

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU ATENCIÓN

O. Sánchez Rodríguez

CAPÍTULO

1

Entender el porvenir de la salud mental implica mirar hacia el pasado y que no pase ni un solo día perpetuando los errores cometidos. Esto es una deuda histórica. Es una responsabilidad de todos.

Contenido

- Objetivos
- Introducción
- La enfermedad mental en la Prehistoria e inicio de nuestra era
- La enfermedad mental en la Edad Media
- La enfermedad mental en el Renacimiento
- La enfermedad mental en la Edad Moderna
- La enfermedad mental en el siglo XX
- Reflexión para el siglo XXI
- Resumen
- Preguntas de autoevaluación
- Referencias

Objetivos

- Reconocer los factores históricos más influyentes en los conceptos de salud y enfermedad mental.
- Revisar la evolución de los servicios de rehabilitación en la enfermedad mental y su vinculación con la terapia ocupacional.
- Identificar la evolución de las necesidades de las personas con enfermedad mental desde un punto de vista antropológico.
- Aportar un análisis histórico que permita reflexionar sobre el momento actual de la atención a la salud mental y el desarrollo de servicios de calidad.

INTRODUCCIÓN

Iniciamos este primer capítulo abordando una apasionante experiencia de conocimiento, analizando desde una perspectiva evolutiva el concepto de salud mental y contemplando algunos de los factores sociológicos y antropológicos que se han ido sucediendo a lo largo de la historia del ser humano. Esta visión permite descubrir cómo las ocupaciones, la conceptualización de las actividades diarias que las definen y la conformación de las características del entorno han sido factores que se han ido incorporando a la comprensión de la salud mental del ser humano y que han permitido dar paso al nacimiento de los servicios de la terapia ocupacional.

Partiendo de la visión mágica de la Prehistoria y llegando a la visión holística de la salud mental a la que parece que la ciencia se dirige, en este capítulo se expone un impresionante camino lleno de acontecimientos que requiere un análisis pormenorizado por parte de los estudiantes e investigadores de las ocupaciones humanas. Mirar atrás para ver de dónde venimos nos permite resituarnos, para afrontar el camino futuro de una manera más eficiente. Por lo tanto, es necesario abordar desde un análisis histórico la interacción entre los factores de salud, los significados asociados a la enfermedad mental y la conceptualización de las actividades de la vida diaria que han ido conformando la vida individual y colectiva y que definen el actual momento histórico.

Paralelamente, la conformación de la investigación biomédica y social y sus descubrimientos aporta un campo de conocimiento sumativo, al que los terapeutas ocupacionales no deben ser ajenos, pero que no es objeto prioritario de estudio de esta publicación, remitiéndose al lector a obras especializadas en estos campos.

Este estudio histórico y científico permite integrar una visión relativista sobre los hechos que la ciencia cree conocer, sobre todo lo que se hace con estos hechos y sobre aquello que se percibe en la experiencia y existencia vital. Así pues, el cambio histórico es imparable y las formas de atención a la salud mental, afortunadamente, también.

LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA PREHISTORIA E INICIO DE NUESTRA ERA

Si nos remontamos a la época prehistórica, podemos concluir que el ser humano atribuyó los fenómenos naturales a voluntades todopoderosas y sobrenaturales. Durante miles de años, la enfermedad y la muerte eran ocasionadas directamente por voluntades ajenas a lo terrenal, representadas por espíritus malignos o por otros seres humanos en quienes se creía que habían encarnado aquellos espíritus. De esta manera, se empezó a construir un concepto «mágico» y un concepto religioso de la enfermedad que había de perdurar hasta nuestros días. La psiquiatría (del griego *psyché*: alma y *iatreía*: curación) no surge como rama científica de la medicina en el siglo XIX; sin embargo, desde los primeros datos encontrados sobre «las afecciones del alma», aparecen vínculos directos entre las ocupaciones y su repercusión sobre la salud mental de los seres humanos.

En la civilización sumeria, en Mesopotamia (4000 a. C.), se consideraba que unos 6.000 demonios eran los causantes de la enfermedad, a la que denominaban *shertu* (palabra que significa pecado, impureza y castigo), por lo que el tratamiento que se establecía era mágico-animista, apareciendo así reflejado en la Tablilla de Nippur.

En Egipto (2000-1500 a. C.) se estableció que era en el cerebro donde se asentaba la mente (en contra de la creencia de los griegos, que consideraban que se situaba en el corazón). Durante una larga época se levantaron templos para melancólicos, donde se utilizaban los juegos y el deporte como tratamiento. Actualmente, se conservan algunos documentos,

como el Papiro Ebers, que es uno de los tratados médicos más antiguos conocidos.

En la civilización griega, a través de figuras como Hipócrates (470-370 a. C.), se consideró la enfermedad mental y su clasificación a través de la teoría de los cuatro humores (flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre) y la relación de éstos con las cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad). Se empezó a contemplar el simbolismo del paciente y se recomendaban la actividad física y el deporte para mejorar la salud. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad de pensar, sentir o soñar y describió enfermedades como la epilepsia, la manía, la paranoia, el delirio tóxico, la psicosis puerperal, las fobias y la histeria.

Posteriormente, Aristóteles (384-322 a. C.) continuó con las concepciones hipocráticas acerca de las perturbaciones de la bilis, mientras que su maestro Platón (427-347 a. C.) consideraba que los trastornos mentales eran en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos, clasificando la locura en cuatro tipos: profética, ritual, poética y erótica.

Los romanos consideraban la enfermedad mental un proceso natural y fundamentaban su aparición asociándola a los deseos insatisfechos y a las pasiones. Médicos como Celso (25-50 a. C.) proponían actividades lúdicas, como la pintura y la música, para el tratamiento de la «insania» y establecieron una sencilla clasificación de las enfermedades, dividiendo las enfermedades mentales en febriles y no febriles.

Areteo (50-130 d. C.) realizó la descripción clínica de varias enfermedades (p. ej., manía, melancolía o personalidad prepsicopática) y se interesó por las características y el bienestar de los pacientes. Galeno (130-200 d. C.) diferenció entre enfermedades localizadas en el cerebro (orgánicas) y localizadas en la mente (mentales) e hizo una síntesis de los conocimientos existentes en su época.

Las culturas griega y romana establecieron el ejercicio y la actividad como método terapéutico, argumentando este beneficio los diferentes personajes y filósofos de la época (Hipócrates, Galeno, Areteo). También en la cultura islámica aparecen pensadores relevantes que dan importancia a las actividades como factor de salud (Maimónides y Avicena).

LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA EDAD MEDIA

No es hasta nuestra era cuando se encuentran referencias de la creación del primer centro

para la atención de la enfermedad mental en Bagdad (792). También se encuentran referencias de la creación de estos centros en El Cairo (873), Damasco (800) y Alepo (1270).

Durante toda la Edad Media, el significado más global de la enfermedad mental era de origen religioso, considerándose a las personas afectadas poseídas por entidades demoníacas, desde un modelo extranatural. En las zonas de creencia católica, no se consideraba un problema de salud, sino un problema religioso y principalmente causado por el mal frente a los postulados del bien. También es posible encontrar en fuentes de la época cómo la lepra hacía estragos en toda Europa (p. ej., en el siglo XII, en Inglaterra y Escocia, existían 220 leproserías para un millón y medio de habitantes), pero a medida que se avanzaba en su tratamiento eran las enfermedades venéreas las que iban asumiendo el papel estigmatizante (Foucault, 2006). Así, puede verse cómo la enfermedad mental, con sus significados extranaturales, durante siglos se mezcló con la lepra y con las enfermedades sexuales, lo que contribuía a una concepción moral de éstas.

De esta época medieval cabe mencionar el *Narrenschiff*, un navío novelesco que existió en realidad, que transportaba de una ciudad a otra personas insensatas. Así, las personas con una enfermedad mental tenían una existencia errante, se las expulsaba de los recintos, se les prohibía la entrada en lugares públicos (p. ej., en las iglesias) o eran confiadas a barqueros (el agua y la navegación eran símbolos de purificación). Estas medidas servían para deshacerse de estas personas enviándolas a lugares apartados (a veces típicos, como Saint Marhurin de Larchant, Ghee o Nuremberg). También hay que señalar que durante la Edad Media y el Renacimiento se han documentado en todas las ciu-

dades de Europa lugares de detención reservados para los «insensatos» (personas con enfermedad mental) de tipo carcelario (Tabla 1-1).

A lo largo de la Edad Media hay que destacar la publicación de diferentes obras de una incipiente Inquisición religiosa (*Inquisitio Haereticae Pravitatis Sanctum Officium*), siguiendo la doctrina respecto a la bula *Summis desiderantes affectibus* del papa Inocencio VIII (1484). En este sentido, cabe hacer referencia a uno de los libros más famosos sobre brujería, *Malleus maleficarum* («El martillo de los brujos»), escrito en 1486 por los monjes dominicos Heinrich Kramer y Johann Sprenger. Dicha publicación se convirtió durante los casi tres siglos siguientes en uno de los principales manuales de la Inquisición, para los jueces, magistrados y sacerdotes, católicos y protestantes, en la lucha contra la brujería en Europa, asociada en la gran mayoría de las ocasiones a sintomatología psiquiátrica y actividades que estaban fuera de los conceptos de la moral cristiana.

LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL RENACIMIENTO

Se sigue percibiendo una visión demoníaca de las personas con enfermedad mental y, con una Inquisición extendida por toda Europa y América, se tiende a tipificar la sintomatología psiquiátrica como elemento simbólico de la herejía, juzgando estos comportamientos y conductas en actos de gran solemnidad (autos de fe) con el fin de que tuvieran una gran repercusión mediática que sirviera de difusión de las creencias y consolidación de la fe católica.

A pesar de esta postura catolicista, puede señalarse como hito relevante el inicio de una cierta corriente científica sobre la enfermedad mental, planteándose los primeros intentos de

TABLA 1-1. Homilía en la Catedral de Valencia de Fray Juan Gilabert Jofré, 24 de febrero de 1409

«En la presente ciudad —dijo el comendador de la Merced— hay mucha obra pía y de gran caridad y sustentación; pero aún falta una, que es de gran necesidad, cual es un “hospital” o casa donde los pobres inocentes y furiosos sean acogidos. Porque muchos pobres inocentes y furiosos van por esta ciudad, los cuales pasan grandes desaires de hambre, frío e injurias. Por tal, como por su inocencia y furor no saben ganar ni pedir lo que han de menester para sustentación de su vida, por lo que duermen por las calles y perecen de hambre y de frío, muchas personas malvadas, no teniendo a Dios ante los ojos de su conciencia, les hacen muchas injurias y daño, y señaladamente allá donde les encuentran dormidos los vejan y matan a algunos y a algunas mujeres avergüenzan. Asimismo, los pobres furiosos hacen daño a muchas personas que van por la ciudad. Estas cosas son notorias a toda la ciudad, por lo que sería santa cosa y obra muy santa que en la ciudad de Valencia fuese hecha una habitación u “hospital” en que semejantes locos e inocentes estuviesen de tal manera que no fuesen por la ciudad ni pudiesen hacer daño ni les fuese hecho»

estudio y clasificación técnica de las enfermedades mentales, así como una primaria visión humanista de su tratamiento (internamiento), que está aún lejos de asemejarse a nuestra visión actual del humanismo.

A partir del siglo XV, el mundo se ve desde un modelo hospitalario para la enfermedad mental y se van creando grandes internados en diferentes ciudades europeas, con altos porcentajes de población ingresada en algún momento de sus vidas. Se les asigna la misma categorización a los pobres, desocupados, mozos de correccional e insensatos, considerándose el internamiento el «espacio natural» para su existencia. Estas estructuras no son sanitarias, sino jurídicas y administrativas, y en ellas «se decide, juzga y ejecuta».

En este momento, la Iglesia Católica se reorganiza, y reconvierte muchas de sus instituciones en hospitales y congregaciones con fines de atención a los que debían estar internados, estableciendo pautas cotidianas para los internos basadas en una vida casi religiosa. Estos establecimientos mezclan la idea de la atención a la pobreza con el deseo de ayudar y la necesidad moral de reprimir, el deber de la caridad y la obligación de castigar.

En muchas ciudades europeas se establecen por los gobiernos y monarcas mandatos de creación y apertura de establecimientos de internamiento (*houses of correction, workhouses*; casas de corrección, casas de trabajo), encontrándose en muchos de ellos internado el 1% de la población (p. ej., Hospital General de París: 6.000 personas internadas).

De esta época se puede citar a Juan Luis Vives (1492-1540), precursor del trabajo social moderno, que recomienda designar magistrados que recorran las calles para hacer registros del número pobres, evaluar sus costumbres, ocupaciones y moral, internando a los casos más complejos y obstinados y creando casas de trabajo para todos, en un intento de mejorar su situación y reducir el conflicto social (Tabla 1-2).

