas las que permiten que este proceso tenga lugar.

Reinvención y adaptación desde TO ante la crisis sanitaria

La pandemia de **COVID-19** y el confinamiento han tenido, y tienen, un impacto tanto en la oportunidad de participación ocupacional como en los contextos o ambientes en los que se realiza. Estudios realizados en población general, como el de “Consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento” (Balluerka et al., 2020), demuestran cómo ante una situación de confinamiento las personas pueden tener una respuesta

En algunos casos,
la persona tendrá
que establecer nuevos
patrones de acción,
adquirir nuevos hábitos
y/o emprender proyectos
personales diferentes
a los experimentados
hasta ahora.

adaptativa o desadaptativa dependiendo de sus recursos personales, contextuales, sociales y emocionales.

Desde la mirada clínica de la TO, se ha analizado cómo el hecho de pasar más tiempo en casa ha impactado en la vida de las personas y ha provocado cambios en algunos aspectos relacionados con la salud como son la ocupación, los hábitos y rutinas, la motivación por el hacer o las oportunidades de participación social, entre otros muchos.

De una manera innata, las personas han intentado mantener al máximo las ocupaciones y sus proyectos de

vida. Para ello han adaptado y reinventado sus rutinas, que anteriormente les permitían la participación y el desempeño ocupacional en diferentes contextos.

Uno de los cambios que más ha destacado en relación con la participación ha sido el descubrimiento para muchos y el reconocimiento para otros del **contexto virtual**. Mediante el uso de la tecnología, se ha podido llevar a cabo la mayor parte de los desempeños vitales, que en otros momentos requerían interacción en diferentes entornos. Teniendo en cuenta los roles de cada individuo, sus intereses, las áreas de estudio, los trabajos, la participación social, el juego y el ocio de las personas, ha sido necesario trasladar prácticamente toda actividad a una versión virtual.



Paralelamente, el impacto ambiental de la pandemia de COVID-19 propone nuevas demandas y evidencia restricciones en la elección y la acción de cada individuo. En un contexto incierto, donde las posibilidades inmediatas y futuras para la actividad quedan restringidas o moldeadas, el proceso de anticipación, consistente en notar potenciales o expectativas para la acción y reacción sobre ellos, también varía.

En algunos casos, la persona tendrá que establecer nuevos patrones de acción, adquirir nuevos hábitos y/o emprender proyectos personales diferentes a los experimentados hasta ahora.

Las características físicas y sociales del contexto que desafían las capacidades de una persona tienden a incitar la participación, la atención y un desempeño máximo

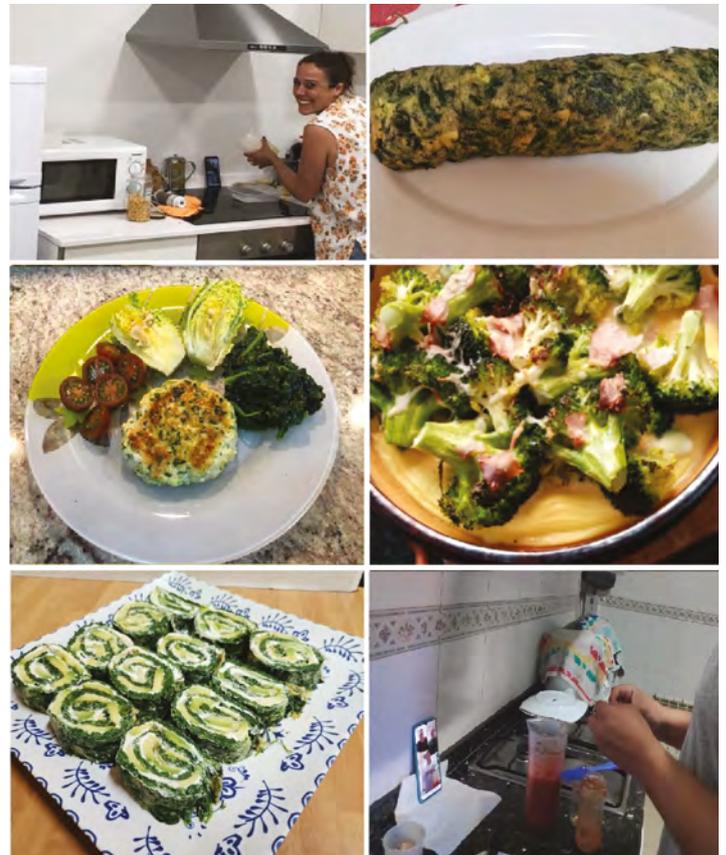
(Csikszentmihalyi, 1990; Kiernat, 1983; Lawton y Nahemow, 1973). Por otra parte, cuando el ambiente demanda un desempeño muy por debajo de la capacidad, puede producir aburrimiento y desinterés e incluso conducir al “*tipo de afecto y conducta negativos observados en la deprivación ocupacional*” (Kiernat, 1983).

No se debe menospreciar el impacto que ha tenido la deprivación ocupacional en el EO. Este impacto no solo se ha centrado en la falta de interrelación y participación social, sino que ha influido en las actividades de la vida diaria, tanto las más básicas como las instrumentales. A modo de ejemplo, las actividades relacionadas con la higiene personal han sufrido variaciones, desde las personas que por el hecho de no tener que/poder salir de su domicilio han disminuido la frecuencia de sus hábitos de higiene, a los “nuevos hábitos” que han sido necesarios integrar, como la desinfección tanto personal (higiene de manos, uso de geles hidroalcohólicos, etc.) como de nuestro hogar (ventilación y desinfección). Hogar que se ha convertido en el contexto principal del **desempeño ocupacional**³.

En los **Servicios de Rehabilitación Comunitaria** (SRC), esta falta de oportunidad de participación ocupacional por parte de las personas atendidas ha sido evidente y ha condicionado la manera de intervenir. La imposibilidad, en los momentos iniciales del confinamiento, de movilidad y de interacción social ha sido el motor para búsqueda de diferentes modalidades de **intervención**⁴ hasta el momento impensables.

Las herramientas que ofrece la **intervención virtual**⁵ son muchas y diversas. La necesidad se centra en obtener espacios de encuentro y comunicación donde tengan cabida la rehabilitación y el aprendizaje. El **B-learning**⁶ es el concepto que más se ajusta a la intervención deseada, ya que combina la capacitación presencial con la on-line. Si se sustituye el término aprendizaje por el de rehabilitación, se genera una nueva posibilidad de intervención: “la rehabilitación mixta”, que aprovecha las posibilidades que ofrecen ambos contextos (virtual y físico).

Uno de los retos actuales de la TO en los SRC ha sido este, poder implementar la rehabilitación mixta para continuar dando el soporte ocupacional y emocional



Fotos cortesía del Equipo de Terapia Ocupacional de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria del Institut Pere Mata

que la situación ha requerido y seguir trabajando en los proyectos vitales de las personas atendidas.

La intervención virtual facilita la participación activa de las personas con mayores dificultades de desplazamiento, ya sea por situación geográfica y/o por movilidad reducida, fomentando principalmente la propia autonomía y la ejecución de roles en su contexto vital y en su desempeño ocupacional.

Paradójicamente, el entorno virtual permite realizar una intervención grupal en que se desempeña una misma ocupación simultáneamente por diferentes personas estando cada una de ellas en su propio domicilio, siendo mucho más fácil y rápida la interiorización de los aprendizajes, la adaptación de la actividad y del propio entorno familiar.

“El ser humano, a través del uso de sus manos, potenciadas por su mente y su voluntad, es capaz de influir en el estado de su salud” (Mary Reilly).

³ **Desempeño ocupacional:** la acción de hacer y completar una actividad u ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre la persona, el contexto/entorno y la actividad.

⁴ **Intervención:** “Proceso y acciones calificadas tomadas por los terapeutas ocupacionales en colaboración con el cliente para facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud y la participación. El proceso de intervención incluye el plan, la implementación y la revisión” (AOTA, 2015c, p. 2).

⁵ **Intervenciones virtuales:** uso de tecnología como videoconferencia, teleconferencia o tecnología de aplicaciones de telefonía móvil para planificar, implementar y evaluar la intervención, educación y consulta de terapia ocupacional.

⁶ **Blended-learning:** enfoque de aprendizaje que combina la formación presencial con la virtual.

Conclusiones

La TO, por competencias formativas, se especializa en el conocimiento específico y el análisis de la actividad y de las estrategias facilitadoras o compensatorias que pueden contribuir a la independencia funcional y autonomía de las personas (Busquets et al., 2020). Es por tanto el/la terapeuta ocupacional el/la profesional indicado/a para realizar la **prescripción ocupacional** con el objetivo de fomentar y conseguir un EO óptimo dentro del proyecto vital de cada persona de manera específica e individualizada.

Para concluir, hacemos nuestras las palabras de Ann Wilcock: "... *ser conscientes de que la Terapia Ocupacional posee una comprensión única de la ocupación que incluye: todas las cosas que las personas hacen, la relación entre lo que hacen y quiénes son como seres humanos y el hecho de que mediante la ocupación se encuentran en un estado constante de poder llegar a ser diferentes*"... "*un camino amplio de salud y ocupación que incorpore las nociones de hacer bien, bienestar y llegar a estar sano a través de una participación en ocupaciones satisfactoria*" (Wilcock, 1998).

Bibliografía:

American Occupational Therapy Association (AOTA) (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68.

American Occupational Therapy Association AOTA (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74 (Suppl. 2), 7412410010. Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>.

Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO) (2021). Historia de la Terapia Ocupacional. Consultado el 17 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.apeto.com/historia.html>.

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M.D., et al. (2020). Consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Disponible en: https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19.pdf.

Bellido Mainar, J.R., Berrueta Maeztu, L.M. La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [13-11-2015]; 8(13): [20p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>.

Busquets, M., Domingo, E., Guzmán, S. (2020). Consultoría Ocupacional y Prescripción Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña. Consultado el 12 de Marzo de 2021. Disponible en: <https://www.cotoc.cat/es/transparencia/documentacion/download/32-documents-tecnics/266-consultoria-ocupacional-i-prescripcion-ocupacional>.

Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow: The psychology of optimal experience. New York: Harper & Row.

