

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).

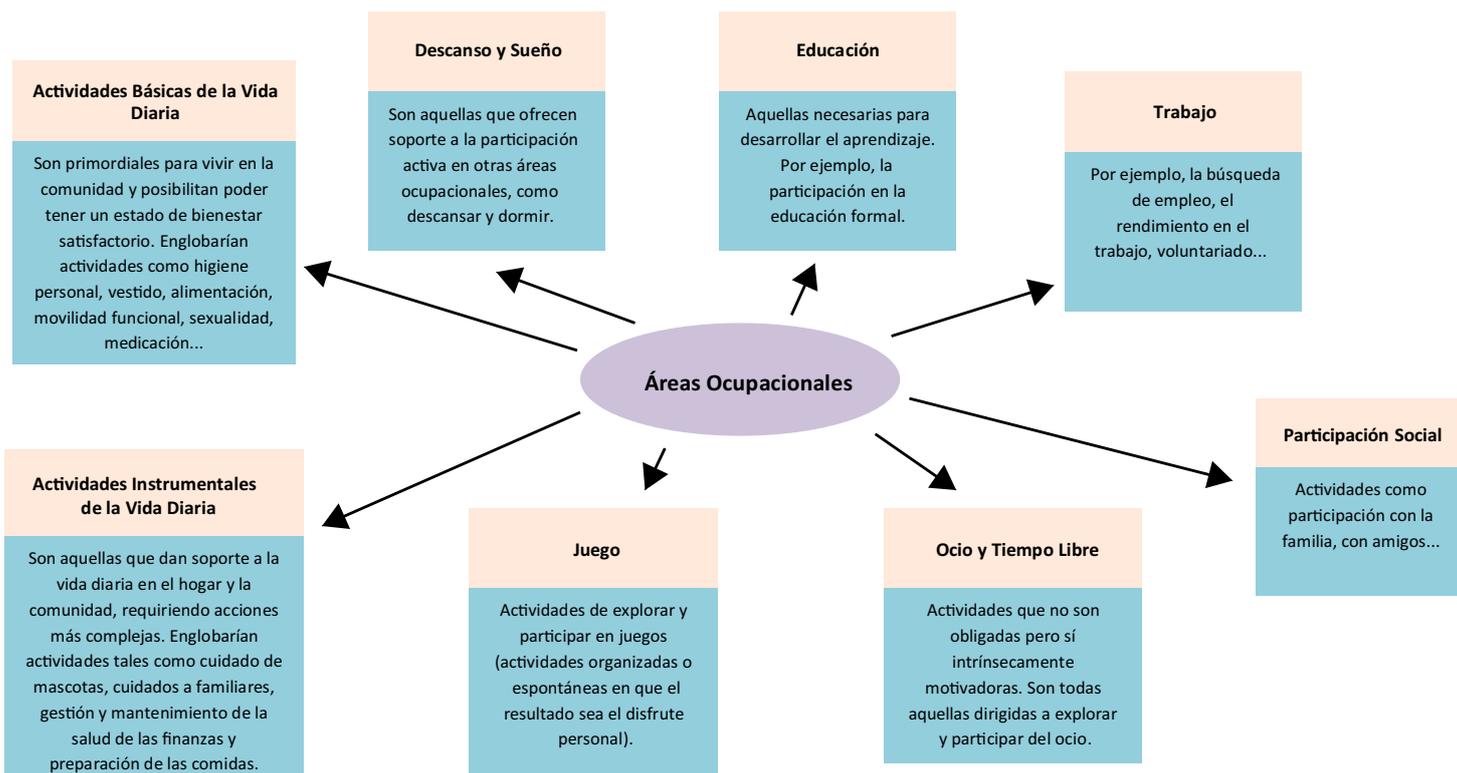
Ya en 1934 (Dunton, en: AOTA, 2020), los profesionales de la TO centran su práctica en la importancia de establecer una relación terapéutica con cada cliente y en diseñar un plan de tratamiento ocupacional basado en el conocimiento sobre su entorno, sus valores, metas y deseos personales. Así pues, se 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

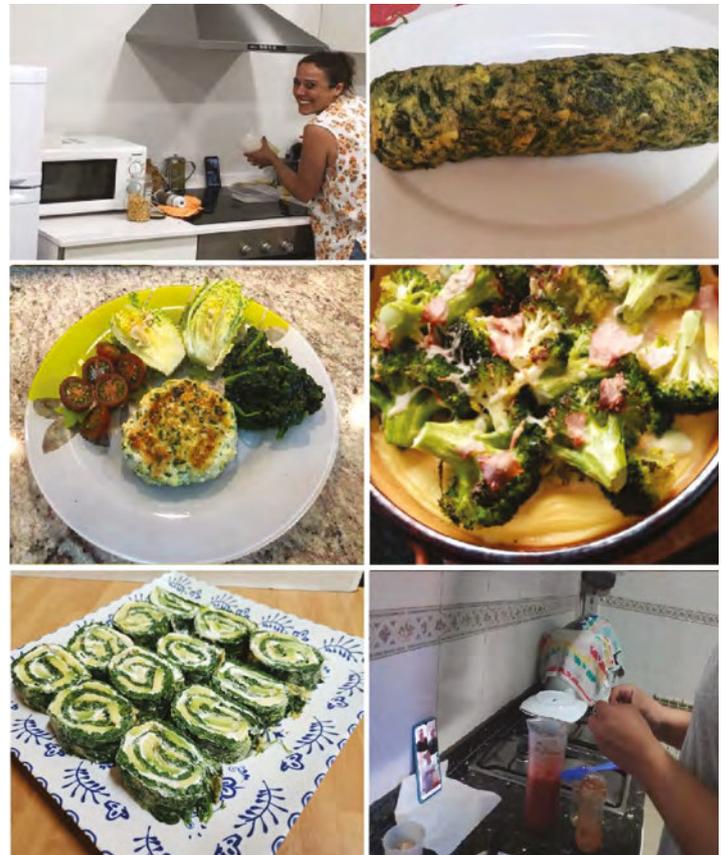
(Csikszentmihalyi, 1990; Kiernat, 1983; Lawton y Nahemow, 1973). Por otra parte, cuando el ambiente demanda un desempeño muy por debajo de la capacidad, puede producir aburrimiento y desinterés e incluso conducir al “*tipo de afecto y conducta negativos observados en la deprivación ocupacional*” (Kiernat,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