Contemporáneo es San Juan de Dios (1495-1550), que funda una Orden Hospitalaria, con formas de atención humanitaria y asistencial. También se crean otras órdenes religiosas que convierten sus centros religiosos en centros asistenciales, pero con una pretensión religiosa sobre los alienados. A través de la iniciativa de Vicente de Paúl se aprueba en 1657 el proyecto de «reunir a todos los pobres en lugares apropiados para mantenerlos, instruirlos y ocuparlos».

El internamiento se estableció como beneficio (pobres buenos) y como castigo o signo de represión (pobres malos). Por lo tanto, el internamiento en el siglo XVII fue un hecho masivo en toda Europa, y puede concluirse que tuvo funciones de policía, morales y represivas. Por ejemplo, en el Edicto Real de 27 abril de 1656 del Hospital General de París, se indicaba que la institución se proponía para impedir «la mendicidad y la ociosidad como fuente de todos los desórdenes», obligando a participar en trabajos comunitarios (*alcantarillas*) a los mendigos.

En el reglamento del Hospital de Hamburgo, en 1620, se expresaba de forma precisa: «Todos los internos deben trabajar. Se calcula exactamente el valor de su trabajo y se les da la cuarta parte. Pues el trabajo no es solamente una ocupación; debe ser productivo. Cada uno de los internos tiene un trabajo personal, y a fin de semana se verificará que la tarea ha sido cumplida. Se indica que allí se hila, se hacen medias, se tejen la lana, las sedas, el lino, y se muele la madera tintórea y el cuerno de ciervo. La cantidad señalada al hombre que muele la madera es de 45 libras por día. Algunos hombres y caballos están ocupados en un batán. Un herrero trabaja allí sin cesar. Cada casa de internos en Alemania tiene su especialidad productiva».

En Inglaterra, en el acta de 1610, se recomendaba que se agregaran molinos, telares y talleres en los correccionales para ocupar a los pensionarios. En 1651, en los proyectos de *workhouse* se dice: «Los pobres de uno y otro

TABLA 1-2. De subventione pauperum, Juan Luis Vives, siglo XVI

«... se ha de preguntar si saben algún oficio; los que ninguno saben, si son de proporcionada edad, han de ser instruidos en aquel a que tengan más inclinación, si se puede, y si no, en el que sea más semejante, como el que no pueda coser vestidos cosa las que se llaman polainas, botines y calzas; si es ya de propecta edad o de ingenio demasiado rudo, enséñesele oficio más fácil y, finalmente, el que cualquiera puede aprender en pocos días, como cavar, sacar agua, llevar algo a cuestras o en el pequeño carro de una rueda, acompañar al magistrado, ser ministro de éste para algunas diligencias, ir a donde le envíen con letras o mandatos, o cuidar y gobernar caballos de alquiler»

sexo y de todas las edades pueden ser empleados en batir el cáñamo, en aprestar e hilar el lino, en cardar e hilar la lana». Estas producciones son aprovechadas por las industrias de la zona, ya entrada la época industrial europea.

Puede afirmarse que este desarrollo industrial, característico de la época, se introduce en las estructuras hospitalarias convirtiendo a los internos en semitrabajadores. Esto hace que incluso, en algunos centros de internamiento, se potencie la creación de semifábricas donde se hacen múltiples trabajos de manufactura industrial: fabricación de hilo y cuerda, pulimento de espejos, fabricación de cordones, etc., pudiendo también actuar los internos como porteadores de agua. Trabajo y pobreza se sitúan, en este caso, en oposición, pero unificados en un modelo institucional de carácter moral.

Esta transformación del hospital en industria, centrado en intereses productivos, hace confluír, igualmente, un concepto moral sobre las ocupaciones de los internos, pudiéndose establecer un debate reflexivo sobre si las pautas de atención, desde una perspectiva social, eran de tipo económico o, desde una perspectiva sanitaria, pretendieron servir de entretenimiento saludable a los internos. Sin embargo, conviene aclarar que el significado capitalista característico de la época industrial también llegó a las instituciones para personas con una enfermedad mental. Este grupo de población, constituido por los pobres, malvados o buenos, los ociosos y otros excluidos por la moral, estaba sometido a las reglas del trabajo obligatorio y empezó a distinguirse de otros grupos de confinados (vagos, homosexuales, delincuentes) en la realización de los talleres al haberse detectado su incapacidad para la realización del trabajo productivo y para seguir los ritmos de la vida colectiva. El confinamiento fue una creación institucional propia del siglo XVII, y la enfermedad mental era percibida en el horizonte social de la incapacidad para trabajar y la imposibilidad de integrarse en el grupo. Los nuevos significados que se atribuyeron al trabajo industrial y la valoración moral que se dio a las ocupaciones diarias, determinaron un cambio en la visión de la enfermedad mental, trazando una línea histórica en su tratamiento social y sanitario.

En el siglo XVII, el orden de la razón cristiana quedó inscrito en sus instituciones de atención a la pobreza, con matices de evangelización, coacción y obligación de salvarse. Desde esta perspectiva, se confisca la ética se-

xual, el poder del matrimonio, y se juzgan las enfermedades venéreas, la homosexualidad y la libertad sexual precedente, mezclando estos comportamientos con otras alteraciones psiquiátricas y con síntomas de la enfermedad mental. Se agruparon conductas condenables, como símbolos de una psicopatología, entre ellas la blasfemia, la profanación y el suicidio, como desviación del orden correcto establecido, aplicando la condena del internamiento y todos los tratamientos implementados contra estas conductas. La sinrazón se medía desde el apartamiento de la norma social de marcada conceptualización católica, y el objeto del internamiento era corregir dicho comportamiento.

En esta época, los cuidados médicos en los internamientos se implementaban sólo como medio para evitar las enfermedades infecciosas, debido a problemas de hacinamiento de la población. Si bien es cierto que en diversas ciudades europeas se precisaba un informe médico para poder internar a una persona, la realidad de estos internamientos es que obedecían a partes jurídicos basados en criterios morales.

LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA EDAD MODERNA

En los siglos XVIII y XIX no se diferenciaba entre enfermedad mental y crimen, razón por la cual el concepto de enfermedad mental estaba rodeado de maldad. Se entiende que la enfermedad mental no explica ni excusa nada, ya que en sí misma es un signo del mal y lo multiplica. En el derecho penal, se intentó diferenciar la enfermedad mental real de la fingida, pero no marcó diferencia en el internamiento. Aun así, Gibson (1998) señala cómo surgieron de la clase media los primeros profesionales de la salud mental, desde un sentido claro de conducta ética, y parece que una incipiente conciencia moral provocará la indignación sobre el trato humano que la época precedente ha dado a las personas con enfermedad mental, sin una atención médica consolidada en la práctica, a pesar de las grandes obras creadas por disciplinas médicas sobre el tratamiento del furor, la melancolía o la histérica (Tablas 1-3 y 1-4).

En este contexto social, comienza en Francia una incipiente psiquiatría científica con la obra del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826), quien planteó que no debían construirse nuevas hipótesis, sino limitarse a la

TABLA 1-3. Informe sobre el servicio de los alienados, los locales del Hospital de Bicêtre, a finales del siglo XVIII, de Desportes

«El infortunado tenía como único mueble un camastro con paja, y encontrándose prensado contra el muro, por la cabeza, los pies y el cuerpo, no podía disfrutar del sueño sin mojarse, debido al agua que escurría por las piedras. Las habitaciones eran aún más funestas y a menudo mortales, ya que en invierno, cuando suben las aguas del Sena, los cuartos situados al nivel de las alcantarillas se volvían no solamente insalubres, sino además refugios de multitud de grandes ratas, que por la noche atacaban a los desgraciados que estaban allí encerrados y los roían por todas las partes que podían alcanzar. Cuando los insensatos son particularmente peligrosos, lo más común es encadenarlos a las paredes y a las camas»

TABLA 1-4. Detalles sobre el Hospital de Zaragoza, Dr. José Iberti, 1791

«En cuanto al tratamiento, se emplean los baños de agua dulce, los refrescantes; pero estos medios son, por lo general, infructuosos. Es asimismo difícil practicarles remedios durante los accesos, sobre todo las sangrías, pues pueden deshacer el vendaje; mas una experiencia constante ha demostrado en este Hospital que el medio más eficaz es la ocupación o un trabajo que ejercite sus miembros. La mayor parte de los locos que se emplean en los talleres u oficios de la casa curan en general. Los empleos que se dan a los locos en este Hospital son los de limpiar la casa, a excepción de las salas de enfermos, de llevar el agua, el carbón, la leña. Se les emplea en la cosecha, trilla, vendimia, en la recolección de la oliva, en arrancar las malas hierbas del campo; se les encarga también de llevar los enfermos y los heridos en las camillas, siempre bajo la inspección de uno de los guardianes que se llama padre»

Publicado en *La Médecine éclairée par les sciences physiques*, París.

observación y descripción de hechos. La contribución fundamental de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que fueran considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico (Tabla 1-5). En la época de Pinel, se analizó la situación deplorable existente en los calabozos de los hospicios, y se realizó una valoración moral de cómo se había tratado a «inocentes» como culpables. Pinel (Francia), Tuke (Inglaterra) y Rush (Estados Unidos) convirtieron el antiguo concepto manicomial en un concepto asilar, introduciendo diversas activida-

des para la adquisición de hábitos saludables en los enfermos.

Este cambio en el significado técnico no supuso un giro completo a la atención de las personas con enfermedad mental, de modo que nos centraremos en analizar cómo se produjo un cambio conceptual en lo que se refiere a estas enfermedades. Conviene advertir que en esos momentos todavía se arrastraban costumbres medievales, que en algunos casos llegan hasta el año 1815, en el que cabe señalar la costumbre del Hospital de Bethlehem (al igual que de otros centros europeos) de exponer a

TABLA 1-5. Descripción del Hospital de Zaragoza, Pinel, 1801

«Por medio del atractivo y del encanto que inspira el cultivo de los campos, por el instinto natural que lleva al hombre a fecundar la tierra y proveer así a sus necesidades por medio de los frutos de la industria. Desde la mañana se les ve separarse con alegría por las diversas partes de un vasto cercado dependiente del hospicio, repartirse con una especie de emulación los trabajos propios de la estación, cultivar el trigo candeal, las legumbres, las plantas de los huertos, ocuparse por turno de la cosecha, la trilla, la vendimia, la recolección de aceitunas, y en volver a encontrar por la noche, en un asilo solitario, la calma y un sueño tranquilo. Una experiencia constante ha enseñado a las autoridades del asilo que ése es el medio más seguro y eficaz para recobrar la razón»

Tomado de *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*.

las personas con enfermedad mental como espectáculo social (diferentes centros de internamiento abrían los domingos para que los visitantes pudieran contemplar a los internos como diversión dominical, a cambio de un precio de entrada). También se organizaban espectáculos donde los internos eran expuestos en diferentes representaciones. Es decir, a pesar de la nueva consideración moral que empezó a germinar en el siglo XIX, la enfermedad mental era vista como un espectáculo de lo extraño, tratándose con burla, vergüenza social y exclusión.

Por lo tanto, a finales del siglo XVIII y principios del XIX, el modelo de animalidad se impuso en los asilos y les dio un aspecto de jaula y de zoológico. Incluso Pinel admiró la constancia y la facilidad con la que los alineados de uno y otro sexo soportaban el frío más riguroso y prolongado, y cómo se preservaban de la enfermedad.

Sin embargo, a partir de las pautas técnicas del tratamiento moral de las que habla Pinel, se instauraron tratamientos ocupacionales en los centros, aunque también se hacía referencia a estas instituciones como espacios masificados sin una atención mínima de salud, permaneciendo un criterio jurídico-policia. Hacia mediados del siglo XVIII surgen algunas anotaciones sobre el arte de curar a través de métodos que consistían en dedicar a los alineados a los trabajos más penosos de la agricultura, como bestias de carga o criados, reduciendo a una visión de animalidad la consideración de las personas con enfermedad mental.

Desde finales del siglo XVII y durante el siglo XVIII apareció un afán clasificador: había que clasificar todas las enfermedades de forma similar a como se hacía con las especies, al modo de botánicos y biólogos como Darwin. Se vio que la enfermedad, como la planta, es, en vivo, la racionalidad de la misma en la Naturaleza (Foucault, 1967). Este intento clasificatorio encontró rápidamente obstáculos, partiendo de factores asociados a la afinidad de los síntomas, la identidad de las causas, la sucesión en el tiempo y la evolución progresiva. La tendencia clasificatoria en el siglo XIX se fundamentó en grandes especies, como la manía, la paranoia o la demencia precoz. Entre los factores que se consideraron, cabe citar la influencia de la luna (lunáticos) como causa de la manía, la pasión como entrega ciega a nuestros deseos, que nos hace desviar nuestro espíritu, y la emoción viva como choque emocional que provoca síntomas nerviosos.

La demencia (*amentia, fatuitas, stupiditas, morositas*) fue reconocida por la mayoría de los médicos de los siglos XVII y XVIII y diferenciada de otras especies mórbidas, argumentándose diversas causas: intoxicación del sistema (opio, cicuta, mandrágora), infecciones (mordedura de murciélago), agotamiento del espíritu, estado alterado de las fibras nerviosas (inmovilidad de la fibra, que ya no puede producir sensación por vejez, pasiones innatas, vapores, etc.).