Davidson, L. (2007). Habits and other anchors of everyday life that people with psychiatric disabilities may not take for granted. OTJR: Occupation, Participation and Health, 27, 60-68.

De la Heras, C.G. (2003). Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Universidad de Zaragoza.

Dunton, W. (1934). En: American Occupational Therapy Association (2020).

Guzman, S. (2016). Manual práctico de Terapia Ocupacional en salud mental. Madrid: España, Ed. Síntesis.

Kielhofner, G. (2004). Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. Buenos Aires: Argentina, Ed. Médica Panamericana.

Kiernat, J.M. (1983). Environment: The hidden modality. Physical Occupational Therapy in Geriatrics, 2 (1): 3-12.

Lawton, M.P., Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), Psychology of adult development and aging. Washington, DC: American Psychological Association.

Polonio, B., Durante, P., Noya, B. (2001), Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: España, Ed. Panamericana.

Sanz, P., Rubio, C. (2011). Ann Allart Wilcock: Trayectoria profesional y aportaciones más relevantes a la Terapia Ocupacional y a la ciencia de la ocupación. TOG (A Coruña), 8 (14), 9. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia1.pdf>.

Simó, S. Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. Monog.7: 25-40. (2015) Reboredo, J., Novoa, M., Blanco, M., (compiladores). Montes, S. (coordinadora). Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional. Revista TOG. Consultado el 17 de febrero de 2021. Disponible en <http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>.

Simó, S. (2006) El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional. Revista TOG. Consultado el 17 de febrero de 2021. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>.

Slagle (1924). En: American Occupational Therapy Association AOTA (2020).

Sánchez, A, López, S., Peral, P (2017). Concepto de Equilibrio Ocupacional en estudiantes de 1er grado de Terapia Ocupacional de la Universidad Miguel Hernández. TOG (A Coruña) 14(26).

Taylor, R. (2020). The Intentional Relationship. Occupational Therapy and Use of self. Second edition. F.A. Davis. Philadelphia.

Townsend, E., Whiteford, G. (2011). A participatory occupational justice framework (POJF 2010): enabling participation and inclusion. En: F. Kronenberg, N. Pollard & Sakellariou, D. (Eds.), Occupational therapy without borders: Volume 2 (pp. 110-126). London, UK: Elsevier.

Veyret, A. Disfunciones Ocupacionales (Resumen y traducción).

Wagman, P., Hakansson, C., Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. Scan J Occup Ther, 19(4), 150-180.

Wilcock, A.A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. Canadian Journal of Occupational Therapy, 65, 248-256.

Wilcock A.A. (1998). An Occupational perspective of health. Thorofare: NJ, Slack.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar directamente con el autor:

Anna Macarulla - macarulla@peremata.com

La noción de corporeidad en el trabajo en grupos terapéuticos con personas en riesgo de exclusión

Assumpció Pié Balaguer

Profesora de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya



Toni Alcocer Aranzana

Psicólogo-psicoterapeuta, especialista en psicobiología y neurociencia en Bermar, atención y consulta terapéutica. Colaborador de L'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció (I.C.A.A.) y del programa Ments Despertes del Grup SOM VIA.



El rechazo de la persona vulnerable

En nuestra sociedad, observamos un alto grado de rechazo y violencia hacia las personas con corporeidad diversa. A la vez que hablamos de que es necesario aceptar la vida en su conjunto, existe el discurso de la idea del desarrollo ilimitado tanto en lo social como en lo personal, como si los límites del propio cuerpo y de la persona fueran algo difuso y extensible indefinidamente.

Por fortuna, esto no fue siempre así, ni lo es en todas partes. En aquellos colectivos y sociedades en las que el individuo no está tan aislado del curso natural de la vida se acepta con naturalidad lo frágil y los límites, la vida en su conjunto y la sociedad como un ente vivo y productivo.

Esta idea es relativamente moderna, hija de la revolución de pensamiento que se dio durante la Ilustración en Europa. Esta época contrapuso el hombre a la naturaleza, llevándolo al centro, y dio a la razón la supremacía del pensamiento y el sentir sociales, convirtiendo nuestra manera de ver el mundo en una concepción necesariamente causal, mecanicista, jerárquica y binaria.

Así, en el campo de la salud, el cuerpo pasó a ser un mecanismo formado por una serie de partes que se podían analizar y reparar individualmente, sometidas las unas a las otras según su función para el organismo. El médico podía estudiar el funcionamiento de los diversos sistemas del cuerpo estableciendo una relación de causa efecto entre la función y el nivel de funcionamiento de los diferentes órganos, y determinar una intervención que pudiera, alterando el funcionamiento de un órgano determinado, mejorar una determinada función o sistema del mismo.

Fruto del predominio de la razón sobre la naturaleza son también las ideas de individuo y de desarrollo ilimitado, siendo la razón humana capaz de desarrollarse y aprender indefinidamente y constituyendo esta la esencia fundamental de la autonomía moral. Los límites humanos, la fragilidad de un individuo, se veían como algo incompleto, inadecuado, y un individuo frágil como una pieza mal ajustada de un mecanismo potencialmente perfecto que era la sociedad o la especie humana –susceptible, por lo tanto, de ser arreglado o descartado.

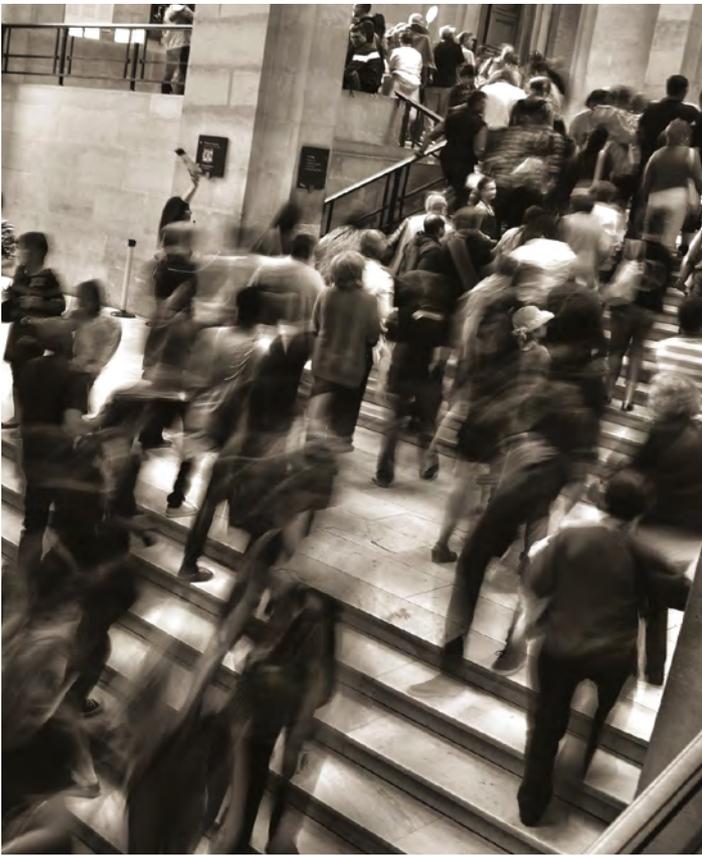


Foto de José Martín en StockSnap

El sorprendente desarrollo de la ciencia, la tecnología y el comercio que siguió a esta revolución de nuestro pensamiento no podía sino acentuar estos tres conceptos, el del mecanicismo, la individualidad (con esencia interna desconectada del contexto) y el potencial ilimitado para el desarrollo. Estos conceptos a menudo constituyen valores inconscientes y absolutos en nuestra sociedad.

El rechazo de un cuerpo diverso

En este contexto, un cuerpo enfermo o diverso no es deseable –a veces, incluso, es rechazado sea de forma sutil o explícita. Lo mismo sucede con las personas ancianas, quienes se considera que han perdido su capacidad productiva y deben ser cuidadas y acompañadas hasta el fin de sus días, constituyendo una carga para la maquinaria social.

Este rechazo produce consecuencias inevitables en el bienestar y la salud mental de las personas. Sabemos que la depresión es una condición prevalente entre la población anciana, a menudo producto del aislamiento social y la sensación de ser improductivos, con la consiguiente pérdida del sentido de la dignidad humana que conlleva. Pero el aislamiento y el rechazo de las personas diversas o ancianas producen, además, consecuencias en nuestro bienestar como sociedad, puesto que alimentan un modelo de sociedad centrado en la pro-

ductividad, el individuo sano y el desarrollo continuo, olvidando un hecho fundamental de nuestra condición humana, que es el poder del cuidado colectivo en su conjunto y la capacidad de contribuir a él de absolutamente cada uno de sus miembros.

Como individuos integrantes de la sociedad, consideramos nuestra salud como algo individual (y a menudo intransferible), y cuando alguna parte de nuestro organismo o de alguna persona querida no funciona adecuadamente, nos denominamos, o denominamos a esta persona, enferma, y a menudo sentimos la necesidad imperiosa de visitar (o llevar a esta persona) a un médico para que diagnostique el problema y nos refiera,

Fruto del predominio de la razón sobre la naturaleza son también las ideas de individuo y de desarrollo ilimitado, siendo la razón humana capaz de desarrollarse y aprender indefinidamente y constituyendo esta la esencia fundamental de la autonomía moral.

si hace falta, al especialista concreto. Pocos médicos, aunque sí los hay, mirarán más allá del individuo en busca de su entorno para comprender la razón de un funcionamiento diverso.

En cualquier caso, y tanto fuente de esta necesidad de salud como a menudo consecuencia del rechazo a lo que se aparta de lo considerado óptimo o normal, atribuimos a un organismo no funcional o productivo, propio o ajeno, un sufrimiento que no forma parte del organismo en sí, sino de su no adecuación a la maquinaria productiva y, por tanto, a la sociedad. Asociamos así vulnerabilidad con sufrimiento y ocultamos las causas estructurales de la vulnerabilidad evitable fruto de la desigualdad social.

La corporeidad y la relación con el otro

Hasta ahora hemos hablado de “cuerpo” y “organismo” refiriéndonos más bien a la concepción mecánica

y funcional de estos términos y a los diversos sistemas que permiten tanto su funcionamiento biológico como psicológico y su integración en lo social. En resumen, hemos querido aportar una visión de los fundamentos y consecuencias de la revolución del pensamiento occidental que tuvo sus inicios en la época de la Ilustración que hemos apuntado al principio.

