

A PROPÓSITO DE “EN LA VIDA DIARIA”: TERAPIA OCUPACIONAL, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

ON “DOING DAILY LIFE”: OCCUPATIONAL THERAPY, RECOVERY AND PSYCHIATRIC REHABILITATION



Marta Hernando-Pina*

Terapeuta ocupacional en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Navarra (Servicio navarro de salud-OSASUNBIDEA).

ORCID: 0000-0002-1094-5994

E-mail de contacto:

marherp78@yahoo.es

*autora para la correspondencia



Miguel-Ángel Valverde-Eizaguirre

Psicólogo Clínico (jubilado)

ORCID: 0000-0002-5574-9049

Introducción: ésta es una reflexión a propósito de un artículo importante acerca de las aportaciones teóricas y prácticas de la terapia ocupacional a la rehabilitación psiquiátrica, en base al potencial actual de su saber y experiencia, y por la relación entre ocupación, salud y bienestar, que abarca la participación y el compromiso en ocupaciones. Desarrollando el concepto de justicia ocupacional, los autores y autoras sugieren un cambio de paradigma, que promueve un sistema transdisciplinar de atención a las personas con trastorno mental grave, orientado a la recuperación, donde el enfoque colaborativo, el modelo centrado en la persona y el trabajo realizado sobre el mundo de la vida son aspectos fundamentales y congruentes con la terapia ocupacional. **Método:** realizamos una revisión somera del artículo que sintetiza, resalta y orienta el papel relevante que puede desempeñar la terapia ocupacional tanto en la rehabilitación psiquiátrica como en la recuperación de las personas diagnosticadas con trastornos mentales, y vertimos una reflexión a propósito del mismo incluyendo unas ideas críticas al objeto de ampliar su alcance. **Conclusión:** el modelo propuesto sugiere considerar que la ocupación debe trascender aún más cierta perspectiva finalista y adaptarse al proceso personal, y superar las limitaciones inherentes a la concepción biomédica, resaltando que el diálogo y la empatía necesitan encauzar la relación con la persona a la que se brinda ayuda.

Introduction: This is a reflection on an important article about the theoretical and practical contributions of occupational therapy to psychiatric rehabilitation: the current potential of its knowledge and experience and the relationship between occupation, health and well-being, including participation and commitment to occupations. By developing the concept of occupational justice, the authors propose a paradigm shift in which a transdisciplinary care system for people with severe mental disorder is promoted. Fundamental features of this new paradigm are the collaborative approach, the person-centered model and the work done on the world of life, which are also consistent with the principles that guide occupational therapy interventions. **Method:** We did a brief review of the article that synthesizes, highlights and guides the relevant role that occupational therapy can play both in psychiatric rehabilitation as well as in the recovery of people diagnosed with a mental disorder. Finally, we reflected on it adding some critical ideas in order to expand its scope. **Conclusion:** The model suggests that occupation must go beyond its finalistic perspective and adapt to the patient's personal evolution, overcoming the inherent limitations of the biomedical concept of health. It also highlights the key role that dialogue and empathy play in channeling the relationship with the person being helped.

DeCS Terapia ocupacional; Rehabilitación psicosocial; Recuperación; Salud mental. **Palabras clave** Ocupación; Perturbaciones o disfunciones ocupacionales; Rehabilitación psicosocial; Recuperación; Salud mental.

MeSH Occupational Therapy; Psychosocial rehabilitation; Recovery; Mental health. **Key words** Occupation; Occupational disruptions; Psychosocial rehabilitation; Recovery; Mental health

Texto recibido: 13/05/2020

Texto aceptado: 20/10/2020

Texto publicado: 30/11/2020

Derechos de autor



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

INTRODUCCIÓN

Las y los terapeutas ocupacionales sitúan su intervención sobre la ocupación, un elemento inmediato y sustancial que constituye gran parte de la vida de todas las personas.