La melancolía y la manía se añadieron a las clasificaciones con entidad propia y se partió del análisis del delirio y variables psicológicas (inteligencia y variables de personalidad, Sydenham, 1680). Se plantearon la melancolía y la manía como entidades opuestas (el espíritu del melancólico, ocupado en la reflexión, acompañándose de tristeza y piedad; el del maníaco, en un flujo continuo de pensamientos impetuosos, acompañado de furor y audacia).

La histeria y la hipocondría se clasificaron en el siglo XVIII como entidades diferenciadas, pero con tendencia a la unificación como una misma entidad y siempre abierta a la gran variabilidad de síntomas y causas posibles (arrastrando la idea histórica de movimiento espontáneo de la matriz). Cullen, médico escocés, en 1769 acuña el término «neurosis» en referencia a los trastornos sensoriales y motores causados por enfermedades del sistema nervioso.

En general, en la segunda mitad del siglo XVIII se empezó a considerar una metodología terapéutica, que, lejos de ser eficaz en todas sus técnicas, provocó el inicio de una reflexión metodológica. Más que un momento de confusión, comenzó una gran etapa de intensos debates sobre el concepto de enfermedad mental. Los tratamientos médicos en esta época incluían desde la absorción directa de limaduras de hierro (para curarse de la debilidad de los nervios), hasta sangrías, purgaciones, abscesos superficiales, café amargo y vivo, tintura de quinina, frutas jabonosas, vinagre, inmersión en agua (gran tradición histórica con significado curativo, depurativo o religioso), la educación de movimientos, la música, montar a caballo, balancearse en el mar y viajar. Existen diversos escritos de esta época, en los que se pautaban recomendaciones sobre la edificación y localización (urbana o apartada de núcleos poblacionales) de los centros de internamiento (manicomios), la clasificación de los enfermos, las terapéuticas aplicables, los tratamientos para los enfermos que vivían con su familia y las actividades u ocupaciones recomendadas.

En el siglo XIX, Esquirol (1782-1840), discípulo de Pinel, consideró el internamiento como el arma más poderosa contra la enfermedad mental y en su libro «Enfermedades mentales: un tratado de insania» (1838), acuñó el término «alucinación», que diferenció de la ilusión (Tabla 1-6).

El neurólogo francés Jean Martín Charcot (1825-1893) diferenció entre pacientes con lesiones orgánicas y aquellos cuyos síntomas eran de origen psicológico o «hístico». Estudió la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, dando lugar a los síntomas físicos.

En España, el siglo XIX se caracteriza por la desamortización (Godoy y Mendizábal), que junto a la Guerra de la Independencia y la pérdida de las colonias americanas provoca unas grandes limitaciones en lo que se refiere a la atención de la enfermedad mental. La Ley General de Beneficencia de 1822 determinó que

las «Casas de Locos» dependieran de las Juntas Municipales de Beneficencia, pero éstas no tenían recursos suficientes. Posteriormente, la Ley de Beneficencia de 30 de junio de 1849 encomendó los manicomios benéficos exclusivamente al Estado, pero sólo se creó el de Santa Isabel en Leganés, aunque por algunos datos estadísticos revisados puede concluirse que en 1860 había casas para «dementes» en varias provincias españolas (Tabla 1-7).

LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL SIGLO XX

Desde un modelo científico y humanista, la psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX con el establecimiento de las clasificaciones internacionales, el estudio de las diferentes psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología. En los primeros años del siglo XX, la nosología utilizada fue de procedencia francesa, fundamentalmente la clasificación de Pinel: melancolía o delirio exclusivo; manía

TABLA 1-6. Des établissements consacrés aux aliénés en France, Esquirol, 1818

«Yo los he visto desnudos, cubiertos de harapos, no teniendo más que paja para liberarse de la fría humedad del empedrado en que están tendidos. Los he visto mal alimentados, privados del aire que respirar, de agua para calmar la sed y de las cosas más necesarias de la vida. Los he visto entregados a carceleros, abandonados a su brutal vigilancia. Los he visto en recintos estrechos, sucios, infectos, sin aire, sin luz, encerrados en antros donde no se encerraría a los animales feroces que el lujo de los gobiernos mantiene con grandes gastos en las capitales»

TABLA 1-7. Crítica al Servicio de Dementes del Hospital Provincial y del Hospital Psiquiátrico de Leganés, R. Torres

«Debe haber un departamento del trabajo, o sea talleres; dividido en tantos distritos cuantos sean los oficios u ocupaciones que se establezcan; teniendo sumo cuidado en que todo esto no sea ilusorio. Este departamento debe haberlo en ambos pisos del edificio. Salas de recreo. Conviene que haya un cuartel, con varias salas decentemente adornadas, donde concurren en sociedad los convalecientes y todos aquellos que el médico trate de hacer observaciones sobre la realidad de su curación o mejoría.

En estas salas debe haber varios objetos de distracción, como por ejemplo, una biblioteca, cuyas obras designará el médico; periódicos; algunos juegos, tales como dominó, ajedrez, damas y naipes; pero juegos de puro entretenimiento. En mi concepto, y suponiendo una exacta vigilancia, sería muy conveniente que a estas reuniones concurrieran juntos hombres y mujeres, y que hubiera baile y música...

Otro de los juegos y entretenimientos más útiles para los enfermos es el de la pelota y un gimnasio, que se deben situar en el gran patio.

Todos los enfermos, a excepción de los epilépticos muy atormentados por la frecuencia de las convulsiones, y a los muy agitados, conviene que estén constantemente ocupados en algo; y como el género de ocupación que a cada uno convenga es de exclusiva atribución del médico asignarla, a éste toca dividirlos en secciones o grupos, según la clase de ejercicios a que se han de dedicar»

sin delirio; manía con delirio; demencia o abolición del pensamiento, e idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales. También se estableció el diagnóstico de parálisis general progresiva de los enajenados o «locura histérica», «locura compuesta» o «delirio alto y furioso».

Tres aspectos pueden señalarse de esta primera época del siglo xx:

- El internamiento «manicomial», que era considerado en la primera mitad del siglo xx como el mejor medio terapéutico.
- El tratamiento moral de Pinel, cuyo principal objetivo era curar al enfermo bajo la influencia de una persona que por sus cualidades morales fuera capaz de orientar los pensamientos y el comportamiento del enfermo.
- La implementación de una incipiente terapéutica ocupacional, derivada del tratamiento moral de Pinel. Griesinger (1845) escribe: «De entre los diversos medios morales, el primero, y más importante, nos parece ser dar al enfermo una ocupación conveniente».

En los inicios del siglo xx, Kraepelin (1856-1926) afirmaba que había que acercarse al lecho del enfermo y observarlo. Valoró la investigación clínica y la anatomía patológica frente a la especulación teórica, dando especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad.

Freud (1856-1939) se centró en la necesidad de escuchar al enfermo y comprenderlo; descubrió en el ser humano algo más que la mente consciente, creando en 1896 el «psicoanálisis» para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de los sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Freud produjo una ruptura epistemológica, pasando de una perspectiva observadora, característica de las tendencias clasificatorias del siglo xix, a una perspectiva comprensiva, en la cual lo relevante era escuchar al paciente, lo que produce un acortamiento de la distancia con él. Ya no se trataba de observar los comportamientos, sino de comprender los significados asociados de la psique del paciente.

La figura dominante de la psiquiatría norteamericana, Adolf Meyer (1866-1950), destacó por su lucha por conseguir que la psiquiatría figurase como una rama reconocida de la medicina; así, desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y el tratamiento de los trastornos mentales, manifestán-

dolo en su publicación «Psicobiología: una ciencia del hombre» (1957). En 1921 presentó el primer modelo organizado de terapia ocupacional en una conferencia titulada «La filosofía de la terapia ocupacional», que fue el primer artículo de la revista *Archives of Occupational Therapy* (Meyer, 1922). Expuso que la ocupación saludable es un equilibrio entre la existencia, el pensamiento y los actos. Así, señalaba: «Se comenzó a utilizar el placer en el logro, el placer real en el uso y la actividad de las propias manos y músculos y una apreciación feliz del tiempo como incentivos en el manejo de nuestros pacientes, en lugar de las exhortaciones abstractas para que se animen y se comporten según reglas abstractas y represivas» (Meyer, 1921).

El final de la Segunda Guerra Mundial provocó un cambio total en el sistema de valores del pensamiento psiquiátrico. La investigación psiquiátrica (sobre todo la somática a partir de 1945) aumentó considerablemente en el mundo occidental, con una tendencia a la valoración de los planteamientos psicoanalíticos de Freud, así como a la de factores sociales y psicosociales, con la aparición de diferentes escuelas: Ana Freud, Carl Jung y Melanie Klein. Con respecto a los terapeutas ocupacionales, Gibson (1998) señala que el advenimiento del pensamiento psicoanalítico supuso el desarrollo de técnicas de análisis de la actividad como objeto del paciente para disipar la culpa, eliminar la agresión y la hostilidad, expresar fantasía y experimentar creatividad. Esta visión de la actividad implicó una reducción del concepto holístico de la ocupación, pero supuso una valoración positiva de la terapia ocupacional por parte de los equipos psiquiátricos, como medio para ocupar el día de los pacientes, estimulando la participación grupal y la recreación. Gibson indica que el psicoanálisis ocupacional en dicha época está representado por las obras publicadas por los Fidler (1954-1963), donde exponen la utilización de actividades simbólicas, procesos de comunicación grupal y técnicas proyectivas, centrando la función de la terapia ocupacional en el análisis del yo a través del hablar y no del hacer, siendo necesaria una revisión posterior de esta conceptualización para retornar a los principios de las ocupaciones, integrando lo verbal y la actividad como eje de la profesión a partir de la década de 1990.

En plena expansión del psicoanálisis, el ruso Pavlov (1849-1936) dio origen al conductismo o la psicología del comportamiento en sus experimentos sobre los factores conductuales que

fundamentan el aprendizaje de conductas; tras él, destacaron Watson (1878-1958) y Skinner (1904-1990). Se desarrolló también otro tipo de psicoterapia, como la psicoterapia centrada en el cliente (*person centered approach*) de Carl Rogers (1902-1987), en cuyos postulados responsabiliza al paciente por sus sentimientos y evolución de su terapia, abordando las interacciones entre el terapeuta y el cliente, desde una perspectiva humanista. Esta revolución en las ciencias médicas y psiquiátricas influyó en la conceptualización de los procesos y la metodología de la terapia ocupacional, incorporando a esta disciplina elementos propios de estas tendencias. Este período implicó una escisión de los modelos propios de la terapia ocupacional y un importante conflicto entre los modelos psiquiátricos, cuestión que pudo influir, entre otros factores sociales y políticos, en relegar los espacios de terapia ocupacional a salas grupales sin un fin específicamente terapéutico (salas de laborterapia) y en muchas ocasiones gestionadas por profesionales de otras disciplinas o no especializados (Tabla 1-8).

Durante las primeras décadas del siglo xx se conocían muy pocos tratamientos eficientes (algunos fármacos con propiedades sedantes, la cura de Sakel, la cardiazolterapia o el electroshock), pero los descubrimientos farmacológicos realizados entre 1949 y 1960 empiezan a tener un mayor grado de eficacia y a aplicarse

a los tratamientos psiquiátricos. Estos factores, entre otros precedentes y contemporáneos, influyeron directamente en el concepto de terapia ocupacional y su aplicación como tratamiento de la enfermedad mental. Meyer, en 1892 escribió: «El uso apropiado del tiempo en una actividad útil y gratificante parece ser una cuestión fundamental en el tratamiento de pacientes neuropsiquiátricos». Igualmente, Hall, a principios del siglo xx prescribía la «cura del trabajo» como un tipo de medicina para dirigir el interés y regular la vida, y estableció un taller en Marblehead (1906) en el que usaban el tejido a mano, la talla de madera, el trabajo en metal y la cerámica como tratamiento de la neurastenia. También cabe citar a Rush Duntton, quien en 1895 utilizaba la terapia ocupacional con pacientes mentales y escribió en 1915 la obra *Occupational Therapy*, y en 1919, *Reconstruction Therapy*.

A partir de las primeras décadas del siglo xx, surgió en Inglaterra la llamada antipsiquiatría como movimiento social, ideado e iniciado por Ronald D. Laing (1927-1989), que cuestionó la familia y el Estado, convirtiendo la enfermedad mental en un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descalificar a ciertas personas, siendo los psiquiatras instrumentos del poder opresivo.

En la primera mitad del siglo xx se arrastraba la metodología asistencial de los hospita-

TABLA 1-8. Hospital Psiquiátrico de Mujeres en Ciempozuelos. Junta facultativa para el desarrollo del Departamento de Laborterapia, López de Lerma y Díaz Gómez, 1968

«El Departamento de Laborterapia estará compuesto de: jefe clínico, médico interno, hermana enfermera con cierta experiencia en terapia ocupacional, asistente social con poca dedicación a este departamento, 8 enfermas, más capacitadas que el resto, con cierta responsabilidad, 6 hermanas encargadas de talleres (1 por taller), hermana encargada del aspecto económico del departamento.