Nuestro cuerpo nos aporta una sensación de individualidad, pero de hecho sus barreras son difusas y nuestra propia percepción de él y de sus funciones y sistemas no está en absoluto aislada de nuestro entorno ni del contexto.

Pero la corporeidad o la noción de cuerpo trascienden en realidad esta definición. Si profundizamos en la concepción del cuerpo, veremos que este representa algo más que lo fisiológico. Los sentidos y nuestra capacidad de expresión despliegan la subjetividad, y nuestra noción del cuerpo está mediada por nuestras percepciones y sentidos, y la interdependencia propia de nuestra vida en sociedad. Nuestro cuerpo nos aporta una sensación de individualidad, pero de hecho sus barreras son difusas y nuestra propia percepción de él y de sus funciones y sistemas no está en absoluto aislada de nuestro entorno ni del contexto.

Un cuerpo no debería pues ser considerado como un mecanismo o un conjunto de sistemas independientes orientados a la productividad o a la salud, entendida como un funcionamiento óptimo de un mecanismo, sino como una parte interdependiente de un conjunto más amplio inmerso en la vida y la sociedad, y cuyo valor global no puede medirse solamente con criterios de productividad.

El cuerpo de una persona anciana constituye, en este sentido, la suma de sus percepciones, aportes, conocimientos, relaciones y experiencia vital, y está íntima-



Foto de StockSnap en Pixabay

mente relacionado con su entorno, en el que de hecho puede expresarse con creatividad y participar activamente de la vida y la comunidad. El conflicto interno se genera en las personas que no tienen un envejecimiento saludable, entendido como un envejecimiento armónico con las personas de su entorno, y cuya salud mental padece, estando en riesgo de exclusión y en una posición pasiva con respecto a la vida, o en personas con dificultades para establecer y mantener vínculos saludables y expresarse adecuadamente en su entorno, dificultades a veces de origen interno y a menudo reforzadas por agentes externos.

El trabajo en grupos terapéuticos con personas en riesgo de exclusión

En estos casos, el recurso a grupos con otras personas en riesgo de exclusión tiene una doble función: por un lado, la educativa, para ayudar al desarrollo y la autonomía de la persona, y por el otro, los beneficios terapéuticos, tanto sobre la persona como para los demás integrantes del grupo.

En nuestra experiencia, en un grupo, las personas con corporeidad diversa o riesgo de exclusión pasan de ser sujetos pasivos de la sociedad y la terapia a convertirse en agentes activos para el fomento de la salud y el bienestar de los demás miembros del grupo. En estos casos, tanto la capacidad expresiva, creativa e integradora de la persona se desarrollan de forma sorprendente, como también disminuyen las consecuencias negativas del



Foto de Umberto Shaw en Pexels

aislamiento y el autorrechazo, devolviendo la dignidad a la persona y su sentido de pertenencia más allá de la productividad. Incluso, con un trabajo adecuado, la experiencia grupal posibilita a menudo que una persona anciana o en riesgo de exclusión pueda reintegrarse en la sociedad e interaccionar como miembro de pleno derecho, trascendiendo los tabúes de la enfermedad y el valor productivo, posibilitando así que pueda aportar su creatividad y experiencia a la sociedad en su conjunto.

Los grupos de este tipo se organizan en torno a compartir un objetivo común. En muchos casos, el primer trabajo consiste en la construcción de un significado común en una interacción entre miembros del grupo. En estos grupos, el terapeuta, desde su propia corporeidad y como un miembro más, participa y facilita la consecución de objetivos terapéuticos, favoreciendo los aspectos sanos de la personalidad y ayudando a la creación de un espacio de apoyo colectivo en el que puede darse la integración y el desarrollo de los miembros, permitiéndoles integrarse posteriormente en otros grupos y en la sociedad en su conjunto. Para conseguir esta experiencia, el psicólogo, apoyado en sus recursos técnicos, a través de su cuerpo y con su cuerpo, siente y media con el cuerpo de las personas del grupo y el grupo.

Tanto para el terapeuta como para el grupo, entender la corporeidad como un espacio simbólico rico, interdependiente, y más allá de lo funcional, permite esta integración armónica de corporeidades diversas en el logro de un objetivo común, el bienestar colectivo, per-

mitiendo el retorno de los integrantes del grupo a la sociedad desde una perspectiva nueva.

Los espacios de cuidador colectivo

Como hemos dicho anteriormente, la interdependencia en la que de hecho estamos inmersos los seres humanos en cualquier agrupación hace que este pueda ser un entorno muy sanador para los individuos que lo integran y para el colectivo. Afortunadamente, siempre han existido espacios en salud en los que los miembros participan activamente, y dan y reciben cuidado más allá de su valor productivo; de hecho, actualmente se promueven y crean espacios de cuidador colectivo, en forma de asociaciones o grupos (terapéuticos o no) formados por personas con diversidad o riesgo de exclusión.

En una sociedad sana, y en muchos espacios de la nuestra, se da por sentado el hecho de que el cuidado del otro es responsabilidad de todos los integrantes del colectivo, y el valor de cualquiera de sus integrantes es algo intrínseco, y no depende de su estado de salud o su capacidad productiva. En estos espacios, el bienestar de todos no es cosa solamente de un individuo afectado o de un profesional especialista.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar directamente con el autor:

Assumpció Pié Balaguer - apieb@uoc.edu

TIC, salud mental, discapacidad y empoderamiento



Jordi Roig de Zárte

Ph.D. Computer Science Engineering
Profesor de la UAB
y CRO de Mass Factory

El rol de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el Sistema Sociosanitario

La tecnología está integrada en muchas de nuestras actividades diarias, incluyendo el transporte, el empleo, la comunicación, el ocio y las interacciones sociales. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) proporcionan acceso a información a través de las telecomunicaciones.

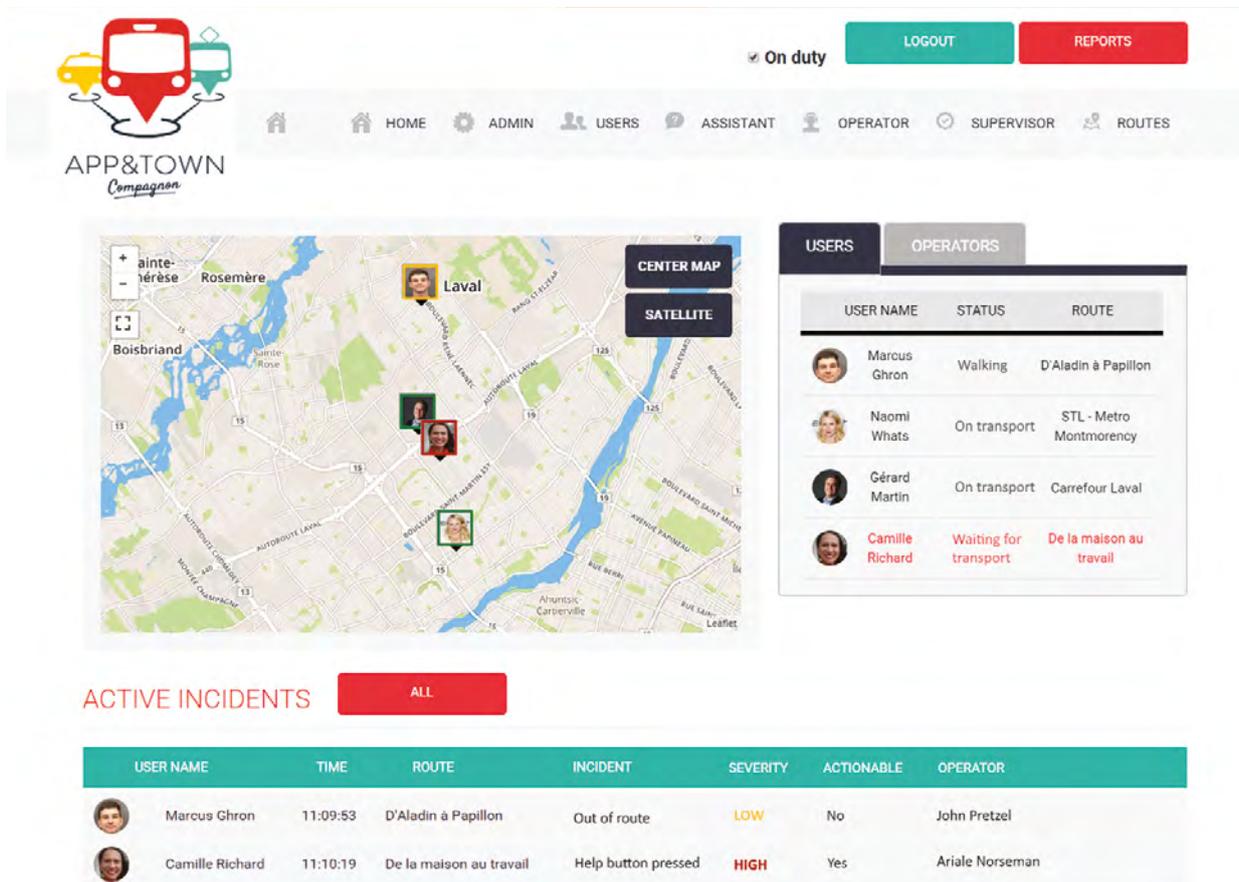
El uso de las TIC en los Sistemas Sanitario y Social, *eHealth*, se está expandiendo rápidamente y tomando mayor relevancia. Especialmente, cuando en la mayoría de los países la presión presupuestaria es un reto ante la mayor demanda para proporcionar más y mejores servicios. Las TIC pueden incrementar la capacidad de los servicios de atención de la salud mental, mejorar la prestación de servicios y ayudar a las personas a manejar mejor su propia salud¹.

El uso de las TIC en el Sistema Sociosanitario ha sido una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2005, cuando en su Resolución

WHA58.28 reconoce que *eHealth* es el medio más seguro y eficiente del uso de las TIC en el entorno de la salud, incluyendo los servicios de atención y vigilancia, literatura, educación, conocimiento e investigación.