El concepto de justicia ocupacional, acuñado a mediados de los noventa, relacionado con las teorías de Wilckock y Townsend⁽¹⁾, resalta el derecho a la igualdad de oportunidades para participar en ocupaciones, defendiendo que toda persona pueda «hacer, llegar a ser y pertenecer»⁽²⁾ mediante su implicación en ocupaciones significativas y valiosas. Cuando este derecho fundamental se entorpece surgen injusticias ocupacionales, afectando con mayor intensidad a algunos colectivos. Es el caso de las personas con trastorno mental grave, que pueden experimentar dificultades importantes para el desempeño de ocupaciones con significado, con vivencias y sentimientos negativos asociados a la experiencia en el desempeño y la exclusión.

Los problemas ocupacionales que sufren las personas, generan efectos a nivel individual y comunitario, por ello es importante entenderlos y abordarlos de manera eficiente. Esto requiere desarrollos para facilitar la consecución de la meta final de las intervenciones de terapia ocupacional: «capacitar la participación en ocupaciones». El modelo de la recuperación, un desarrollo compartido por diversas disciplinas y colectivos de personas usuarias y profesionales, comparte valores, perspectivas y conceptos con la terapia ocupacional. Surgió hace unos años, siendo también una alternativa al modelo biomédico tradicional⁽³⁾. En este modelo la intervención profesional de las y los terapeutas ocupacionales requiere un abordaje colaborativo, centrado en la persona, y sobre la vida diaria, incluyendo las actividades cotidianas con significado. El modelo de recuperación podría sustentar y orientar la práctica dentro del campo de la «rehabilitación psiquiátrica». Impulsa a evitar las relaciones jerárquicas del modelo experto que potencia el rol de persona enferma/paciente y a apoyar la responsabilidad personal del propio proceso de la persona, acompañando y facilitando la recuperación, además de crear conjuntamente las oportunidades, como una responsabilidad profesional

MÉTODOS

Hemos recogido un artículo importante⁽⁴⁾, de autoría de prestigio en el campo de la terapia ocupacional, con amplia experiencia en la recuperación en salud mental, que justifica y avala el uso de este enfoque, resaltando las áreas comunes entre recuperación y terapia ocupacional y, como otros autores y autoras, también los términos compartidos entre ocupación y salud que fundamentan y facilitan la práctica de la terapia ocupacional. Los orígenes de la profesión, con sus fundadoras y fundadores provenientes de diferentes disciplinas, están muy ligados a la perspectiva de la recuperación. Algunas publicaciones sientan las bases de este modelo en el tratamiento moral de Adolf Meyer, el cual concedía una importancia mayor a la historia biográfica de la persona e intervenía sobre los problemas en la vida diaria⁽⁵⁾.

Muchas publicaciones, desde la reforma psiquiátrica y, sobre todo, desde los años 90, refieren los beneficios del uso del enfoque de la recuperación en salud mental. Hay evidencia que avala, con experiencias positivas, la implantación de programas y servicios basados en este modelo, ya en desarrollo en otros países, para crear oportunidades que favorezcan la superación de los problemas ocupacionales asociados y la participación en actividades cotidianas con significado como personas y ciudadanas y ciudadanos que pertenecen a una comunidad^(2,5). Los propios planes de salud mental de las comunidades autónomas empiezan a incluir conceptos congruentes con el modelo de la recuperación, junto a una potenciación del modelo comunitario y la atención centrada en la persona como ejes fundamentales de actuación, además de fomentar la participación de los propios usuarios y usuarias.

El artículo⁽⁴⁾ destaca el papel fundamental que la terapia ocupacional, considerando su meta final de «capacitar la ocupación», desempeña en el campo de la salud mental, tanto a nivel teórico como práctico, también en el ámbito de la recuperación y rehabilitación psiquiátrica. Revisan la base teórica y los fundamentos de la profesión que orientan la práctica diaria, con la ocupación y sus determinantes como eje central. Conciben al ser humano como ser ocupacional^(1,4), entendiendo la ocupación no sólo como una necesidad, sino como un elemento que vertebra la vida cotidiana de todas las personas, en referencia a la supervivencia, salud, bienestar, y al desarrollo del potencial humano. Consideran que la ocupación se incrusta en diversos elementos como la motivación, la experiencia, la elección, la actividad o la participación, y resaltan seis determinantes contextuales de la ocupación, entre otros los cognitivos, espirituales, socioculturales y



emocionales⁽⁴⁾.