Estructura: enfermas cuyo trabajo es realizado en beneficio directo del Hospital, independientemente del valor terapéutico (incluimos en este apartado los trabajos realizados en cocinas, diques, granja y limpieza general del hospital); enfermas que están ocupadas en trabajos concertados con distintas empresas ajenas al hospital (incluimos en este apartado la confección de bolsas, cromos, juguetes, confección de ropa, alfombras, etc.); enfermas que trabajan en labores domésticas pero que se incorporan a talleres para realizar trabajos concertados.

Proyectos: inclusión en todas las historias clínicas de una hoja de laborterapia; hoja, informe, que cada encargada de taller enviará al Departamento de Laborterapia, incluyendo datos sobre aptitud, rendimiento, conducta, etc. Estructurar todos los trabajos de simples a complejos.

Necesidades inmediatas: contratar terapeutas ocupacionales diplomadas o, al menos, que hayan realizado cursillos de terapia ocupacional. Necesidad de que el personal del departamento visite centros, haga cursillos, etc. donde ampliar conocimientos y, por lo tanto, dar a la laborterapia el carácter dinámico y la progresión de que actualmente carece»

Tomado de *Un siglo de psiquiatría y de historia de España*. Madrid, 1991.

les psiquiátricos de épocas pasadas. Los conflictos bélicos y la mediación religiosa en la asistencia social y sanitaria determinaron el carácter de dichas instituciones. Aunque los tratamientos no se fundamentaban en criterios científicos, se empezó a incorporar la psicoterapia como forma de tratamiento. En casi todos los sanatorios públicos o privados se incorporó el tratamiento de terapia ocupacional, siendo una de las bases más sólidas de los hospitales psiquiátricos. En una primera etapa, se pensaba que las personas hospitalizadas debían trabajar sobre todo en tareas pesadas, corporales, por creerse que el consiguiente cansancio físico debía proporcionar un sueño reparador a la vez que templaba el sistema nervioso. Posteriormente, hay una etapa en la que el trabajo se entiende como obligado y tiene que percibirse como carga para que surta efectos beneficiosos. Esto parte de que lo más importante es el trabajo en sí, no la índole del trabajo. Los tipos de tareas fueron diversas, con mayor número de «faenas» manuales para los hombres y labores domésticas y artesanales para las mujeres. Pero el trabajo prioritario por volumen e importancia fueron las tareas del campo en las colonias psiquiátricas. También se mantuvieron y se incrementaron los tratamientos de hidroterapia, a través de baños generales y duchas, aunque están lejos de parecerse a los tratamientos de los balnearios actuales.

En 1948 se inició la andadura de la Federación Mundial de la Salud Mental con el lema Salud Mental y Ciudadanía Mundial, que establece que la salud mental constituye «una promesa formal, reflexiva y responsable hacia la humanidad considerada como un todo, basada en el libre consentimiento y en el respeto a las diferencias individuales y culturales». La Federación, a través de sus miembros y contactos en más de 100 países de seis continentes, empezó a promocionar y organizar estrategias para la educación pública en el campo de la salud mental. Aunque su inicio fue lento, se pueden encontrar publicaciones que impulsan una visión comunitaria de la atención a la salud mental y sus trastornos (Jones, 1953, citado por Gibson, 1998).

En América, la creación de la *American Occupational Therapy Association* (AOTA) aportó un importante impulso a la terapia ocupacional psiquiátrica con la formación del *Mental Health Special Interest Group* (1960), los servicios de asesoramiento en materia de salud mental para profesionales (1964) y el *Report of the Mental Health Task Force* (1976), así como la

realización de jornadas y congresos sobre este campo. A partir de este momento histórico, empiezan a surgir diferentes movimientos e iniciativas entre los terapeutas ocupacionales para potenciar un marco de trabajo fundamentado, lo que repercute en la intervención y tendencias de la terapia ocupacional en salud mental, que se irán abordando en los siguientes capítulos.

REFLEXIÓN PARA EL SIGLO XXI

Desde las diferentes civilizaciones históricas se ha tratado la salud mental de formas muy variadas y hemos abordado una revisión basada en múltiples conceptos: culturales, económicos, afectivos o científicos. La ética y la moral mediatizan los conceptos de salud y, en el caso de la salud mental, ética, moral y psiquiatría han ido paralelas al devenir de la historia. Siguiendo a Gracia (2000), puede señalarse que la revisión histórica de los factores implícitos en el concepto de salud mental está mediatizada por la ética. Así, el término *ethikós* (ética) está asociado a un hábito positivo y ordenado de vida, que se contraponen al término *pathos* (enfermedad) como hábito desordenado y negativo.

La enfermedad mental, por lo tanto, conlleva una perversión moral construida socialmente y, a través de esta visión, se produce una interacción entre la categorización psicopatológica, los hábitos diarios y los roles moralmente saludables, conformando una estructura ocupacional socialmente definida por categorías sociales diferenciadas y marcadas por diferentes itinerarios de atención sociosanitaria, que, actualmente, arrastran una lacra inconsciente (y a veces consciente) de lo que es «hacer el bien» y de lo que es «hacer el mal», como máximo exponente del concepto de acto ocupacional saludable (*ethikós*) o acto ocupacional morboso (*pathos*).

Los seres humanos asocian la salud mental con la felicidad, la juventud, el dinero, la protección de la familia, el amor, la diversión y otros conceptos antropológicos. Sin embargo, las asociaciones que se hacen sobre la enfermedad mental son diferentes, y no existe una integración del concepto de salud y enfermedad mental como un continuo en el que influyen múltiples factores personales y sociales. Muchas personas no asociarían el concepto enfermedad mental con sus propias vulnerabilidades, sino con prototipos sociales construidos históricamente; así, la enfermedad mental se asocia a personas enajenadas, lunáticas, his-

téricas, delincuentes, esquizofrénicas internadas en sanatorios, y se piensa en personas dementes, violentas, impulsivas, excluidas y promiscuas.

De este modo, la enfermedad mental se convierte en un producto percibido de forma disociativa para la población general y no integrado en todas las estructuras ocupacionales y asociado a todos los individuos que las conforman. Esta diferente percepción de la salud y la enfermedad mental conforma con-

ceptos ajenos entre sí y determina una valoración moral sobre la salud mental de los seres humanos. Esta valoración clasifica personas y tipifica comportamientos que son moralmente validados o invalidados dependiendo de la época y sus características políticas, económicas, religiosas y médicas. A su vez, esta clasificación ha determinado el tipo de atención, los derechos de las personas afectadas o las oportunidades sociales y de integración comunitaria (Tabla 1-9).

TABLA 1-9. Evolución histórica de algunos conceptos de terapia ocupacional que influyen en la atención a la salud mental

Autor	Conceptos
Mosey (1968)	Empieza a elaborar el modelo de recapitulación de la ontogenia, entendiendo la salud como elemento de maduración entre el individuo y su ambiente
Matsutsuyu (1971)	Refleja la importancia de desempeñar «comportamientos ocupacionales» como elementos de los roles ocupacionales que son fundamentales para la salud mental
Mary Reilly (1974)	Establece el marco de trabajo de comportamiento ocupacional, que parte de los principios del tratamiento moral con relación al necesario equilibrio entre trabajo-juego-descanso
<i>American Occupational Therapy Association</i>	Expone por primera vez una definición de actividades de la vida diaria: «los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio». Citado por M. Moruno (2005)
Kielhofner y Burke (1980)	Partiendo del modelo de comportamiento ocupacional, comienzan a establecer lo que actualmente se conoce como modelo de ocupación humana, marco genérico que aporta herramientas prácticas en el ámbito de la salud mental
Claudia Allen (1985)	Aporta una visión cognitiva del funcionamiento ocupacional y los posibles déficits que afectan al desempeño, con aplicaciones en el ámbito de la neurología y la psiquiatría
Elizabeth J. Yerxa y Florence Clark (1989)	Aportan el estudio de la ocupación en el ser humano como área de vital indagación y actualización integrada, como consolidación de la ciencia ocupacional



ESTUDIO DE UN CASO

Luis nació en una localidad de la provincia de Toledo y, actualmente, tiene 45 años. Perteneció a una familia de 4 hermanos (2 mujeres y 2 hombres) en la que él es el pequeño. Luis pasó toda su infancia y adolescencia en su localidad. Desde pequeño, Luis tuvo dificultades en el aprendizaje y en la escuela, por lo que no finalizó los estudios primarios y empezó a colaborar en el campo, en los cultivos que tenía el padre y en una tienda de alimentación que gestionaba su madre. Luis desde pequeño tenía rasgos y comportamientos de

amaneramiento que provocaban burlas y agresiones por parte de otros. Cuando Luis tenía 18 años, su padre falleció. Por esta época, sus hermanos y hermanas mayores ya se habían independizado. La madre de Luis, siempre fue una mujer con unos valores cristianos muy interiorizados y sus rutinas contemplaban actividades vinculadas a la iglesia (novena, confesión, eucarística, etc.), y desde estas creencias procuró educar a sus hijos. Luis, a partir de la adolescencia, sentía que sus afectos y sexualidad con tendencia homo-

sexual chocaban con los criterios morales de su entorno, lo que le provocaba, entre otros factores asociados, alto grado de angustia. Sin embargo, con 20 años, Luis inicia una relación de pareja con una amiga de la misma localidad, María. Luis piensa que es la mejor forma de llevar una vida tranquila y estar bien. Después de 2 años de relación, plantean poder casarse y compran una casa. Luis afronta esta etapa con ideas confrontadas. Con 23 años empieza a incrementarse la angustia y sintomatología alucinatoria que provoca, después de unos meses, un ingreso hospitalario, cuyo diagnóstico indica esquizofrenia paranoide.

Visión y perspectiva de gestión del caso a mediados del siglo xx

Paciente psicótico con ubicación en la unidad de larga estancia hospitalaria, patología comportamental y pensamientos homosexuales no tratados. La perspectiva global, dadas las características graves y disfuncionales del paciente.

Las medidas de atención sanitaria con el paciente están definidas por:

- Reducción de la sintomatología psicótica alucinatoria con tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicoterapéutico y eliminación de las tendencias patológicas afectivo-sexuales de carácter homosexual.
- Retornar al entorno de su localidad de referencia y continuar con el proyecto de matrimonio y empleo.
- La gestión del hospital está a cargo de una orden religiosa que encuadra la atención de los pacientes en actividades espirituales (eucarística, confesión y consejo espiritual).

Las medidas de atención ocupacional con el paciente están definidas por:

- Actividades de laborterapia durante su estancia en el hospital, caracterizada por tareas manipulativas asociadas a regular horarios y disponer de entretenimiento durante la jornada.

Se procede al alta hospitalaria después de la estabilización del tratamiento farmacológico y tratamiento de las tendencias homose-

xuales. Luis y María se casan, pero Luis continúa con un relevante conflicto moral sobre su existencia y, además, la sintomatología alucinatoria se incrementa. Finalmente, opta por el suicidio como forma de saldar su confrontación vital.

Visión y perspectiva de gestión del caso a finales del siglo xx

Paciente con sintomatología alucinatoria asociada a valores, significados y comportamientos vinculados a sus tendencias afectivas-sexuales, lo que confronta con el entorno religioso, familiar y relacional. Ubicación de la atención en un primer momento en la unidad de hospitalización hospitalaria y, posteriormente, en consulta ambulatoria de salud mental. Además, tratamiento privado de psicoterapia.

Las medidas de atención sanitaria con el paciente están definidas por:

- Reducción de la sintomatología psicótica alucinatoria con antipsicóticos de última generación.
- Psicoterapia de corte analítico, abordando la reducción de elementos asociados a la culpabilización y desarrollo de estrategias de regulación emocional vinculadas a sus preferencias afectivo-sexuales.
- Atención a la familia para regulación sistémica de los vínculos relacionales.

Las medidas de atención ocupacional con el paciente están definidas por:

- Actividades de relajación durante su estancia en el hospital.
- Orientación ocupacional a Luis, sus familiares y su pareja sobre las rutinas más saludables para la rehabilitación de Luis (horarios de trabajo y descanso, actividades lúdicas, etc.)

María y Luis, después de 5 años de matrimonio, optan por la separación. Luis empieza a sufrir un incremento relevante de la angustia y culpabilización por todo su proceso vital. La sintomatología psicótica alucinatoria le aporta órdenes de que la mejor opción es quitarse de en medio, morirse. Hace varios intentos autolíticos que finalmente consuma con un acto de suicidio.

Visión y perspectiva de gestión del caso en las primeras décadas del siglo XXI

La infancia de Luis ha estado caracterizada por una mayor tolerancia de sus rasgos afectivo-sexuales y en la escuela se han abordado procesos de diversidad afectivo-sexual y diversidad funcional. Además, Luis es diagnosticado de síndrome por déficits de atención e hiperactividad y desde etapas tempranas recibe apoyos pedagógicos. Finalmente estudia bachillerato completo.