Los ámbitos de actuación del *eHealth* son:

- Registros de Salud Electrónicos (*Electronic Health Records* [EHR]). Los sistemas EHR son *software* diseñados para manejar las actividades diarias de una consulta médica. El sistema gestiona las visitas de los pacientes, contiene el historial médico, los diagnósticos y tratamientos, así como resultados de pruebas de laboratorio y datos económicos. Un Sistema Nacional de EHR pone a disposición de los profesionales de la salud el historial de los pacientes y proporciona vínculos con servicios relacionados como farmacias, laboratorios y especialistas en pruebas diagnósticas.
- Servicios de telemedicina donde los pacientes y profesionales de la salud están físicamente separados. La telemedicina utiliza las TIC para el intercambio de información, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, trastornos de salud mental y lesiones, investi-



Interface del centro de control App & Town Compagnon. Imagen cortesía de Mass Factory.

gación y evaluación, y para la formación continua de los profesionales de la salud. La telemedicina contribuye a alcanzar el objetivo de Cobertura Médica Universal al facilitar a los usuarios el acceso al Sistema de Salud de la manera más eficiente. Las personas con enfermedades crónicas se han beneficiado de programas de cuidado personal por internet^{2,3}. Se llevó a cabo un estudio para comparar los exámenes auditivos por internet con los exámenes convencionales y demostrar que es posible examinar la audición satisfactoriamente a distancia⁴, y existen portales de internet que ofrecen asesoramiento destinado a preparar a las personas para las consultas con el médico de Atención Primaria y brindar información sobre condiciones crónicas⁵.

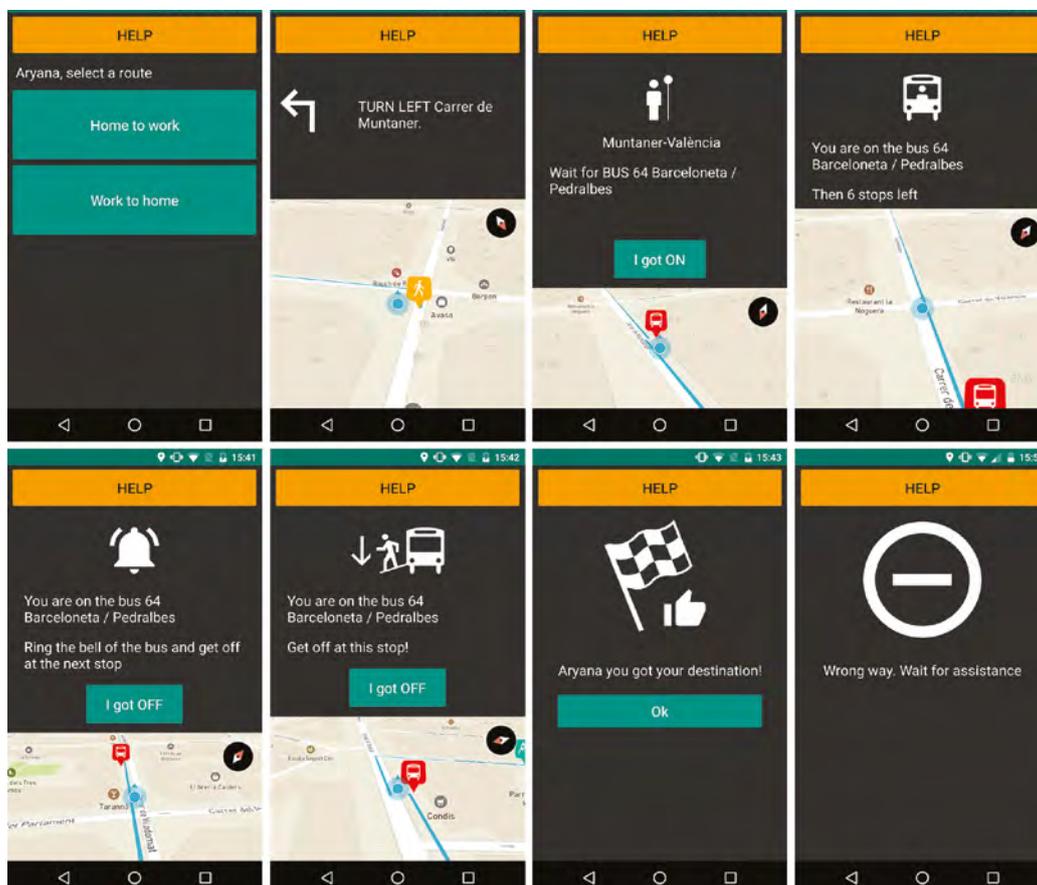
El software como dispositivo médico

El uso de dispositivos móviles ha aumentado exponencialmente a nivel mundial, de 2.200 millones en 2005, un 82% de la población, a más de 7.000 millones a finales de 2015. El aumento ha sido todavía mayor en países en desarrollo, de 1.200 millones a más de 5.500 millones de usuarios de telefonía móvil, casi el 92% de los habitantes en 2015. Las suscripciones de banda ancha móvil también han aumentado rápidamente para cubrir el 86% de los habitantes de los países desarrollados y el 39% en los países en desarrollo, superando a las de banda ancha

fija en 2008 y líneas telefónicas fijas en 2012. Esta rápida adopción de tecnología a nivel mundial trae consigo la oportunidad para que los servicios de *eHealth* a través del móvil, *mHealth*, produzcan un impacto en mayor escala al de los servicios de salud tradicionales.

Las aplicaciones de *mHealth* más comunes son:

- Comunicación entre usuarios y el Sistema de Salud.
 - Centros de Emergencia y/o Atención telefónica.
- Comunicación entre el Sistema de Salud y los usuarios.
 - Recordatorios sobre visitas médicas.
 - Recordatorios sobre tratamientos.
 - Campañas de promoción.
- Vigilancia y seguimiento.
 - Encuestas de salud.
 - Captura de datos y monitorización de indicadores de salud.
- Comunicación entre profesionales del Sistema de Salud.
- Acceso a la información para profesionales del Sistema de Salud.



Screens de la aplicación del usuario de App & Town Compagnon. Imagen cortesía de Mass Factory.

Sin duda, las aplicaciones de *mHealth* basadas en teléfonos móviles y dispositivos inteligentes transformarán el modelo de la medicina actual, en el cual una persona ante un problema de salud busca apoyo médico, por un modelo basado en la prevención mediante el análisis de datos, apoyándose en tecnologías como el Big Data y la Inteligencia Artificial. *mHealth* abre las puertas al uso de las TIC en todos los campos de la medicina actual, desde los sistemas EHR a la medicina preventiva, al análisis y diagnóstico de patologías y, finalmente, como parte de los procesos de intervención médica. En la actualidad, los grupos de Salud Mental y de Medicina Física y Rehabilitación del Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques están evaluando un sistema desarrollado por Mass Factory para monitorizar y estimular, a través de una aplicación móvil y una pulsera inteligente, la actividad física prescrita a personas con síntomas de depresión, con la finalidad de acelerar la mejora en su estado de ánimo.

Discapacidad y TIC

En el mundo hay más de 2.000 millones de personas con discapacidad, lo que supone el 37,5% de la población mundial⁶. Según la OMS, una persona con discapacidad es aquella que tiene un problema funcional o estructural en su cuerpo que dificulta la ejecución de una tarea o acción. La prevalencia de las discapacidades va en aumento debido al envejecimiento de las poblaciones y al

incremento mundial de las enfermedades crónicas. Las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios y presentan peores resultados sanitarios y académicos, un menor grado de participación en la economía y tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. Muchos de esos obstáculos pueden evitarse, y también es posible superar los inconvenientes que vienen asociados a la discapacidad. Lograr que las personas con discapacidad gocen de mejor salud gracias a un mejor acceso a los Servicios de Salud es un factor crucial para favorecer la participación y obtener buenos resultados en ámbitos como la educación, el mundo laboral o la vida familiar, comunitaria y pública.

En el mundo hay más de 2.000 millones de personas con discapacidad, lo que supone el 37,5% de la población mundial.

Ya en la antigua Grecia, Aristóteles definió la tecnología como una extensión de las capacidades del ser humano. Esta manera de concebir la tecnología tiene más sentido, si cabe, en las personas que viven con alguna discapacidad, sea congénita o adquirida, permanente o temporal. Las aplicaciones móviles son utilizadas para tener acceso a servicios esenciales, mejorar la inclusión social y la calidad de vida y disponer de iguales oportunidades que el resto de la sociedad. Entre ellas, a modo ilustrativo y de forma no exhaustiva, podemos encontrar:

- Aplicaciones para personas con discapacidad auditiva que convierten en texto el audio entrante. Echando la vista atrás, podríamos afirmar que estas aplicaciones son una evolución de la comunicación vía mensajes cortos de texto (SMS, por sus siglas en inglés) en las redes móviles GSM, permitiendo que personas con discapacidad auditiva pudieran comunicarse por primera vez a través del teléfono.
- Aplicaciones que dan voz a personas con trastornos del habla. Estas son capaces de transformar pronunciamientos difícilmente inteligibles en lenguaje comprensible usando la propia voz del usuario.
- Aplicaciones para personas con desórdenes mentales que ayudan a expresarse mediante imágenes asociadas a audios que permiten a los usuarios estimular y mejorar sus habilidades orales.
- Aplicaciones para personas con discapacidad visual que les permiten cruzar semáforos con mayor seguridad, conocer su ubicación y los puntos de interés situados a su alrededor.
- Aplicaciones para personas con discapacidad auditiva que amplifican los sonidos seleccionados por el usuario.
- Aplicaciones para personas con discapacidad intelectual basadas en juegos de concentración que permiten estimular y ejercitar sus capacidades cognitivas.
- Aplicaciones para personas con discapacidad física que localizan plazas de aparcamiento reservadas o estaciones de servicio atendidas.
- Aplicaciones para personas con trastornos del espectro autista o desórdenes mentales que a través de juegos basados en realidad virtual y/o realidad aumentada son entrenadas para tolerar situaciones reales⁷.