Los autores consideran el impacto social de la enfermedad mental, tanto a nivel individual como comunitario, en la actividad ocupacional, pero también se resalta la oposición con el concepto de Justicia Ocupacional⁽¹⁾. Describen e ilustran diversos términos que ha desarrollado la terapia ocupacional para distinguir diversas perturbaciones ocupacionales que las personas con trastorno mental grave pueden manifestar y experimentar, asumiendo su carácter holístico. Alienta a las y los profesionales a integrar dichos términos para abordar los tratamientos priorizando determinados aspectos relacionados con la actividad, la participación y el ambiente, y a impulsar que la propia persona sea parte activa, alejándose así del mero abordaje de síntomas propugnado por el modelo biomédico centrado sobre los déficits⁽⁴⁾.

A continuación, antes de describir los distintos niveles de intervención para capacitar la ocupación (individual, ambiental, comunitario) consideran de forma crítica las restricciones asociadas a los servicios que la mayoría de profesionales, también las y los de terapia ocupacional, afrontan en su práctica cotidiana⁽⁴⁾.

El artículo se cierra analizando la compatibilidad existente entre la recuperación, la rehabilitación psiquiátrica y la terapia ocupacional, y destacan el potencial de las aportaciones teóricas y prácticas de la terapia ocupacional, junto a otras disciplinas, para favorecer el desarrollo futuro de la rehabilitación psiquiátrica⁽⁴⁾.

DISCUSIÓN

Los autores y autoras revisan los conceptos principales de la profesión y los diferentes niveles de intervención, corroborando su fundamentación teórica. Entienden la ocupación como determinante de salud y bienestar, y también recogen los conceptos asociados a las diferentes perturbaciones ocupacionales. Todo ello permite entender y justificar un abordaje consonante con los conceptos fundamentales de la recuperación. Por eso animan a las y los terapeutas ocupacionales al desarrollo de iniciativas de rehabilitación psiquiátrica asumiendo el modelo de recuperación.

El modelo de recuperación se esboza demasiado someramente, aunque es cierto que las y los lectores se pueden dirigir a muchos textos^(3,6-7).

En una era en la que el concepto de justicia ocupacional, presente en los códigos deontológicos de la profesión, se erige como un aspecto fundamental a tener en cuenta en nuestra práctica, las y los terapeutas ocupacionales estamos llamados al cambio. Tal y como proclaman Wilcock y Townsend⁽¹⁾ «El avance del concepto es complejo y demanda una perspectiva y un enfoque diferente, así como la implementación de intervenciones desconocidas dentro de la práctica que estén de acuerdo con las directivas de las *Naciones Unidas y la OMS*». La noción de injusticia ocupacional significa que no sólo las alteraciones de la actividad ocupacional, sino también las condiciones que favorecen la injusticia deben considerarse, evidentemente de distintas maneras y a distintos niveles, por el o la terapeuta ocupacional y los equipos donde trabaja. El abordaje de la recuperación en el campo de la rehabilitación psiquiátrica, puede servir para orientar las intervenciones centradas en la persona y en un ámbito comunitario que, al menos teóricamente, se enuncian cada vez más en los planes de salud.

No obstante, podrían realizarse algunas consideraciones, entre otras más posibles, sobre aspectos que a nuestro entender quedan cortos en este trabajo fundamental para el campo de la terapia ocupacional con las personas con dificultades que les llevaron a los servicios de salud mental.