Desde los 16 años, inicia un proceso de aislamiento. Luis con 18 años, empieza con sintomatología ansioso-depresiva. Sufre de alucinaciones auditivas. Está muy confuso con su futuro y sus expectativas son altamente negativas. Es atendido en una de las unidades de salud mental de su provincia, pautando un tratamiento antipsicótico y ansiolítico. Igualmente, se le deriva a un servicio de rehabilitación psicosocial.

Los objetivos y medidas de atención ocupacional y psicosocial con Luis están definidos por:

- Orientación para el cuidado de la salud mental. Atención por parte del terapeuta ocupacional, educador y psicóloga. Información y psicoeducación en cuanto a elementos potenciadores de los dominios del bienestar e impulsores de malestar y enfermedad mental, apoyando el seguimiento del tratamiento farmacológico y psiquiátrico e incorporación de rutinas saludables en el funcionamiento cotidiano.
- Orientación profesional para continuar con su proyecto vital. Atención por un terapeuta ocupacional. Finalmente, Luis, realiza un módulo de formación profesional de hostelería y pone en marcha en su pueblo un restaurante-cafetería con buen funcionamiento.
- Orientación afectivo-sexual. Atención por parte del psicólogo y terapeuta ocupacional. Vinculado de las acciones hacia la integración de sus emociones, establecimiento de relaciones con su grupo de iguales, normalización de sus preferencias afectivo-sexuales. Luis, inicia una relación de pareja con Marcos, un chico de otra localidad cercana. Finalmente comparten juntos el negocio de hostelería. En ambas localidades aceptan esta relación y mantienen una red social de apoyo saludable.
- Intervención familiar. Mantenimiento de citas periódicas, por un lado con la madre y, por otro con el grupo de hermanos. Los hermanos, sumamente colaboradores con el apoyo hacia Luis, impulsan la regulación de vínculos de apoyo emocional satisfactorios y favorecen los proyectos de Luis. La madre, a pesar de que cultural y tradicionalmente tiene unos valores que confrontan con esta situación, progresivamente entiende y acepta parte de la situación y establece una relación de apoyo en algunos elementos de la trayectoria vital de Luis. Igualmente, Luis integra que algunos valores y comportamientos de la madre son difícilmente modificables y lo integra con una distancia saludable y respeto.



RESUMEN

En este capítulo se han revisado algunos de los principales factores históricos que intervienen en la salud mental y en el desarrollo de servicios de terapia ocupacional. Comprender la naturaleza ocupacional del ser humano ha supuesto, a lo largo de la historia, etapas de diferente grado de maduración, pasando por conceptualizaciones mágico-religiosas, morales, humanistas y científicas. En cualquiera de los casos, cada etapa histórica ha estado conformada por diversos factores antropológicos (cultura, religión, economía, ciencia, etc.) que han determinado

una mirada hacia la salud mental y sus enfermedades.

El interés por las formas de comportamiento y las diferentes emociones del ser humano ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Ambos factores, conformados socialmente y simbolizados a través de actos ocupacionales a lo largo de la experiencia vital, constituyen el campo de conocimiento del terapeuta ocupacional. A lo largo de la historia, diferentes personajes ilustres han realizado importantes aportaciones a la ciencia y al entendimiento de la salud

mental. No podemos dejar de citar de nuevo a Hipócrates, Platón, Aristóteles, Areteo, Avicena, Celso, Galeno, además de Juan Luis Vives, Pinel, Esquirol y Charcot o, más recientemente, Paulov, Kraepelin, Freud y Meyer. Igualmente, no podemos olvidar a autores específicos de nuestra disciplina, como Mosey, Matsutsuyu, Mary Reilly, Kielhofner, Allen, Yerxa y Clark. Todos ellos, independientemente de las características de su época y profesión, tienen un objetivo común: conocer la natura-

leza del ser humano y mejorar sus condiciones de vida. Recogemos, por lo tanto, desde nuestra disciplina, una herencia importante, con un ingente capital de conocimientos que nos debe seguir guiando hacia el mismo objetivo común: el conocimiento de las influencias entre ocupación, entorno y salud para obtener el mejor y más alto bienestar humano. El reto está claramente planteado para seguir construyendo la historia de la terapia ocupacional y de su atención a la salud mental.



PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuáles son los conceptos básicos sobre la enfermedad mental en las diferentes épocas históricas? Y ¿cuál es su relación con los conceptos de terapia ocupacional?
2. ¿Cuáles son los personajes relevantes del siglo XX en relación con la atención a la salud mental y sus principales aportaciones?
3. ¿Cuáles son los personajes relevantes del siglo XX en relación con la terapia ocupacional y sus principales aportaciones?
4. ¿Qué relaciones existen entre la evolución histórica de los factores morales y religiosos y los descubrimientos científicos sobre la salud mental, por un lado, y la conceptualización social y los niveles de atención hacia la enfermedad mental, por otro?
5. ¿Qué tipo de paradigmas son los que marcan el inicio del siglo XXI para la atención a la salud mental desde la terapia ocupacional?

REFERENCIAS

- Ackerknecht, E. (1993). *Breve historia de la psiquiatría*. Traducción revisada por Barona, J. L. Guada Litográfica.
- Aparicio, V. (1997). *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. Madrid: Editorial Libro del Año.
- Asociación Europea de Historia de la Psiquiatría (2002). V Congreso de Historia de la Psiquiatría. Madrid.
- Barrios Flores, L. F. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). *Rev Cubana Salud Pública* [online], vol. 28. <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_2_02/spu202su.htm> (2/09/2010).
- Edward, H. (2002). *El origen de las enfermedades mentales*. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid: Traicastela.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica I y II*. F.C.E. Barcelona.
- Fuentenebro, F., Huertas, R. y Valiente, C. (2003). *Historia de la psiquiatría en Europa*. Temas y tendencias. Madrid: Frenia.
- Gibson, D. (1998). Evolución de la terapia ocupacional. En: Hopkins, H., Smith, H. (eds.). *Terapia ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Laín-Entralgo, P. (1997). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (1992). *Historia del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de Ciempozuelos. 1881-1989*. Madrid: Fareso.
- Menéndez Osorio, F. (2005). Veinte años de la reforma psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 25 (95), 69-81.
- Mollá y Ollé (1999). La salud mental en el siglo XXI. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 19 (72), 693-702.
- Moruno, P. (2003). Perspectiva histórica de la terapia ocupacional. En: Romero, D., y Moruno, P. (eds.). *Terapia ocupacional. Teoría y técnicas* (pp. 5-28). Barcelona: Masson.
- Moruno, P. y Romero, A. (2005). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
- Pérez de Heredia, et al. (2007). Origen de la terapia ocupacional en España. *Revista de Neurología*, 45, 695-698. [online]. <<http://www.revneurol.com/sec/info.php>> (2/09/2010).
- Peset, J. L. (2003). *La historia de la psiquiatría vista por un historiador*. CSIC. Madrid. Atópos, 25-32.
- Stewart, D., Letts, L., Law, M., Acheson, B., Strong, S. y Rigby, P. Modelo persona-ambiente ocupacional. En: Crepeau, E., Cohn, E. y Boyt Schell, B. (eds.). *Terapia ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

TABLA 6-1. El desarrollo ocupacional según los diferentes modelos de terapia ocupacional

Fundamentos filosóficos de la ocupación en la salud mental Adolf Meyer (1922)	Los seres humanos sanos interactúan con su ambiente y se adaptan a él. La enfermedad mental supone la falta de hábitos para el desarrollo y la adaptación al contexto, y la falta de equilibrio entre el ocio y el trabajo
Modelo del comportamiento ocupacional Mary Reilly (1960)	La ocupación es el medio para el desarrollo y la recuperación de funciones. La satisfacción en el comportamiento ocupacional se produce a través del juego y el trabajo, como dimensión imprescindible para el desarrollo psicosocial y la salud
Modelo de recapitulación de la ontogénesis Anne Mosey (1966)	Aporta una visión evolutiva de la ocupación humana, considerando las diferencias existentes en las distintas etapas del ciclo vital. Recapitula las etapas para la recuperación.
Modelo de integración sensorial Jean Ayres (1968)	Los trastornos en el procesamiento sensorial y la planificación motora perturban el desempeño de la vida cotidiana y el aprendizaje. Cuando las sensaciones fluyen de manera organizada o integrada, el cerebro puede utilizar estas sensaciones para formar percepciones, así como para generar comportamientos adecuados y aprendizajes
Modelo de la ocupación humana (MOHO) G. Kielhofner (1980)	Perspectiva dinámica y evolutiva. Considera tres niveles de funcionalidad en el desarrollo: exploración, competencia y logro. Establece los hábitos como un elemento estructurador del desarrollo, que lo facilita y configura, desde una perspectiva sistémica a lo largo de la historia ocupacional
Modelo de la discapacidad cognitiva Claudia Allen (1982)	La cognición subyace a todos los comportamientos y, por lo tanto, determina el desarrollo. Los niveles cognitivos se originan en la psicología del desarrollo, basándose en el estadio sensoriomotor de Jean Piaget
Modelo de la adaptación ocupacional Schkade y Schultz (1992)	Conceptualiza al ser humano por tres sistemas: sensoriomotor, cognitivo y psicosocial, y los subsistemas genético, ambiental, experiencial y fenomenológico como elementos que junto al entorno y la interacción conforman el desarrollo vital. La adaptación ocupacional es el producto de la experimentación de ciclos en un proceso continuo de generación, evaluación e integración de respuestas adaptativas (Romero y Moruno, 2003)
Modelo de la ecología del desempeño humano Dum Brown Mc Guigan (1994)	La interacción entre la persona y el entorno afecta al desarrollo. Señala el papel relevante del contexto en el desarrollo vital, dividiéndolo en aspectos temporales (edad, estado del desarrollo, del ciclo vital y de salud) y del entorno (físico, social y cultural) (Romero y Moruno, 2003)
Modelo canadiense del desempeño ocupacional (CMOP) CAOT y MSNBS (1997)	Desarrollo ocupacional fundamentado en el equilibrio ocupacional, que está determinado por la percepción subjetiva y las expectativas del medio cultural y social, variando a lo largo del ciclo vital y de una persona a otra
Modelo de adaptación a través de la ocupación K. Reed y S. Sanderson (1999)	Desarrollo ocupacional como consecuencia de la interacción de dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que se materializan en ocupaciones para la supervivencia y adaptación al entorno. El potencial de crecimiento individual, determinado parcialmente por el sustrato biológico, puede estar influido, como un sistema abierto y en constante intercambio, por las condiciones del medio (Romero, 2003)

TABLA 6-1. El desarrollo ocupacional según los diferentes modelos de terapia ocupacional (cont.)

Modelo del funcionamiento ocupacional Trombly (2002)	Etapas organizadas jerárquicamente que conducen a la competencia y al desempeño ocupacional en una amalgama de niveles de ocupación (Polonio, 2010). La ocupación para el desarrollo es propositiva y significativa, teniendo para la terapia ocupacional un carácter tanto de fin como de medio
Modelo Kawa Michael Iwama (2006)	El ser humano se define como parte de un todo inseparable. La ontología subyacente al modelo es la armonía, siendo su esencia la energía o flujo vital. El agua (Mizu) es el elemento metafórico que unifica todo y, dependiendo de los elementos que la rodean, fluirá con diferentes cursos vitales (Iwama y Simó, 2008)
Modelo persona-ambiente-ocupación D. Stewart, L. Letts, M. Law, B. Acheson, S. Strong y P. Rigby (2006)	Dinámicas e interacciones en el proceso de desarrollo vital entre las características de la persona en cuanto a habilidades y patrones de comportamiento (hábitos y rutinas), las demandas de las tareas en cada etapa vital (requerimientos en complejidad, esfuerzo o energía) y el entorno (elementos contextuales que facilitan o dificultan la ocupación)

nificado de su comportamiento ocupacional mediante la exploración de los valores internos en relación con el entorno y sus demandas.

En su modelo, Mary Reilly explica el proceso de formación del comportamiento ocupacional a través de un continuo desarrollo en el cual el progreso de las personas se realiza a lo largo de tres etapas, desde la exploración a la competencia y el logro.

Modelo de recapitulación de la ontogénesis: Anne Mosey (1966). La recapitulación implica revisar aspectos que ya se han desarrollado, mientras que el término ontogénesis se refiere a los procesos normales de desarrollo que experimentan las personas. Cuando el curso del mismo se ve alterado, se puede producir una disfunción ocupacional. El modelo es evolutivo y considera que, analizando y desarrollando las diferentes habilidades de la persona, y realizando un recorrido por su curso evolutivo, ésta puede llegar a un desarrollo psicosocial normal. Distingue los siguiente tipos de habilidades: de integración sensorial (0-12 meses), cognitivas (0-13 años), de interacción diádica (8 meses-30 años), de interacción grupal (18 meses-18 años), de identidad personal (9-60 años) y de identidad sexual (4-60 años). A su vez, cada una de estas habilidades se divide en subhabilidades más específicas.