Foto de Hillary Ungson en Unsplash

Sin embargo, para que todas estas aplicaciones puedan ser utilizadas eficientemente por los usuarios deben cumplir principios de Accesibilidad. Aunque no las hemos listado anteriormente, cabe destacar funcionalidades inherentes a los sistemas operativos de los teléfonos inteligentes que mejoran la accesibilidad, como Voiceover (iOS) o TalkBack (Android). Debido al amplio espectro del mundo de la discapacidad, y por tanto a las diferentes capacidades físicas, de comprensión y de recepción de estímulos de los usuarios, la manera en que este se relaciona con las aplicaciones, es decir, la interfaz de usuario, cobra tanta importancia como el fin mismo de la aplicación. Un análisis detallado de cómo cada perfil de usuario interactuará con el sistema condicionará el éxito del uso de las aplicaciones. Los principios de Diseño Universal deberán ser aplicados para alcanzar este objetivo. No hay que llevarse al engaño de considerar que los principios de Accesibilidad y Diseño Universal solo aplican a sistemas informáticos para personas con discapacidad, puesto que aplican a todo ingenio tecnológico que deba ser usado por humanos, sean cuales sean sus capacidades y sea cual sea el artefacto.

TIC y empoderamiento

Este artículo ha intentado inicialmente poner de manifiesto el impacto directo que supone el uso del *eHealth* y del *mHealth* a nivel global, para después hacer visible las herramientas tecnológicas basadas en las TIC que me-

joran la calidad de vida de las personas que viven con discapacidad y las personas de su entorno. Este orden no ha sido elegido aleatoriamente, sino con total premeditación, ya que el objetivo final es poner en valor un efecto que podría definirse como colateral, pero que a manera de ver de este autor es el más relevante y, por tanto, el principal: la mejora de la autoestima de los usuarios.

Los usuarios han mejorado sensiblemente su autoestima, son capaces de tomar decisiones del día a día que antes del uso de App&Town Compagnon no hacían, asumen responsabilidades y se sienten tan iguales como el resto de la sociedad.

Cuando una persona con discapacidad, y permítanme la licencia de confesar que soy ciego, puede realizar tareas que antes eran calificadas como “misión imposible” gracias al uso de la tecnología, no solo siente que ha realizado una tarea más, sino que su autoestima mejora sensiblemente, la brecha entre las diferentes capacidades se hace cada día menor.

La aplicación App&Town Compagnon es un navegador que permite a personas con discapacidad física, sensorial e intelectual y personas con desórdenes mentales o de la memoria desplazarse de forma segura, ya sea en trayectos a pie o en transporte público. La aplicación está siendo utilizada por usuarios que pertenecen a diferentes organizaciones de personas con discapacidad en Cataluña. La evaluación del uso de App&Town Compagnon después de dos años de su puesta en funcionamiento indica que:

- Los usuarios utilizan el transporte público con el único soporte de la aplicación para sus desplazamientos diarios.
- Los usuarios utilizan App&Town Compagnon más allá de sus desplazamientos habituales.

- Los usuarios han superado con éxito situaciones inesperadas como:
 - Retraso en el transporte.
 - Transporte cancelado.
 - Parada trasladada/anulada.
 - Desvíos de la ruta habitual.

Hasta aquí pueden darse por cumplidos los objetivos de App&Town Compagnon, ya que los usuarios realizan sus viajes por ellos mismos con el soporte de la aplicación, así como son capaces de gestionar situaciones inesperadas.

Finalmente, ¿cuál es la evaluación que los tecnólogos no podemos medir, pero sí los profesionales de mundo sociosanitario que conviven con estas personas?

Los usuarios han mejorado sensiblemente su autoestima, son capaces de tomar decisiones del día a día que antes del uso de App&Town Compagnon no hacían, asumen responsabilidades y se sienten tan iguales como el resto de la sociedad.

Referencias bibliográficas:

1. Bordé, A., et al. (2010). Information and communication technologies for development: health. New York, Global Alliance for ICT and Development.
2. Lorig, K.R., Ritter, P.L., Laurent, D.D. & Plantet, K. (2006). Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial. *Medical Care*, 44:964-71.
3. Murray, E., Burns, J., See, T.S, Lai, S. & Nazareth, I. (2005). Interactive health and communication applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Syst Rev*, 4:CD004274.
4. Seren E. (2009). Web-based hearing screening test. *Telemed J E Health*, 15(7):678-81.
5. Leveille, S.G., Huang, A., Tsai, S.B., Allen, M., Weingart, S.N. & Iezzoni, L.I. (2009). Health coaching via an internet portal for primary care patients with chronic conditions: a randomized controlled trial. *Med Care*, 47(1):41-7.
6. Disabled People in the World in 2019: Facts and Figures. <https://www.inclusivecitymaker.com/disabled-people-in-the-world-in-2019-facts-and-figures/>. Consultado el 20 de abril de 2021.
7. Kandalaft, M.R., Didehbani, N., Krawczyk, D.C., Allen, T. T. & Chapman, S. B. (2013). Virtual reality social cognition training for young adults with high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*, 43(1):34-44.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar directamente con el autor:

Jordi Roig de Zárata - jordi.roig@uab.cat

Beneficios de la intervención ocupacional en dispositivos de ingreso psiquiátrico hospitalario



Elisa Sesé

Psicóloga General Sanitaria
y Terapeuta Ocupacional

Las personas ingresadas en un dispositivo hospitalario viven una situación muy particular que desajusta sus rutinas habituales, su funcionamiento normal y, en definitiva, su comportamiento. Esto tiene efectos en múltiples sistemas (cognitivo, afectivo, social, motor...), que se han de tener en cuenta en cualquier tipo de ingreso hospitalario, pero impacta especialmente en el ingreso psiquiátrico.

Las personas que llegan a las unidades de ingreso, sea a través de urgencias o bien a través de otra vía, sufrirán, por lo general, y sin tener en cuenta la especificidad de la sintomatología según diagnóstico, de:

- Desorientación temporoespacial.
- Alteraciones conductuales y del pensamiento.
- Restricción de referencias personales (sus propias pertenencias, objetos...).
- Limitación de la expresión motora: los espacios son limitados, y con ello la actividad física posible.
- Desequilibrio en el autocuidado y en el resto de áreas ocupacionales (trabajo, estudio, tiempo libre).

- Disminución de la motivación, de la iniciativa y de la participación social.

En definitiva, la persona se encuentra desorientada en un amplio sentido de la palabra. Tanto las características clínicas de los pacientes como el propio ambiente favorecen, de algún modo, este desajuste. El proceso de descompensación afecta no solo a su comportamiento y salud, sino también a su desempeño ocupacional y su interacción con los entornos y contextos que la rodean, afectando, por tanto, a su autonomía (Palomares, 2017)

La ocupación

Sentirse ocupado puede ayudar al paciente en diversos aspectos. A lo largo de este artículo explicaremos de qué modo es posible.

Las ocupaciones nos orientan y nos organizan

Las actividades nos permiten desarrollar capacidades y organizar nuestro comportamiento y nuestra rutina diaria. Desde la terapia ocupacional, las actividades están enfocadas a las tareas y dentro del con-

texto social del paciente con el propósito final del desarrollo de destrezas funcionales (Creek, 2000)

La intervención ocupacional en un contexto hospitalario compaginaría la atención individual con la grupal, pero se centraría en el establecimiento de un programa de actividades que poder adaptar de una manera individualizada. Dicho programa establece, en sí mismo, una temporalidad. Tiempos de acción y de descanso entre grupos, horarios de comienzo y de final. El establecimiento de este ritmo, de esta rutina estable, facilita la organización interna y externa.

Las ocupaciones nos permiten canalizar los síntomas

Las personas ingresadas sufren una diversidad de sintomatología –ansiedad, impulsividad, irritabilidad, apatía, oposicionismo...–, que puede disminuir con la ayuda de una actividad organizada (Ricarte, 2015).

El estar ocupado, sentirse ocupado, nos vincula con los otros

El ser humano mantiene niveles de compromiso, ejecución y desarrollo de ocupaciones que le permiten vincularse con el mundo que lo rodea. El contacto con los demás en un contexto grupal es una oportunidad y a la vez un desafío que promueve la actividad y que, en el contexto hospitalario, es necesario que se facilite bajo la supervisión profesional. En los grupos se debate, se toman decisiones, se resuelven conflictos... Lo interesante de la propuesta ocupacional es que la actividad actúa como mediadora ayudando, en muchas ocasiones, en la toma de decisiones, en el ejercicio de la relación empática y el reconocimiento del otro (Guzmán, 2016).



Foto de Hillary Ungson en Unsplash

Las ocupaciones en las que nos comprometemos se convierten en valiosas

Aquellas actividades con las que nos sentimos comprometidos fomentan el desarrollo de la curiosidad y de la implicación en las mismas, por lo que facilitan la participación del paciente en su proceso de mejora, haciéndole partícipe de manera activa, colaboradora, en su tratamiento y en la evolución del mismo propiciando, a su vez, la responsabilidad consigo mismo y con el proceso (Willard, 2009).

El entorno

Un ingreso hospitalario supone una ruptura con el ordenamiento natural individual. Lo normal en nuestra vida cotidiana es que pongamos en marcha nuestras ocupaciones (descanso, esparcimiento o disfrute y trabajo) en lugares diferentes, bajo diferentes normas y responsabilidades y con distintas personas. En un ingreso hospitalario se rompen las barreras que separan estos tres ámbitos de la vida.

La falta de estimulación ambiental propia de un ambiente hospitalario propicia comportamientos y conductas que, lejos de ayudar, facilitan un empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica. La ausencia de horarios que faciliten la ordenación y de espacios de descanso y expresión no ayuda, y el aburrimiento generado propicia la génesis de conductas poco beneficiosas.

El terapeuta ocupacional es un profesional capaz de organizar los espacios y las rutinas de cara a facilitar una mayor organización interna que disminuya el malestar y, por lo tanto, las diferentes expresiones del mismo. Es necesario que esto sea estudiado cuidadosamente y adaptado, en cada caso, a la individualidad. Por ello es positivo crear diferentes espacios en los que se pueda adaptar la estimulación según lo más beneficioso (estimular, calmar, concentrarse, establecer contacto con otros...). Cuando un profesional prepara los ambientes, los presenta de una manera individual, facilitando el contacto y también la retirada necesaria en cada momento, se observan beneficios en la convivencia general de la unidad así como de la sintomatología presente en cada caso.