Lo primero a señalar, aunque seguramente los autores y autoras estarían de acuerdo con esta crítica suave, es que no se debe considerar la ocupación como un objetivo finalista, algo que en ocasiones su artículo parece transmitir. A pesar de que la actividad ocupacional es clave, no puede ser ajena al proceso de la persona. En este sentido, puede haber momentos en el desarrollo del proceso de recuperación donde cierta actividad ocupacional no encaje bien con sus necesidades, o no se adecue a ninguna de las actividades incluidas en el programa asistencial o en las que el o la terapeuta ocupacional tenga en mente. La ocupación que se active debe encajar en la piel de la persona, y forzar una actividad ocupacional podría ser nocivo e incluso traumatizante para algunos, especialmente en un entorno asistencial que muchas veces es coercitivo. La actividad ocupacional requiere acomodarse a las necesidades de la persona, y sintonizar con diversos aspectos de la misma, como son su situación personal, las metas y los valores de ella misma. Conectar con los valores de la persona y tener herramientas para hacerlo es muy importante. Seguramente la empatía y el

diálogo son las herramientas más esenciales para ello, por lo que no pueden ni deben sustituirse por una entrevista semiestructurada o un catálogo de posibilidades. La terapia de aceptación y compromiso ha desarrollado líneas de actuación sobre la motivación y los valores en las personas con psicosis⁽⁸⁾.

En segundo lugar, ampliando lo dicho en el párrafo anterior, es necesario tener presente que las diferentes personas no se encuentran en situaciones similares respecto a su recuperación, ni sus necesidades de actividad ocupacional serán las mismas, incluso teniendo el mismo diagnóstico, estando en la misma unidad o en un mismo programa o servicio. La persona puede encontrarse en una situación en la que sentirse segura sea lo fundamental, lo que no es raro en la asistencia coercitiva, que podría ser retraumatizante, pero también en base a su propio proceso. Recordemos que los factores psicosociales en la génesis y desarrollo de los procesos que se denominan trastornos psiquiátricos son las únicas evidencias etiológicas sólidas. Lo que sugiere que muchas personas usuarias de servicios de salud mental confrontan importantes adversidades pasadas y presentes. El «Modelo Sobrevivir, Existir, Vivir», de Pamela Fuller o el de procesamiento del trauma coinciden en establecer tres grandes categorías en consideración al momento procesual de la persona: a) el de estabilidad y seguridad, b) el de procesamiento y c) el de conexión^(9,10). Lo que los autores y autoras nos han expresado en este artículo encaja mejor en la fase tercera, pero lo que es bueno en esta fase puede ser perjudicial en las otras. Creemos que la terapia ocupacional tiene un gran papel en las tres fases. En la de seguridad, las actividades ocupacionales más neutras, como colorear, pueden ser más apropiadas que otras más ambiciosas. Aunque en esta fase las actividades de tomar tierra o *grounding*, las identificativas, por ejemplo enumerar aficiones y gustos propios, las narrativas más simples, evitando los traumas, pueden ser adecuadas, especialmente si se encuadran en reconocer de forma no invasiva a la persona y a fortalecer su self diferenciado. Especialmente en esta fase las actividades basadas en la insistencia o en la proximidad pueden vivirse como amenazantes e invasivas. En la fase de procesamiento, las narrativas más complejas y detalladas, ligadas a mensajes de seguridad y confianza, mediante escritos o la actividad expresiva gradual pueden ser más adecuadas. Se dejan las actividades como las formuladas en el artículo comentado para la fase de conexión o vivir, en la que ya se han superado en buena medida las anteriores, dirigiéndose ésta hacia recuperar una vida comunitaria con significado y a afianzar el procesamiento iniciado en la fase anterior. En esta perspectiva la conexión flexible, en cuanto a intensidad y áreas temáticas, es una habilidad compleja a desarrollar por todos los y las profesionales.