Fundamentada en la teoría de la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow, plantea que un desempeño psicosocial adecuado necesita cubrir diez necesidades básicas: necesidades psicosociales, de equilibrio temporal, de seguridad física y emocional, de amor y aceptación, de asociación y afiliación a gru-

pos, de dominio de destrezas, de estima, sexuales, de placer y de autodesarrollo y superación.

Modelo de integración sensorial: Jean Ayres (1968). La integración sensorial es un proceso neurológico que organiza y unifica la sensación del propio cuerpo y del medio ambiente permitiendo utilizarlo eficazmente en el entorno. El desarrollo de la integración sensorial comienza durante la vida fetal para llegar a la madurez entre los 10 y 12 años; luego sigue perfeccionándose a lo largo de la vida. Por otro lado, ninguna función se desarrolla únicamente a una edad determinada, pues el niño trabaja en cada nivel de integración sensorial durante la infancia. Plantea cinco supuestos fundamentales, basados en el comportamiento neurológico y la integración de los sentidos:

1. El sistema nervioso central es plástico, término que hace referencia a la capacidad de cambio que tienen sus estructuras.
2. El proceso de integración sensorial ocurre en una secuencia del desarrollo. Los comportamientos presentes en cada fase del desarrollo son la base secuencial para el desarrollo de comportamientos más complejos.
3. El cerebro funciona como un todo. Incluye el concepto de organización jerárquica para explicar el funcionamiento de los sistemas sin perder de vista su esencia interactiva y holística.
4. El mayor desarrollo de la integración sensorial ocurre durante una respuesta adaptativa, y la habilidad para producir una respuesta adaptativa se basa en la integración sensorial.

EL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL

M. Pellegrini Spangenberg

CAPÍTULO

10

Ver cada momento como un nuevo comienzo, una nueva oportunidad, siempre desde la atención plena

JON KABAT-ZINN

Contenido

- Objetivos
- Introducción
- Conceptos básicos
- Visión general del proceso de terapia ocupacional
- Razonamiento clínico del terapeuta ocupacional en salud mental
- Planificación del tratamiento
- Planificación y redacción de objetivos de tratamiento en salud mental
- Identificación de principios y métodos de tratamiento
- Estudio de un caso
- Resumen
- Preguntas de autoevaluación
- Referencias

Objetivos

- Conocer todo el proceso de terapia ocupacional en salud mental.
- Identificar y fundamentar la intervención de terapia ocupacional.
- Exponer el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional en salud mental.
- Conocer estrategias de intervención específicas de la disciplina.
- Adquirir conocimientos en la planificación y redacción de objetivos ocupacionales.
- Incrementar las destrezas en la resolución de problemas de intervención terapéutica.

INTRODUCCIÓN

La filosofía que rodea y acompaña toda intervención de terapia ocupacional es ayudar a otra persona (paciente, usuario, cliente o asistido)¹ a desarrollar y utilizar sus habilidades de la manera más funcional y autónoma posible. El proceso de tratamiento tiene este objetivo final.

En primer lugar, es importante aclarar algunos términos que se van a utilizar a lo largo de este capítulo. El concepto de *ser humano funcional* se utiliza cuando la persona es capaz de cumplir con las exigencias de sus roles ocupacionales, es decir, de realizar de la manera más autónoma posible las actividades y tareas relacionadas o exi-

gidas por sus roles ocupacionales. Por ejemplo: Juan, de 35 años de edad, desempeña los roles ocupacionales de estudiante universitario, trabajador, amigo, miembro de una familia (hijo y esposo). Juan es considerado funcional si cumple con las exigencias y expectativas internas y externas de esos roles. Si analizamos uno de esos roles (p. ej., el de estudiante), podemos considerar que las expectativas internas y externas del rol de estudiante son las siguientes: ir a la universidad, pagar las matrículas, estudiar, superar los exámenes y diplomarse o licenciarse. El término autónomo está relacionado con el concepto de apoyo por parte de terceros. Una persona puede ser autónoma para la realización de sus tareas cotidianas con cierto grado de apoyo de terceros. Este apoyo de terceros puede consistir en adaptaciones o graduaciones de los objetos o tareas, o

¹ Estos términos van a ser utilizados de manera indistinta sabiendo que tienen connotaciones diferentes.

también en la ayuda o asistencia de otra persona. Dicho lo cual, si revisamos la frase original, en la que se dice que toda intervención de terapia ocupacional tiene como objeto ayudar a otra persona (paciente, usuario, cliente o asistido) a desarrollar y utilizar sus habilidades de la manera más funcional y autónoma posible, de lo que se trata es de facilitar a esta persona el desempeño de sus roles ocupacionales con el grado de apoyo de terceros que sea necesario.

Desde el momento en que el terapeuta recibe la información de la presencia de un usuario en el servicio de terapia ocupacional, cada acción debe estar dirigida hacia esta meta. Nada de lo que haga debe estar fuera de esa filosofía. El terapeuta ocupacional debe incluir, de la mejor manera posible, al paciente y su familia en el proceso de tratamiento, explicando el cómo y el porqué de la intervención ocupacional. Ésta es una manera respetuosa de realizar la terapia y de facilitar que todos ellos se involucren en el tratamiento.

En este capítulo se realizará una revisión general del proceso de terapia ocupacional, profundizando en aspectos o ejes de contenido prácticos que faciliten al lector su aplicación en el ejercicio profesional como terapeuta ocupacional en salud mental. No se detendrá en profundizar en cada una de las etapas del proceso de terapia ocupacional ya que éste está ampliamente presentado en el *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional* (American Occupational Therapy Association, AOTA, 2008). El proceso de evaluación del usuario sólo se nombrará en este capítulo, ya que el lector encontrará el desarrollo de este tema en el capítulo 13 de este mismo libro. Se trabajarán conceptos relacionados con el desarrollo del razonamiento clínico, es decir, con la serie de emociones y conocimientos con los que el terapeuta analiza la situación del paciente y adquiere ideas para la intervención. También se presentarán guías para la redacción de objetivos de tratamiento y de informes o registros del servicio de terapia ocupacional. Para finalizar, se presentarán las estrategias más frecuentes de intervención para personas con problemas de salud mental.

CONCEPTOS BÁSICOS

La ocupación en la vida

Las personas con problemas mentales tienen dificultad no sólo con el control de sus pensamientos y sentimientos, sino frecuentemente también para la realización de las actividades

más sencillas de la vida diaria. La terapia ocupacional es un recurso importante para tratar este tipo de problemas. Los terapeutas ocupacionales somos especialistas en ello, es decir, facilitamos la organización y desempeño de las actividades cotidianas de manera funcional y autónoma. En este tipo de actividades están incluidas todas las áreas del desempeño ocupacional: actividades de la vida diaria (AVD), actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), educación, trabajo, participación social, juego y esparcimiento u ocio (AOTA, 2008).

Considerar las actividades de manera funcional ya sabemos que supone el establecimiento de una relación directa con los roles ocupacionales del usuario; por ello, éstas deben ser actividades significativas y con un propósito. Las vidas de los seres humanos están comprometidas en cientos de actividades que ocupan sus horas de vigilia. Estas ocupaciones tienen un profundo impacto en el modo como la persona se siente física, emocional y espiritualmente (Pellegrini, 2007). Las ocupaciones pueden procurar satisfacción y bienestar, o pueden crear niveles de estrés, desequilibrio e insatisfacción. Desde las ciencias de la ocupación, la terapeuta ocupacional Florence Clark (2001) define la ocupación como «las actividades individual y culturalmente significativas en las cuales los seres humanos se comprometen». Aquí, se hace hincapié en el significado que tienen las ocupaciones para cada persona. Todas las actividades que realiza el ser humano se consideran dentro de la categoría general de ocupación. El interés se centra en «cómo el individuo elige y orquesta sus ocupaciones en el fluir de la vida y cómo, en el tiempo, las ocupaciones definen la esencia de la persona, la identidad moral, y dan origen a ciertos modos de pensar» (Zemke y Clark, 1996). En 1990, Elizabeth Yerxa sostuvo que el ser humano es un ser ocupacional y que el impulso de estar ocupado tiene raíces evolutivas, psicológicas, sociales y simbólicas. Por ello, sólo una actividad con un propósito, iniciada por una persona, es una ocupación. Desde este punto de vista, se amplía el significado de la ocupación, se puede sostener que el propósito de una ocupación tiene lugar sólo dentro del contexto de la vida de cada persona, siendo ésta la autora de su propia historia (Pellegrini, 2007). Las personas eligen ocupaciones, que comprometen sus días, y al hacerlo se desarrolla su identidad ocupacional y se constituyen en seres ocupacionales. Según Hasselkuss (2002), el significado de una ocupación emana de realizarse como persona, crecer y evolucionar.

nar. Los terapeutas ocupacionales facilitan la realización personal del paciente. Esta facilitación incluye un análisis minucioso de las ocupaciones, estudiando las exigencias de la tarea, el contexto, los roles de las personas, los diagnósticos médicos, así como las limitaciones y los puntos fuertes de la persona y su familia (Pellegrini, 2007). Todas las actividades que realiza el ser humano adquieren forma en los diferentes contextos, de modo que no siempre es posible clasificar las ocupaciones basándose sólo en el conocimiento de éstas aisladamente. Conociendo los contextos en los que se desarrolla la ocupación, se puede discernir en qué área del desempeño se la puede clasificar. Por ejemplo, escribir se puede considerar una actividad de ocio (cuando se escribe una carta relatando las últimas vacaciones) o una actividad educativa o laboral (cuando se redacta una nota formal dirigida al gerente de una empresa) o una actividad necesaria para el automantenimiento (como en el caso de extender un cheque para pagar un servicio). Sólo considerando las ocupaciones en los contextos donde se llevan a cabo, el terapeuta ocupacional puede clasificarlas.

Para finalizar el tema de las ocupaciones, reflexionaremos sobre las dos dimensiones que toda actividad tiene: una visible, en la cual se incluye el desempeño o ejecución de la tarea, lo observable, y otra invisible, no observable ni concreta. Ésta incluye el significado que la ocupación tiene para la persona, es el modo como el individuo considera esa ocupación en términos personales relevantes. Como las ocupaciones significativas son la dimensión invisible y no observable, conocer el significado que tienen para los pacientes sólo se logra preguntándoles a ellos, escuchando sus historias cuidadosamente, con el tiempo necesario para comprender las situaciones desde sus puntos de vista. El programa terapéutico será efectivo sólo si el terapeuta ocupacional es capaz de idear experiencias terapéuticas que «encajen» en los contextos de vida de las personas asistidas. En el proceso de terapia ocupacional se incorpora el significado de la ocupación, lo invisible, y el desempeño valorable, lo visible. Así se facilita la elaboración de historias terapéuticas que ayuden a los pacientes en su recuperación y adaptación, proporcionando coherencia para desarrollar una vida significativa. Desde este razonamiento clínico lo importante del proceso terapéutico es poder descubrir el significado y facilitar el desarrollo de ocupaciones con un propósito para la persona. Ahora estamos en condiciones de preguntarnos: ¿qué hacemos para que un proceso

terapéutico sea significativo y tenga un propósito en una persona con un trastorno mental?

La relación terapéutica en terapia ocupacional

Un tratamiento requiere la colaboración mutua entre el paciente y el terapeuta, con la ayuda de la relación terapéutica. Ésta tiene elementos centrales que le sirven de apoyo. Sin ellos la terapia ocupacional puede reducirse sólo a la aplicación estéril de conocimientos científicos en vacío. Tener interés en ayudar a otra persona es una de las razones por la cual muchos estudiantes eligen la terapia ocupacional. Nosotros, como profesionales especialistas en la ocupación, ayudamos a los pacientes en primer lugar utilizando actividades, pues en la terapia lo más importante es la ocupación. También les ayudamos en el modo como nos relacionamos con ellos, motivándoles para que sean más conscientes de sus habilidades, aumenten su certeza o *locus* de control interno y desarrollen la imagen de sí mismos. Relacionarse con otras personas exige saber escuchar y comunicarse con ellas, pero hacerlo con personas con problemas mentales requiere por parte de los profesionales de la salud un mayor número de destrezas y habilidades. Los pacientes psiquiátricos a menudo no han tenido muchas o buenas experiencias al relacionarse con otras personas, no se han hecho comprender, no han manifestado sus necesidades de una manera socialmente aceptable, no han podido identificar o manifestar claramente sus sentimientos ante una determinada situación, y así se podrían citar otros muchos ejemplos. Ser consciente de sí mismo y del paciente, y ser capaz de saber manejar y controlar lo que comunicamos como terapeutas, es lo que se denomina *el uso terapéutico del yo*. El *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional* de la AOTA (2008) lo define como «el uso planificado de la personalidad, introspección, percepciones y juicio del profesional de terapia ocupacional como parte del proceso terapéutico». Es importante aclarar que se trata de un modo diferente de relacionarnos, ya que el propósito de esta relación es distinto al de nuestras relaciones con el resto de las personas. La relación terapeuta-paciente no es igualitaria. El paciente espera del profesional, en este caso el terapeuta ocupacional, que sea capaz de ayudarle en sus problemas, que le ayude a sentirse mejor; en cambio, las expectativas del terapeuta son ayudar a la persona asistida. El propósito

de esta relación es ayudar al paciente a identificar los problemas cotidianos, planificar metas y objetivos razonables de intervención y llevar a cabo el tratamiento para trabajar sobre la base de esos objetivos. Early (1996) sostiene que para comprender la naturaleza de la relación terapéutica es útil entender dos importantes diferencias que existen entre esta relación y la relación que se puede tener, por ejemplo, con un amigo. La primera diferencia es que en la relación con un amigo ambos esperan algo del otro; en cambio, en la relación terapéutica el paciente espera recibir ayuda y el terapeuta espera poder ayudarlo, pero no existe ninguna expectativa de devolución de esa ayuda. La segunda diferencia es que en una relación de amigos ambas partes son responsables de mantener la relación. En cambio, sostiene Early, en la relación terapéutica, el terapeuta es responsable del desarrollo y mantenimiento de una buena relación con el paciente. Relacionarse con los pacientes es una destreza, y como toda destreza se desarrolla con la experiencia, sólo con esfuerzo y práctica.