En los últimos años se está estudiando la eficacia del uso de “salas sensoriales” en las unidades de ingreso hospitalario. Se trata de salas habilitadas específicamente por terapeutas ocupacionales, basadas en principios de la integración sensorial, que disponen de una serie de ma-

teriales (mobiliario, ambiente modulado sensorialmente, mantas de peso, hamacas colgantes...) que facilitan la relajación y la elección y práctica de rutinas autocalmantes. Se ha comprobado su utilidad en la disminución del uso del aislamiento y el debilitamiento de conductas agresivas (Novak, 2012). Los pacientes encuentran en estos espacios un “refugio seguro” que ayuda a disminuir los sentimientos de angustia y los trastornos del comportamiento.

Adaptación, cambios y nuevo modelo de atención

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (World Federation of Occupational Therapists [WFOT]) define la terapia ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. Su objetivo fundamental es capacitar a las personas para participar en las actividades de su vida diaria mediante la mejora de sus capacidades o la modificación de su entorno para que este refuerce su participación (Romero, 2003). Es una disciplina sociosanitaria que busca conseguir la máxima funcionalidad, autonomía y calidad de vida a través del uso de las actividades propositivas. Contempla la ocupación del ser humano en cuatro esferas: las actividades de la vida diaria, el trabajo, el ocio y la participación social.

Un ingreso hospitalario supone una ruptura con el ordenamiento natural individual.

De manera específica, la terapia ocupacional realiza una evaluación ocupacional, planifica los aspectos ocupacionales dentro del programa terapéutico individual, diseña e implementa los mismos y realiza el seguimiento de los objetivos alcanzados junto con el resto del equipo multidisciplinar. Trabaja de manera individualizada la motivación a través de habilidades presentes y potenciales, potencia la exploración de nuevos intereses y valores, ayuda en la gestión organizada del tiempo, orientada a propósitos y, en general, trata de facilitar un ambiente estimulador que facilite el desempeño más funcional posible del paciente, pensando en su entorno más cercano y en su comunidad (Talavera, 2001).

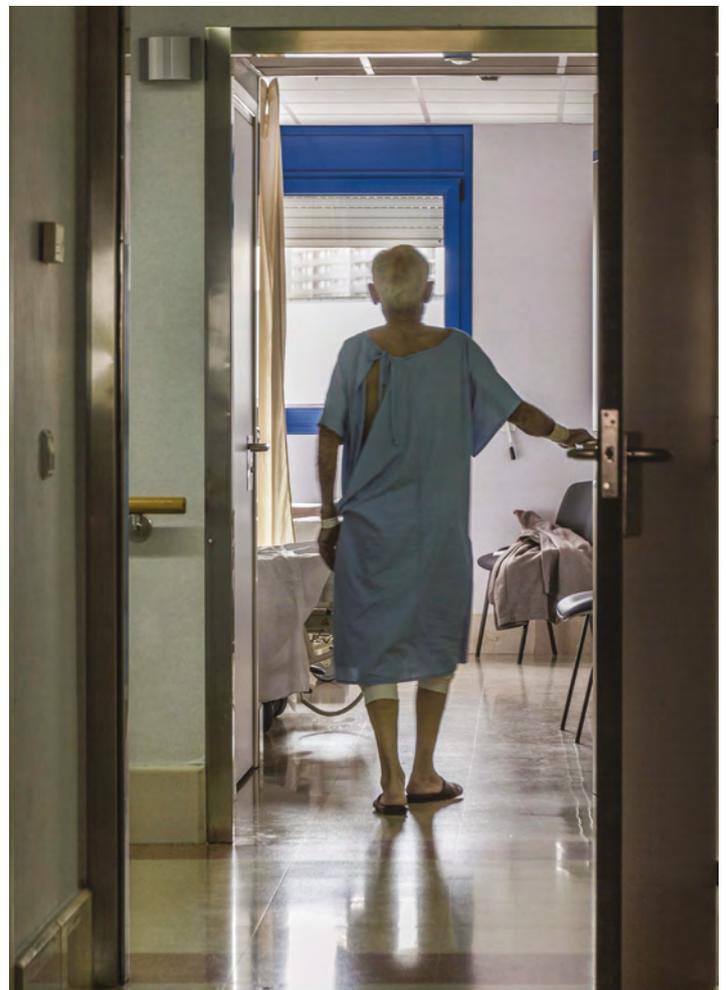


Foto de Isaac Quesada en Unsplash

Un terapeuta ocupacional dentro de una unidad de ingreso hospitalario es un profesional capaz de evaluar el entorno disponible teniendo en cuenta las características clínicas de los pacientes para poder ofrecer un programa de actividades basado en las necesidades de los mismos y con la posibilidad de poder ofrecer las ayudas o apoyos disponibles para cada individualidad.

Su observación es útil de cara a la evolución clínica, ya que parte de la observación de la funcionalidad (habilidades de autocuidado, psicomotrices, cognitivas y psicosociales) en un contexto espontáneo, de convivencia grupal y de vínculo terapéutico (Moratinos, 2009). La observación del terapeuta ocupacional permite el monitoreo del efecto del tratamiento (farmacológico, por ejemplo) en la capacidad del paciente para llevar a cabo sus actividades cotidianas. La experiencia demuestra que genera bienestar en el contexto de la convivencia y facilita la autoobservación y la identificación de los síntomas.

¿Qué programas?

La implantación de un programa de actividades en una unidad de ingreso hospitalario tiene unas características

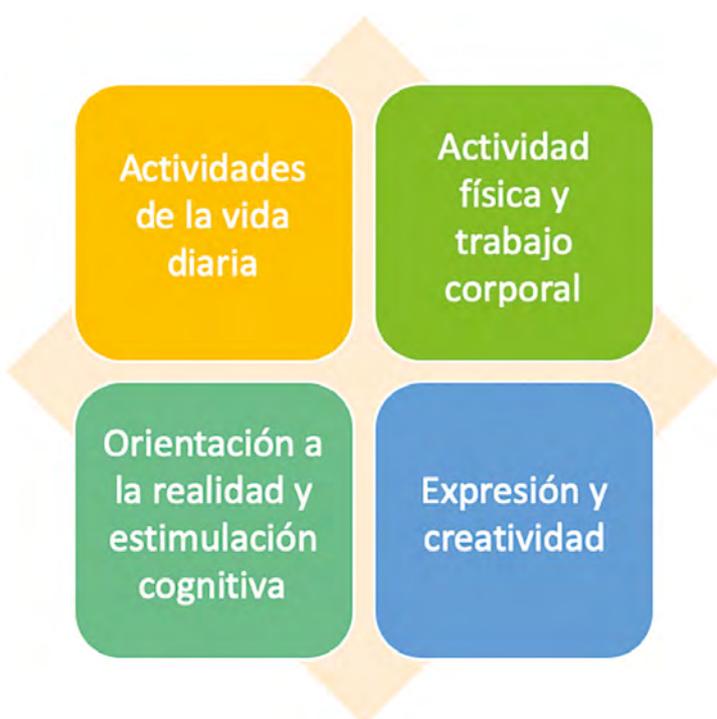
específicas muy especiales. En primer lugar, el trabajo grupal es complejo y requiere de la destreza de un profesional que se maneje bien en un contexto:

- Variable; los pacientes entran y salen de alta en la unidad en un período variable en tiempo, pero casi siempre breve, por lo que el número de sesiones también lo será y la composición del grupo cambiará rápidamente.
- Heterogéneo (sobre todo en cuanto a psicopatología) y habitualmente grave en cuanto a sintomatología.
- Cerrado y tenso: nos referimos al contexto mismo de la hospitalización.

A continuación, hablaremos de los contenidos más interesantes para abordar en un entorno hospitalario, pero, para comenzar, cabe señalar que el programa debe ser un espacio:

- De contención y estructura.
- De acogida y acompañamiento.
- En el que se permita la expresión y se fomenten los recursos personales de los pacientes.
- En el que se puedan abordar las dificultades presentes.
- Que facilite el establecimiento de lazos sociales.
- Que ayude a la comprensión de su situación actual.

Los contenidos están organizados por áreas ocupacionales, que se pueden resumir en las cuatro desarrolladas a continuación.



Actividades de la vida diaria

El grado de autonomía en las actividades de la vida diaria constituye un destacado predictor del curso y pronóstico de la enfermedad. La intervención en esta área repercute, así mismo, en la propia autoestima de la persona y en el concepto que los demás tienen de ella, mejorando relaciones familiares y sociales (Sánchez, 2014). El establecimiento de hábitos de vida adecuados supone una mejora en la calidad de vida de las personas.

El grado de autonomía en las actividades de la vida diaria constituye un destacado predictor del curso y pronóstico de la enfermedad.

Dentro de una unidad de ingreso hospitalario es importante poder trabajar aspectos relacionados con el manejo de las actividades cotidianas y el establecimiento de hábitos saludables con los siguientes objetivos:

- Facilitar la participación e integración del paciente en su comunidad.
- Promover el desarrollo y/o recuperación de hábitos y roles significativos.
- Fortalecer la confianza personal, disminuyendo el estigma y la posible sobreprotección familiar/institucional.

Actividad física y trabajo corporal

La actividad física acompaña la realización de todas o casi todas nuestras actividades cotidianas. Se han comprobado los beneficios de la actividad física, no solo en la mejora de la realización de las actividades de la vida diaria, sino en el deterioro propio de estas característico de la evolución de la enfermedad mental (Palomares, 2017). Diversos estudios han fundamentado que la práctica de ejercicio físico aumenta el nivel de confianza de las personas con enfermedad



Foto de Jonathan Chng en Unsplash

mental, mejora su funcionamiento cognitivo y su calidad de vida y disminuye los niveles de ansiedad o depresión (Morgan, 2019), ayudando a reducir la sintomatología de las enfermedades mentales (Stanton, 2014) y aumentando la calidad de vida de las personas (Malchow, 2013).

Los objetivos del trabajo en actividad física en la unidad de hospitalización psiquiátrica son los siguientes:

- Reducir el impacto de la posible sintomatología presente.
- Aprender los beneficios del ejercicio físico.
- Adquirir el hábito para la práctica regular.
- Elegir actividades deportivas dentro de su propio abanico de intereses.
- Conocer y practicar las normas básicas para la práctica de ejercicio y la posibilidad de utilizar servicios externos una vez estén de alta.