Un tercer aspecto a señalar es que los autores y autoras han soslayado ciertas consideraciones epistemológicas sobre el modelo biomédico, a pesar de impulsar el modelo de recuperación que en algunos elementos es opuesto. Así, parecen conservar términos y conceptos del modelo biomédico como enfermedad mental y rehabilitación, que no encajan fácilmente con el enfoque centrado en la persona, el abordaje colaborativo, la superación de la asimetría de poder entre la persona experta y la persona usuaria a la hora de planear y desarrollar conjuntamente una estrategia y con el mismo concepto de recuperación. El modelo biomédico, o el biopsicosocial que asimiló, está siendo cuestionado incluso desde dentro, desde el mismo movimiento que lo propugnó, alcanzando al sistema diagnóstico, donde casi todos los diagnósticos se han puesto en entredicho por un presumible déficit de fiabilidad y validez. Si los trastornos como déficits biológicos y el concepto de enfermedad por sí mismos resultan estigmatizantes y limitadores está también sobre la mesa de debate. Hay autores y autoras que defienden que este modelo no sólo es erróneo, sino perjudicial⁽¹⁵⁾, inapropiado en procesos de sufrimiento humano, puesto que implica asumir que las personas no sólo batallan con la injusticia ocupacional, sino que tienen limitaciones biológicas que les impiden la recuperación. Además, se discute si los métodos de las ciencias biológicas se acomodan bien al estudio de los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas con un diagnóstico asignado⁽¹⁰⁾. No son cuestiones que parecen menores las que diferencian al modelo de recuperación con el modelo biomédico actual, y pueden ser relevantes en la práctica de cualquier profesión que interviene en este campo, y también para la misma formación teórica. Seguramente en los próximos años este debate se ampliará aún más, tal como lo ha hecho desde la promulgación del DSM-5. Estas son cuestiones muy importantes también para la formación y la práctica de la terapia ocupacional, y conviene ser consciente de los elementos que confluyen en el debate, y no ignorarlo, ya que entre muchos otros aspectos también supone elegir cómo nos situamos, como profesionales, ante la persona usuaria de nuestros servicios y cómo le definimos a él o ella.

CONCLUSIÓN

Adoptar el modelo de recuperación en la práctica de la terapia ocupacional, como en otras actividades profesionales asociadas, significa un importante cambio de perspectiva. Supone también un trabajo relevante a todos los niveles, ya que implica un cambio en los servicios y programas tal y como se han concebido



tradicionalmente. Afortunadamente las premisas de la terapia ocupacional ya eran muy congruentes con este nuevo modelo que puede representar una oportunidad aunque también un desafío. Las y los terapeutas ocupacionales, como parte de los equipos transdisciplinares, pueden representar un papel crucial en el progreso de estas iniciativas. No se debe olvidar que detectar las necesidades cambiantes de las personas y dar una respuesta sensible a ellas es lo fundamental, y que para ello las habilidades de acompañamiento, escucha y de conversación dialógica son claves y se necesitan desarrollar junto a las propiamente ocupacionales.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno de los autores tenemos conflicto de intereses, tampoco hemos recibido financiación para la elaboración de este artículo.

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA

MAVE y MHP declaran haber elaborado este documento: revisión del artículo al cual se hace referencia, búsqueda y consulta de bibliografía relacionada con el tema, reflexión, elaboración y revisiones sucesivas del documento. MAVE y MHP tradujeron el artículo original para un uso privado y en un círculo cercano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schell B, Gillen G, Scaffa M. Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 12ª Edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2016.
2. Brown C, Stoffel VC, Muñoz J. Occupational Therapy in Mental Health. A vision for participation. USA: F. A. Davis Company; 2011.
3. Maone A, D'Avanzo B. editores. Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental. Madrid: Psimatica; 2017.
4. Krupa T, Fossey E, Anthony WA, Brown C, Pitts DB. Doing Daily Life: How Occupational Therapy Can Inform Psychiatric Rehabilitation Practice. *Psyc Rehab J.* 2009, 32 (3): 155–161.
5. Krupa T, Kirsh B, Pitts D, Fossey E., Bruce & Borg's Psychosocial frames of reference: Theories, models and Approaches for occupation-based practice. 4ª Edición. Denver: Ed. Slack Incorporated; 2016.
6. Cooke A. Comprender la psicosis y la esquizofrenia. ¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles? Leicester: British Psychological Society; 2017. Accesible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Comprender-psicosis-esquizofrenia.pdf>
7. Romme M, Escher S. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2005.
8. Morris E, Johns L, Oliver J. Terapia de aceptación y compromiso y atención plena en la psicosis. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2016.
9. Fuller P. Sobrevivir, existir, vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave. Barcelona: Herder; 2015.
10. Johnstone L, Boyle M. The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2018. Accesible en: <https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy%20-%20Files/PTM%20Main.pdf>

Derechos de autor