Cualidades terapéuticas

Empatía

Es la habilidad de comprender cómo se siente la otra persona, de ponerse en su lugar sin confundirse. El terapeuta no sólo debe tratar de ver las situaciones desde la perspectiva del paciente, sino esforzarse por ponerse en su lugar. Escuchar lo que dice el paciente y animarle a ampliar los puntos de vista ayuda a comprender sus sentimientos. Cuando el paciente siente que el terapeuta realmente comprende lo que le pasa, éste disfruta de poder comunicar más sobre sí mismo y el compromiso con el tratamiento se incrementa.

Sensibilidad

En la relación terapéutica, esta cualidad supone estar atento a las necesidades del paciente, atender a los mensajes que envía, principalmente los no verbales (lo que se conoce como lenguaje corporal: mirar hacia abajo, morderse los labios, cerrar el puño, etc.).

Respeto

El paciente necesita ser reconocido como una persona única, individual, con intereses y valores propios, que pueden ser muy diferentes

a los del terapeuta. Se han de tener en cuenta las diferencias culturales.

Calidez

Early (1996) la define como «el sentido amistoso, interesado y entusiasta que contagia el terapeuta». Manifestaciones de calidez son la sonrisa, el contacto visual, la cercanía física, determinadas posturas del cuerpo, el tono de voz y otros comportamientos no verbales. Dependen de cada situación y de la capacidad del paciente de tolerar el acercamiento del terapeuta.

Autenticidad

Es la habilidad de abrirse a la situación. Para poder lograr esto el terapeuta debe en primer lugar ser consciente de sí mismo y sentirse cómodo consigo mismo (aceptar errores, no tener siempre las respuestas, no necesitar ponerse a la defensiva, etc.).

Especificidad

Es el arte de plantear las cosas de manera sencilla, directa y concreta, y centrarse sólo en lo que es más relevante, no inferir.

Inmediatez o el aquí y ahora

Es la práctica de realizar una devolución o *feedback* justo después de que se haya producido el hecho. Asimismo, este término incluye la idea de centrar la atención del paciente en el aquí y ahora; en efecto, muchas veces los pacientes están preocupados por cosas sobre las que no tienen control, y se ven menos capacitados para tomar decisiones reales en la vida cotidiana y relacionarse con los demás.

Técnicas para desarrollar la relación terapéutica en salud mental

En realidad, se puede hablar de técnicas o características a tener en cuenta, pero éstas no deben considerarse un «listado de recetas», sino simplemente estrategias explícitas que resultan útiles para desarrollar una relación terapéutica con personas con trastornos mentales.

En primer lugar, ante un primer encuentro con un nuevo paciente, se puede sugerir que sea sencillo y breve. Cuando el paciente se halle en algún espacio común, por ejemplo, el come-

dor, acérquese y preséntese. De manera simple explíquelo qué puede lograr del tratamiento en terapia ocupacional y póngase de acuerdo con él para un nuevo encuentro. Lo normal es que el paciente internado, durante los primeros días, se sienta abrumado por tener que contestar a tanta gente que le hace preguntas. En segundo lugar, para conseguir que exprese sus sentimientos hay que utilizar el lenguaje y las preguntas apropiadas. Las preguntas abiertas facilitan la expresión de sentimientos y emociones. También se ha de tener en cuenta que si la asistencia al servicio de terapia ocupacional es obligatoria para ese paciente, no se le debe preguntar si quiere venir, sólo se le comunicará que es hora de acudir a terapia ocupacional. El terapeuta debe respetar los silencios, los propios y los del paciente. Por otro lado, muchas veces el paciente encuentra muy difícil expresarse o piensa que no es interesante lo que él está diciendo, por lo que es importante que las respuestas sean mínimas (ajá, hum, qué más, etc.), es decir, manifestaciones de estar escuchando e interesado en lo que el paciente dice. Asimismo, es importante observar el lenguaje no verbal o corporal del paciente y facilitar la expresión verbal de los sentimientos. Se ha de ayudar al paciente a organizar los temas, pues en general los pacientes con problemas de salud mental tienen dificultad en lo que se refiere a la organización de sus pensamientos e ideas; en caso necesario, hay que pedir al paciente una aclaración retomando la idea principal y la secuencia de los hechos hasta donde haya comprendido el terapeuta. Finalmente, se ha de prometer sólo lo que se pueda cumplir y no preguntar sobre temas que el terapeuta no puede manejar o que están fuera del alcance del servicio de terapia.

Early (1996) sostiene que es importante tener en cuenta en toda relación terapéutica las asociaciones inconscientes que se dan en la relación con otras personas, y que corresponden más al pasado que a la relación actual. A continuación, se muestran brevemente los conceptos de transferencia y contratransferencia que surgen en una relación terapéutica. La autora no es una especialista en este tema, pero considera importante presentarlo para que el lector lo considere y profundice en él. La transferencia ocurre cuando una persona (habitualmente el paciente) de manera inconsciente se relaciona con el terapeuta como si fuera otra persona. Frecuentemente esa otra persona es alguien importante en su vida. Por ejemplo, el paciente comienza a actuar como si el terapeuta fuera su madre, que siempre lo cuidó y le ayudó a en-

frentarse a situaciones difíciles. La contratransferencia en cambio se produce cuando el terapeuta inconscientemente actúa según el rol que el paciente le otorga, en este caso como su madre, y comienza a hacerle favores especiales, por ejemplo, tratándole de forma distinta o haciendo bromas diferentes a las que emplea con el resto de los pacientes. Es esencial poder reconocer que la transferencia y la contratransferencia ocurren en niveles inconscientes; esto hace que sea difícil poder manejarlas. Una relación terapéutica con estas características no beneficiaría al paciente. Sin embargo, si el terapeuta puede reconocer la transferencia del paciente, podrá moverse del lugar que el paciente le otorga y tendrá la posibilidad de ofrecer un nuevo modelo de relación. Es importante que el terapeuta ocupacional tenga esto en cuenta y reconozca la necesidad del autoconocimiento y reflexión donde la supervisión o los espacios propios de terapia puedan ayudarlo.

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Como ya se mencionó, la idea general que subyace a toda intervención de terapia ocupacional es ayudar al paciente a desarrollar y utilizar las habilidades que necesita para poder funcionar de la manera más autónoma posible, y dentro de los límites de sus posibilidades, mejorar su salud y su participación ocupacional. El *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso* (AOTA, 2008) presenta en detalle todo el proceso de terapia ocupacional; en este capítulo se hará referencia a lo expuesto en ese texto a modo de presentación general, y se verá cómo se pueden aplicar esas líneas en salud mental. El marco de trabajo define el proceso de terapia ocupacional como «el modo en que los profesionales de terapia ocupacional ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar servicios a los clientes». El proceso incluye la evaluación, la intervención y el seguimiento de los resultados.

Evaluación²

La evaluación se centra en buscar información sobre lo que el paciente quiere y necesita hacer, determinar lo que el paciente puede hacer y ha hecho, e identificar los factores que actúan como apoyo o limitación a la salud

² En el capítulo 13 se encuentra el detalle del proceso de evaluación de terapia ocupacional en salud mental.

y la participación. Comprende el perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional.

Perfil ocupacional: es el primer paso en el proceso de evaluación y proporciona un conocimiento del historial y experiencias ocupacionales del cliente, sus patrones de vida, intereses, valores y necesidades. Se identifican sus problemas y preocupaciones en todo lo que hace referencia al desempeño de sus ocupaciones y a las actividades de la vida diaria, y se determinan sus prioridades (AOTA, 2008).

Análisis del desempeño ocupacional: es el paso del proceso de evaluación en el que se identifican de manera más específica los problemas actuales y potenciales del cliente. A menudo se observa el desempeño en su entorno real para identificar qué factores lo facilitan y cuáles lo limitan. Se tienen en cuenta las destrezas y los patrones de ejecución, el entorno y los contextos, las demandas de actividad y las características del cliente, pero sólo se seleccionan aquellos aspectos que se pueden evaluar específicamente. Se identifican los resultados que se deseen (AOTA, 2008).

Intervención

El proceso de intervención consiste, según el marco de trabajo (AOTA, 2008), en facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud, a través de las medidas adoptadas por los profesionales de terapia ocupacional en colaboración con el cliente. La información obtenida en el proceso de evaluación se utiliza para organizar el plan de intervención, la aplicación de ésta y la revisión de lo hecho.

Plan de intervención: el plan guía las acciones que se van a desarrollar en colaboración con el cliente. Se basa en una selección de teorías, marcos de referencia y evidencia. Se confirman los resultados que se deseen (AOTA, 2008).

Aplicación de la intervención: son las acciones en curso que se deciden para influir y apoyar el progreso en el desempeño del cliente. Las intervenciones se dirigen hacia los resultados identificados. Las respuestas del cliente se supervisan y se documentan.

Revisión de la intervención: se trata de un nuevo examen del plan de intervención y del proceso, así como del progreso hacia los resultados esperados.

Resultados

El resultado global del proceso de intervención de terapia ocupacional es la mejora de la

salud y la participación en la vida mediante el compromiso con las ocupaciones. Los resultados se definen como dimensiones importantes de la salud, que se atribuyen a las intervenciones, e incluyen la capacidad para la función, las percepciones de salud y la satisfacción con el cuidado. Constituyen el final del proceso de terapia ocupacional y describen lo que puede lograr la intervención de terapia ocupacional con los clientes (AOTA, 2008). Ahora bien, ¿cómo se aplica el proceso de terapia ocupacional en personas con problemas de salud mental?

RAZONAMIENTO CLÍNICO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

Cuando el terapeuta se enfrenta a la tarea de desarrollar un plan de tratamiento que sea significativo y que esté relacionado con la vida de la persona con problemas mentales, necesita un acercamiento lógico para obtener información acerca del paciente y aplicarla a la planificación de objetivos y métodos de intervención. Entiéndase como acercamiento lógico aquel que el terapeuta planifica y sobre el que tiene un «control» desde su razonamiento clínico. Dentro de este control se incluye el análisis de las ocupaciones y sus contextos, objetivos alcanzables, comportamentales y medibles en el tiempo, desafío justo de las actividades ofrecidas en la terapia (alcanzables para el paciente), graduación del apoyo de terceros, etc. Todo lo que se ofrece en la terapia no es por casualidad, el terapeuta debe tener claras las razones de sus estrategias y medios utilizados en la terapia desde su razonamiento clínico. El razonamiento clínico se define como el conjunto de sentimientos y conocimientos que el terapeuta ocupacional tiene; por ello, se puede afirmar que requiere arte y ciencia. El profesional debe poder seleccionar las técnicas, métodos y teorías que sean mejores para cada paciente. Rogers (1983) ha elaborado una serie de preguntas que facilitan la reflexión profesional en la toma de decisión (Tabla 10-1).

La primera pregunta es la siguiente: ¿cuál es el estado o nivel funcional del paciente? Se trata de una pregunta de valoración. Antes de que el terapeuta comience a pensar en los objetivos y estrategias del tratamiento, debe conocer y comprender quién es el paciente, qué problemas tiene, cuáles son sus puntos fuertes y cuáles las cosas que le motivan para aceptar el tratamiento. El terapeuta ocupacional analiza los datos obtenidos del proceso de evaluación para

TABLA 10-1. Guía de preguntas que facilitan el razonamiento clínico del terapeuta**1. ¿Cuál es el estado o nivel funcional del paciente?**

- ¿Cuál es el estado de sus roles ocupacionales?
- ¿Qué problemas tiene?
- ¿Cuáles son sus puntos fuertes?
- ¿Qué cosas le motivan?

2. ¿Cuáles son las opciones?