Dentro del trabajo corporal podemos incluir el trabajo psicomotriz, la gimnasia suave, la higiene postural y la relajación. La psicomotricidad nos facilitará, específicamente, el ejercicio de la coordinación gruesa y fina, el equilibrio, la propiocepción, la lateralidad, el esquema corporal, aspectos temporoespaciales y praxias.

Orientación a la realidad y estimulación cognitiva

Debido al aislamiento social, propio tanto de la enfermedad mental como de la idiosincrasia del ingreso

hospitalario, se considera necesario fomentar el contacto con la actualidad, actuando, a su vez, sobre las capacidades cognitivas y sociales, trabajando con los siguientes propósitos:

- Facilitación de la orientación temporal y espacial de las personas dentro del ingreso.
- Estimulación de las destrezas de comunicación e interacción.
- Contacto y vinculación con el exterior y con el contexto actual.
- Búsqueda de intereses y establecimiento de rutinas.

Para poder trabajar la estimulación cognitiva, facilitaremos programas orientados a la planificación, la resolución de problemas, la atención, la inhibición y el control de la impulsividad y la fluidez ideacional, con los siguientes objetivos:

- Mejorar, mantener y potenciar las capacidades cognitivas.
- Estimular el trabajo cognitivo y lograr mantener cierta tolerancia en su ejercicio.
- Mejorar la atención y la concentración.
- Trabajar la comprensión lectora y la expresión escrita.
- Generalizar los ejercicios en la rutina ocupacional.

Expresión y creatividad

Como hemos señalado con anterioridad, un período de hospitalización puede ser vivido como tedioso y aburrido. Además, las personas ingresadas en uni-

dades psiquiátricas se ven privadas de sus propios enseres y de sus posibles entretenimientos, y la vida diaria en la planta no ayuda a organizar la rutina diaria de cara al mantenimiento de cierto equilibrio ocupacional.

Por ello, es interesante la creación de espacios de actividad creativa, dentro del arte, de la escritura..., así como espacios pensados para el encuentro social lúdico que faciliten los siguientes objetivos:

- Explorar intereses y roles.
- Ofrecer oportunidades de disfrute, actividades gratificantes.
- Incorporar el ocio a la rutina diaria.
- Potenciar la motivación y la confianza personal.
- Favorecer y desarrollar habilidades perceptivomotoras, procesales y comunicativas necesarias para mejorar la ejecución de las ocupaciones.

También es interesante, dentro de esta área, la creación de espacios grupales de desempeño individual, que permitan el desarrollo de habilidades o intereses

ocupacionales de forma personal pero dentro de un contexto compartido. La elección de la actividad se hace de acuerdo a los intereses y elecciones del paciente, pero sobre la base de criterios clínicos facilitados por el terapeuta que ayuden a generar mayor bienestar y a conseguir los objetivos terapéuticos marcados.

Es posible ofrecer otros espacios teniendo en cuenta la formación del terapeuta, como pueden ser:

- Musicoterapia.
- Integración sensorial.
- Arteterapia.

La implementación de programas de actividades y talleres que incluyan las diferentes áreas ocupacionales del ser humano (autocuidado, trabajo y tiempo libre) es una propuesta equilibrada y coherente con las necesidades de los pacientes ingresados.

Conclusiones

La participación de las personas ingresadas en una unidad de ingreso psiquiátrico en actividades organizadas y dirigidas terapéuticamente puede ser muy beneficiosa, tanto para su evolución clínica como para el clima ambiental de la propia unidad. La implementación de programas de actividades y talleres que incluyan las diferentes áreas ocupacionales del ser humano (autocuidado, trabajo y tiempo libre) es una propuesta equilibrada y coherente con las necesidades de los pacientes ingresados.

Lo más positivo sería que estos programas se desarrollaran en propuestas grupales e individuales, en las que el



Foto de Jonathan Borba en Unsplash

entorno acompañara los procesos de una manera selectiva y que fueran monitorizadas por profesionales formados específicamente para ello.

Bibliografía:

- Creek J. (2000). Occupational Therapy and Mental Health, segunda edición. Ed. Churchill Livingstone.
- Díaz Seoane, B., Canosa Domínguez, N., Talavera Valverde, M. Terapia Ocupacional. La importancia del Contexto. En: www.terapia-ocupacional.com 2003.
- Durante Molina, P., Noya Arnaiz, B. (1998). Terapia Ocupacional en Salud Mental. Principios y Práctica. Barcelona: Masson.
- Durante Molina, P., Noya Arnaiz, A., Moruno Miralles, P., et al. (2000). Terapia Ocupacional en Salud Mental, 23 casos clínicos comentados. Editorial Masson.
- Gómez, C. (2013). Intervención desde Terapia Ocupacional en Salud Mental. Monsa-Prayma Ediciones.
- González Morales, M., López Martín O. (2013). Competencias del terapeuta ocupacional en Salud Mental. Un estudio descriptivo transversal en la Comunidad de Castilla la Mancha. TOG (A Coruña) [Revista en internet] 2013 [fecha de consulta];10(18):20. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original5.pdf>.
- Guzmán, S. (2016). Manual práctico de Salud Mental en Terapia Ocupacional. Editorial Síntesis.
- Izquierdo, C., Caro Rebollo, F., Escusa Julián, M., Galán Calvo, F., Gracia López, L., Martín Gracia, A., et al. (2009). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [Internet]. [Consultado el 22 de febrero 2019]; Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf.
- Malchow, B., Reicj-Erkelenz, D., Oertel-Knöchel, V., Keller, K., Hassan, A., Schmitt, A., et al. (2013). The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 263(6):451-67.
- Moratinos de Pablo, C., Guzmán Lozano, S., Alsina Lloveda, N., Bellido Mainar, J. R., Comellas Pastallé, G., Gómez Rodríguez, J. M., et al. (2009). Funciones del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita];6(4):259-75. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/funcionsm.pdf>.
- Morgan, A., Parker, A., Alvarez-Jimenez, M., Jorm, A. (2013). Exercise and Mental Health: An Exercise and Sports Science Australia Commissioned Review. Journal of Exercise Physiology, 16(4):64-73. Disponible en: https://www.asep.org/asep/asep/JEPonlineAUGUST2013_Morgan.pdf.
- Palomares Díaz, P., Rodríguez Martí, M., Vercher Félix, C. (2017). Características epidemiológicas del paciente que ingresa en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Departamento de Salud de Gandía. Revista Española de Enfermería de Salud Mental [Internet], [Consultado el 22 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/14/20>.
- Ricarte Equidazu, M. (2015). Revisión bibliográfica: intervenciones desde terapia ocupacional en salud mental, análisis bibliográfico basado en la evidencia. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2015 [fecha de consulta];12(22):14. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/revision4.pdf>.
- Romero Ayuso, D., Moruno Miralles, P. (2003). Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Editorial Masson.
- Sánchez Mudarra, M., Madoz-Gúrpide, A (2014). La Terapia Ocupacional en el “Centro de recursos y terapias polivalentes” del Centro de Salud Mental San Blas en Madrid; propuesta de un programa de intervención. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2014 [fecha de consulta];11(20):17. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original6.pdf>.
- Stanton, R., Hapell, B. (2014). A systematic review of the aerobic exercise program variables for people with schizophrenia. Curr Sports Med Rep, 13(4):260-6.
- Talavera Valverde, M.A. (2007). Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>.
- Talavera Valverde, M. A., García Gonzalo, N. (2001). Intervención de Terapia Ocupacional en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Ferrol. Revista de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO). N° 27 Monográfico de Psiquiatría. Diciembre 2001.
- Vallés Jordá, M., Alarcón Fernández, R., Angulo García, A., Ferré Cabré, M., Ganga Linares, E., Luque Susín, A., et al., compiladores (2009). Uniendo ideas hacia un mismo objetivo: La Salud Mental. Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña).
- Willard, H. S., Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Schell, B. A. B. (2009). Willard & Spackman's Occupational therapy. 11 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar directamente con el autor:

Elisa Sesé - elisasese@gmail.com

Estrategias de ocupabilidad para la recuperación en Salud Mental



Victòria Monell

Directora gerente de la Fundació Malalts Mentals de Catalunya

En la actualidad se cuenta con amplia evidencia sobre los beneficios de la ocupabilidad para las personas con trastornos mentales como eje preventivo y motor de recuperación. Al hablar de ocupabilidad nos referimos tanto a la inserción laboral como a la inserción comunitaria de la persona: mantener el vínculo con la familia, con su entorno, llevar a cabo actividades rehabilitadoras a fin de poder realizar su proyecto de vida en términos de igualdad y de plenos derechos. La ocupabilidad tiene todavía un largo camino por recorrer en el ámbito de la Salud Mental, y la crisis sociosanitaria de la pandemia de COVID-19 ha agudizado más las dificultades existentes, con repercusiones en diferentes aspectos fundamentales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Núm. 2, p. 100). En este sentido, el bienestar se entiende como la “situación en que se encuentran satisfechas las necesidades de todos los dominios de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, emocionales y sociales” (Diccionario de Servicios Sociales, Departamento de Acción Social y Ciudadanía, p. 44).

Igualmente, el Plan de Salud Mental de Barcelona 2016-2022 (Ayuntamiento de Barcelona, 2016) concreta dos de las líneas de acción orientadas a estos principios:

- “Mejorar el bienestar psicológico de la población y reducir la prevalencia de los problemas de salud mental, abordando los determinantes sociales y culturales de la salud mental, con una perspectiva de ciclo de vida y de equidad y una atención especial a los grupos con mayor vulnerabilidad” (p. 38).
- “Garantizar servicios accesibles, seguros y eficaces para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y socioculturales de las personas con problemas de salud mental y de sus familias” (p. 46).

El nuevo paradigma de salud mental, alineado con la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, atiende a una visión holística del ser humano y comprende la salud por encima del paradigma médico-rehabilitador para incluir la perspectiva de la propia persona y la satisfacción de los proyectos vitales. Desde la Fundació Malalts Mentals de Catalunya compartimos el objetivo



Foto de Annie Spratt en Unsplash

común de mejorar los proyectos de vida de las personas que sufren situaciones de complejidad, poniendo el foco en tres aspectos:

- El empoderamiento.
- La autonomía.
- La satisfacción personal.

Todas las restricciones y medidas preventivas de la pandemia han incidido, y continúan incidiendo, en el bienestar físico, mental y social de la sociedad en general y, consecuentemente, sobre la salud.

De acuerdo con las investigaciones, existen barreras para alcanzar o mejorar este bienestar psicológico, entendiendo las barreras como “factores en el entorno de una persona que, con su ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad: por ejemplo, ambientes físicos inaccesibles, falta de ayudas técnicas apropiadas y actitudes negativas frente a la discapacidad” (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011, p. 340). Las principales barreras son:

- Estereotipos sobre las personas con discapacidad, siendo a menudo la barrera más difícil de superar.

- Barreras sociales que impiden que puedan disfrutar en igualdad de condiciones de los mismos derechos que el resto de la ciudadanía, como promueve el artículo 3 de la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art. 3, p. 5, 2008): “*el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual y la libertad de tomar decisiones; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana; la igualdad de oportunidades, y la accesibilidad*”.

Para romper estas barreras, una herramienta que ocupa una posición destacada para alcanzar el bienestar personal consiste en fomentar la ocupabilidad, entendida en dos vertientes:

- Acceso al mundo laboral.
- Tener una vida plena, en comunidad y con el apoyo necesario para llegar a conseguir los propios proyectos vitales.

Las principales dificultades existentes para conseguir estos dos aspectos de la ocupabilidad son:

- I. la discriminación y el estigma por razones de salud mental, que están presentes desde el contexto laboral hasta el de ocio, desde la búsqueda de trabajo hasta la participación en los equipamientos de barrio y municipales. Según las estadísticas aportadas por la asociación Obertament (2016), la tasa de desempleo de las personas con diagnóstico de salud mental es del 61,9%, 44,2 puntos más elevada que en la población general. El 48,5% de las personas con problemas de salud mental han ocultado su trastorno en el trabajo para evitar un trato discriminatorio; el 19,5% de las

La ocupabilidad tiene todavía un largo camino por recorrer en el ámbito de la Salud Mental, y la crisis sociosanitaria de la pandemia de COVID-19 ha agudizado más las dificultades existentes.

personas con un trastorno mental han sufrido burlas o escarnios en el trabajo, el 16,9% han sufrido aislamiento por tener un problema de salud mental y el 14,8% se han sentido controladas o sobreprotegidas.

II. El sedentarismo provoca un deterioro de las habilidades sociales con tendencia al aislamiento del mundo exterior, que puede incrementar el pensamiento negativo y favorecer la aparición o agudización de los trastornos de ansiedad, crisis de angustia, trastornos depresivos... En la situación de pandemia ha aumentado el sedentarismo en un 15%, incrementándose en dos horas la media de tiempo que se pasa sentado, de 5 a 7,1. Durante el período de confinamiento, el 50,2% de la población ha estado sentada más de 6 horas al día (cuando antes del confinamiento era el 35,3%).

III. Las situaciones de soledad no deseada por el hecho de no tener una buena red familiar y social es un factor de riesgo, ya que predispone a mayores situaciones de exclusión social y con consecuencias para la salud. Además, según la OMS, dos terceras partes de los afectados por un trastorno mental no llegan nunca a pedir ayuda a un profesional sanitario.

IV. Situaciones de complejidad: son una serie de circunstancias sociales que afectan directamente al desarrollo de los proyectos vitales de las personas que atendemos. Las situaciones de complejidad que valoramos son las siguientes: 1) dependencias y adicciones, 2) patologías somáticas, 3) trastornos de la conducta, 4) deterioro cognitivo, 5) desestabilización psicopatológica, 6) situación económica deficitaria, 7) sin documentación, 8) extutelados por la DGAIA y 9) entorno familiar negativo¹. Tales situaciones influyen en el día a día de estas personas limitando las posibilidades de disfrutar en igualdad

de condiciones de los derechos como el resto de la ciudadanía. Estos condicionantes socioeconómicos, sanitarios y culturales perpetúan la cronificación de las situaciones personales hacia la exclusión y vulnerabilidad sociales de las personas con diagnóstico de salud mental y medidas de apoyo judicial.

V. A raíz de la pandemia de COVID-19, hay que añadir las restricciones de la libertad de la movilidad.

Estas circunstancias determinantes de los proyectos vitales y las situaciones de complejidad de los usuarios de los servicios se han visto agravadas drásticamente durante la pandemia de COVID-19:

- La necesidad del aislamiento y las cuarentenas han repercutido negativamente en la salud mental de la población general, y particularmente de los grupos poblacionales más vulnerables.
- La mayor tendencia a una posición pasiva y el mayor sedentarismo, junto con el cierre de algunos servicios presenciales, han supuesto dejar de lado actividades que fomentan la estimulación cognitiva, actividades creativas y actividades relacionales que estimulan una vida saludable, con el consiguiente empeoramiento en el propio proceso de recuperación y un aumento del deterioro cognitivo.
- A consecuencia de la situación de confinamiento y aislamiento social, ya de por sí agravante de situaciones de necesidad y precariedad, se ha producido un empeoramiento en diferentes ámbitos de la salud general.
- Se han agudizado las situaciones de complejidad, con un aumento de las dependencias y adicciones, empeoramiento de algunas patologías somáticas (por la falta de seguimiento y saturación de los servicios), recrudescimiento de algunos trastornos de la conduc-

¹ Informe de Complexitat de l'Associació ENCAIX.



Foto de Marc Mueller de Pexels

ta en situaciones de cierre domiciliario y convivencia conflictiva, deterioro cognitivo por falta de asistencia a los servicios de rehabilitación, desestabilización psicopatológica, empeoramiento de situaciones económicas deficitarias por la paralización de trámites con las administraciones y supresión de actividades en recursos comunitarios y de ocio, siguiendo las recomendaciones de aforos y reducción de contactos.

Estrategias para reducir la vulnerabilidad social provocada por la COVID-19

Hay que poner todos los esfuerzos en reducir los efectos y las consecuencias de la pandemia de COVID-19 para reducir la vulnerabilidad social a través de la ocupabilidad. Para ello, son diversas las estrategias que se pueden llevar a cabo:

Empoderamiento

- Fomentar la participación en el propio proyecto vital, recogiendo la voluntad, las preferencias y las necesidades.
- Fomentar la toma de conciencia de las capacidades para llevar a cabo el proyecto.
- Aprendizaje: para ayudar a adquirir los hábitos necesarios.
- Acompañar el desarrollo personal para facilitar que la persona pueda producir cambios en su proceso de vida.

La inserción laboral y la inserción comunitaria son uno de los pasos a dar para conseguir la completa integración social de las personas.

Actividades rehabilitadoras

- Promoción de actividades de ocio (como aficiones, cultura, voluntariado, deportes y socialización), ya que la participación es una herramienta para facilitar la prevención y la recuperación a través de procesos psicológicos, biológicos, sociales y conductuales que operan a nivel individual (micro), de grupo (meso) y social (macro).

Red de proximidad

Las personas necesitamos una red de proximidad de apoyo formal e informal, por lo que hay que potenciar una red formada por:

- Círculo familiar, vecinos y amistades cercanas.
- Profesionales, recursos y servicios del entorno (desde comercios de proximidad, servicios específicos de Salud Mental, otros profesionales de proximidad como son los del Centro de Atención Primaria o los Programas de Seguimiento individualizados de los Centros de Salud Mental de Adultos, los trabajadores familiares, los auxiliares de limpieza u otros agentes relevantes), para favorecer el ejercicio en pleno derecho como ciudadanos y favorecer el propio proyecto vital trabajando la inclusión en el entorno.
- Esta red aumenta la ocupabilidad y, en general, la satisfacción con el proyecto vital. Las personas que cuentan con una red de proximidad reducen la incidencia de los factores de complejidad, en especial, las dependencias y adicciones, las patologías somáticas, los trastornos conductuales, el deterioro cognitivo y la desestabilización psicopatológica.
- Trabajar la funcionalidad integral de la persona dentro de su entorno de proximidad favorece “la inclusión en la comunidad y la educación, y soluciones orientadas más allá del componente médico para dar enfoques más interactivos que reconocen que la discapacidad en las personas se origina tanto en los factores ambientales como en el cuerpo” (OMS y Banco Mundial, 2011, p. 3), reivindicando un papel activo de los usuarios y de los profesionales. De forma que la consideración de estas más allá de la vertiente médico-rehabilitadora afectaría a otros factores, como causas judiciales pendientes, capacidad económica, situación de vivienda, voluntad sobre el propio proyecto u otros aspectos relevantes.
- Si estas actividades se realizan en el entorno de la persona, favorecen la constitución de una red de proximidad, sostenibilidad y desestigmatización.

Apoyo a la inserción laboral

La inserción laboral y la inserción comunitaria son uno de los pasos a dar para conseguir la completa integración social de las personas. Para promover la inserción



Foto de Tiger Lily de Pexels

laboral y desarrollar las competencias transversales necesarias, en función de la situación personal de cada persona, se puede acceder a diferentes recursos como:

- Servicios prelaborales, que sirven para adquirir o recuperar hábitos laborales y diseñar el propio itinerario formativo.
- Servicios de orientación laboral, que persiguen el objetivo de la inclusión en la empresa ordinaria.
- Centros especiales de empleo.
- Servicios integrales de orientación, acompañamiento y apoyo a la inserción.

Los derechos de las personas con discapacidad y la necesidad de satisfacción de los proyectos vitales son, por lo tanto, iguales que los del resto de la ciudadanía. Esta satisfacción necesita gozar de plena salud y de una ocupación rehabilitadora tanto a nivel laboral como de los tiempos de ocio, así como incluir las redes comunitarias del propio entorno. Para garantizar estos derechos, no es suficiente solo que se garanticen las necesidades básicas como tener un lugar donde vivir, contar con unos ingresos mínimos para subsistir o disponer de la atención médica y social que se requiere. Hay que reivindicar la participación de las personas con discapacidad en el tejido social para llegar a la transformación para una sociedad más inclusiva y, por lo tanto, que el apoyo llegue desde diferentes vertientes para mejorar el bienestar de las vidas de todos.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar directamente con el autor:

Victòria Monell - vmonell@fmmc.cat