- ¿Qué acercamientos son posibles?
- ¿Qué resultados se esperan?
- ¿Cuánto tiempo se necesita para alcanzar los objetivos?

3. ¿Qué debería hacerse?

- ¿Qué opciones son coherentes con los valores del paciente?
- ¿Se puede informar al paciente sobre las diferentes opciones de tratamiento?

Tomado de Rogers, 1983.

responder a estas preguntas. El tratamiento no es «inocente» o casual, ha de estar acorde con los datos obtenidos. Por ello, se ha de tener sumo cuidado en la selección de las evaluaciones utilizadas para la valoración del paciente, pues no todas las evaluaciones son útiles o posibles para todos los pacientes o para todos los contextos. El terapeuta selecciona los instrumentos de evaluación con arreglo a los datos que tiene del paciente, como edad, diagnóstico, roles ocupacionales pasados y actuales, historia y dispositivo y tiempo de tratamiento. No se puede aplicar el mismo tratamiento a un paciente con diagnóstico de esquizofrenia que a un paciente con trastorno bipolar internado por un episodio maníaco, que seguramente a diferencia del anterior no necesitará tratamiento en sus actividades de la vida diaria.

Para responder a la segunda pregunta, ¿cuáles son las opciones?, el terapeuta debe apoyarse en sus conocimientos teóricos y experiencia profesional, revisar qué opciones fueron útiles en otros pacientes de similar situación, qué dice la bibliografía de la disciplina sobre casos similares, para finalmente obtener un borrador de distintas posibilidades de tratamiento.

La tercer pregunta, ¿qué debería hacerse?, está relacionada con los aspectos éticos del tratamiento. Como dice Rogers (1983), «simplemente porque un objetivo parezca técnicamente posible no significa que deba considerarse como tal». Éste, en la medida de lo posible, se debe considerar con el paciente, y el terapeuta debe tratar de convencerle para que acepte el tratamiento que considera que es la mejor opción para esa persona en ese momento y contexto. Muchas veces por el contexto, diagnós-

tico y estado del paciente esta situación puede convertirse en un dilema ético para el terapeuta. Sólo la madurez del razonamiento clínico puede confirmar lo acertada que ha sido la elección realizada.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento de terapia ocupacional está pensado para facilitar el desempeño ocupacional autónomo, coherente con los roles de la persona. Ello supone un verdadero desafío para los terapeutas en salud mental. Las personas con problemas mentales tienen grandes dificultades en la expresión de sus sentimientos, manifestación de intereses y organización de las tareas, razón por la cual los conocimientos teóricos y clínicos del terapeuta no siempre son suficientes para tomar la decisión correcta. Muchas veces se sabe que el paciente tiene como diagnóstico algún tipo de esquizofrenia y que esto le acarrea dificultades en el desempeño funcional, por ejemplo, del rol de estudiante desde hace un año y medio. Su arreglo personal e higiene se encuentran deteriorados y su habilidad para organizarse en su dieta diaria es marginal. A diferencia del tratamiento en disfunciones físicas, en el campo de la salud mental no se dispone de una radiografía o un estudio que determine el nivel de la lesión y, por consiguiente, el nivel de disfunción. En salud mental, se sabe que la medicación puede tratar algunos síntomas, pero no se tiene certeza de las causas de la esquizofrenia y de los tipos de tratamiento. La investigación en nuestra disciplina en este campo es un camino que hay que seguir recorriendo.

Mientras tanto, ¿cómo se puede ayudar al paciente? En primer lugar, revisando los resultados del proceso de evaluación para poder identificar los problemas y dificultades en el desempeño ocupacional, y en segundo lugar, identificando las potencialidades o puntos fuertes del paciente y sus puntos débiles o limitaciones. Este aspecto es esencial, pues habitualmente los terapeutas pueden dar un listado enorme de las limitaciones y dificultades del paciente, pero no de sus potencialidades o puntos fuertes. El autor sugiere hacer un listado con dos columnas: una de ellas con las limitaciones y dificultades identificadas en el paciente y otra con las potencialidades o puntos fuertes. Podemos observar que inicialmente nuestro listado de limitaciones será mucho mayor que el de potencialidades; pero, ¿cómo vamos a poder pensar en un tratamiento holístico y motivador si sólo vemos el espacio vacío de la botella? Tras la identificación de puntos fuertes y limitaciones se elaboran los objetivos a largo y corto plazo, objetivos de tratamiento que es importante poder seleccionar y priorizar, pues no todo es posible en el mismo tiempo, existen etapas que deben poder organizarse en pasos alcanzables, como los peldaños de una escalera. No se puede esperar llegar al quinto piso si aún no se ha llegado al primero, algo que parece obvio pero que no lo es en el hacer profesional. Muchas veces los objetivos son tan generales o tan amplios que son inalcanzables en esta etapa del tratamiento. Por ejemplo, si se decide desarrollar la autonomía en las actividades de la vida diaria, es un objetivo tan amplio que no se alcanzará nunca, ya que incluye tantas actividades que es imposible medirlas y tratarlas en la misma etapa. Por ello, se habla de poder *priorizar* los objetivos, lo que significa dar un orden de importancia o urgencia según el contexto, paciente y momento de la enfermedad. En muchos casos, especialmente en pacientes crónicos, después de la evaluación se puede hacer un listado de 15 o 20 objetivos a trabajar, aunque no todos tienen el mismo nivel de urgencia o importancia. Algunos objetivos, por su naturaleza, deben alcanzarse antes que otros: por ejemplo, el paciente necesita desarrollar algunas habilidades en el reconocimiento del dinero y a continuación en el manejo del presupuesto. Ya se han presentado cuatro etapas (revisión de los resultados de la evaluación, identificación de problemas de desempeño, identificación de puntos fuertes y limitaciones, y planificación de objetivos); en quinto lugar es posible incluir la identificación de principios de

tratamiento y, finalmente, la selección de métodos de intervención. Estos puntos se tratarán con mayor detenimiento en este capítulo, pero sería bueno reflexionar sobre el rol que habitualmente desempeñan los terapeutas en las instituciones. Hemphill (1990) sostiene que muchas veces el rol del terapeuta ocupacional es el de «proveedor de actividades». Las actividades provistas están relacionadas con la artesanía, los juegos de salón, o las manualidades, y pueden distraer al paciente de su enfermedad pero no le ayudan a desarrollar las habilidades que necesita para vivir fuera de la institución y sobrevivir en su comunidad. Esta autora recomienda que los terapeutas se centren en desarrollar la autonomía, utilizando o no estas actividades.

PLANIFICACIÓN Y REDACCIÓN DE OBJETIVOS DE TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

Para poder planificar objetivos de tratamiento en personas con problemas de salud mental, en primer lugar sería bueno aclarar algunos términos que muchas veces se utilizan sin comprender del todo su significado. Esto es importante para el desarrollo del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional, razonamiento que se utiliza no sólo para la toma de decisiones en el tratamiento, sino también para fundamentar teóricamente su postura y rol profesional.

Conviene recordar que el objetivo de la intervención de terapia ocupacional es ayudar al paciente o cliente a funcionar de la manera más autónoma posible, dentro de los límites de su diagnóstico y contexto.

Bonder (1995) y Early (1996) sostienen que existen cuatro categorías de intervención en terapia ocupacional: tratamiento (otras veces llamado restauración funcional), mantenimiento de la función, rehabilitación y prevención. El objetivo principal de la intervención difiere, dependiendo de dichas categorías. El *tratamiento* o *restauración funcional* se dirige a cambiar o modificar el proceso subyacente a la enfermedad; los principios y técnicas de la integración sensorial se incluyen en esta categoría. Early (1996) sostiene que no está claro que la intervención de terapia ocupacional afecte realmente al proceso subyacente a la enfermedad en la mayoría de los desórdenes psiquiátricos. No conocemos aún lo suficiente de este proceso como para afirmar o refutar esto. El *mantenimiento de la función* tiene como finalidad ayudar al paciente o cliente a utilizar sus capacidades

des remanentes. Frecuentemente éste es el objetivo principal de la intervención en pacientes o clientes con enfermedades crónicas o progresivas, como la esquizofrenia y las enfermedades mentales orgánicas. Dentro de este enfoque el terapeuta ocupacional centra su intervención en crear ambientes que apoyen y estimulen al paciente a atender a sus necesidades y hacerse cargo de su propia vida, del modo que él pueda hacerlo, durante el mayor tiempo posible. Así, la terapia ocupacional ayuda al paciente o cliente a mantener sus habilidades funcionales. La *rehabilitación* se centra en restaurar las habilidades del paciente tras el tratamiento médico de la enfermedad. El paciente o cliente pierde su habilidad para funcionar como resultado de la enfermedad; esta pérdida de función se suele llamar discapacidad residual. Aunque el proceso de la enfermedad se haya estabilizado (en psiquiatría esto ocurre frecuentemente con la prescripción de psicofármacos), el paciente o cliente no puede realizar sus actividades de la vida diaria y desempeñar sus roles ocupacionales como lo hacía antes de la enfermedad. El término *habilitación* se utiliza para distinguir la intervención en pacientes o clientes que hasta ahora nunca habían desarrollado esas habilidades funcionales. Por último, la *prevención* se dirige a intervenir antes de que se produzca la disfunción. Habitualmente se aplica cuando se atacan las causas del problema frente a situaciones de riesgo de disfunción. Un ejemplo es un grupo de actividades de apoyo para hijos de padres alcohólicos.

Manteniendo estas categorías en mente, cada objetivo se puede escribir en una frase de modo que se centre en la rehabilitación, habilitación, mantenimiento de la función o prevención. Los objetivos deben comenzar siempre con verbos como «desarrollar», «restaurar», «aumentar», etc., haciendo hincapié en la rehabilitación o habilitación. El mantenimiento de la función se centra en los objetivos comenzando por «mantener la habilidad para», y la prevención comenzando por «prevenir la disfunción en la habilidad para». Los verbos o acciones que aquí se presentan son sólo a modo de ejemplo. Lo importante es que todos son *siempre* objetivos del paciente. Es decir, se pretende que el paciente incremente, aumente, disminuya, etc. Por eso, el terapeuta como tal no puede incluir sus objetivos o estrategias en la planificación de los objetivos del paciente; por ejemplo, si presenta como objetivo «facilitar el desarrollo de las actividades de arreglo personal» o «estimular la autonomía en el vestido»,

éstas son estrategias u objetivos del terapeuta, no del paciente. Salvo que el terapeuta quiera que el paciente se estimule o facilite a sí mismo. El papel del terapeuta es facilitar o motivar la actividad en el paciente, pero no es el objetivo del paciente.

¿Cómo escribir los objetivos de tratamiento funcionales en terapia ocupacional?

Los objetivos del plan de tratamiento se deben escribir de manera que *describan* lo más claramente posible *qué es lo que el paciente va a hacer*. Los objetivos deben estar en consonancia con los problemas que se han seleccionado por el paciente o cliente y el equipo como más importantes. Cuanto más específica sea la descripción del problema, más fácil será escribir los objetivos correspondientes. Considere el siguiente ejemplo:

- Juan tiene una baja autoestima.
- Julia tiene un escaso sentido de la realidad.

En cualquiera de los casos la descripción es confusa, ya que no refleja el *comportamiento* del paciente o cliente (o nada medible u observable), sino un estado interno que no se puede verificar. Éste podría convertirse en un problema de comportamiento específico si se agrega algún dato observable.

Por ejemplo, «Juan tiene una baja autoestima como se puede ver por la suciedad de su cabello, el deterioro de su ropa y la falta de higiene bucal» es una presentación más orientada comportamentalmente. Sin embargo, se puede discutir si estos comportamientos reflejan una baja autoestima o quizás otra cosa. Por ello, es preferible utilizar descripciones que contengan *comportamientos observables* en lugar de aquellas que reflejan problemas intrapsíquicos. A continuación se presentarán algunos ejemplos que coinciden con este criterio:

- Juan mantiene una escasa higiene, como se puede ver por la suciedad de su cabello, la falta de higiene bucal y su olor corporal.
- Julia no tiene intereses regulares de ocio o esparcimiento, excepto ver la televisión y beber.
- Marina ha sido despedida de varios trabajos debido a peleas y discusiones con sus superiores.

Una vez que los problemas han sido adecuadamente descritos como comportamientos ocupacionales, los objetivos que corresponden pueden redactarse con claridad y facilidad. Los objetivos y metas de tratamiento deben expresarse en términos que describan *cómo va a pro-*

ceder el paciente o cliente o qué es lo que va a hacer una vez que los objetivos se hayan alcanzado. A continuación se muestran algunos ejemplos de objetivos a largo y a corto plazo, y el modo como el paciente va a proceder:

Objetivos a largo plazo

- Incrementar el ejercicio de las actividades de la vida diaria.

Objetivos a corto plazo

- Desarrollar las destrezas en actividades de arreglo personal, higiene oral y baño o ducha.

Al alcanzar los objetivos propuestos, Juan se lavará el pelo dos veces por semana, se bañará diariamente, y se lavará los dientes dos veces al día; todo ello de forma autónoma.

A fin de facilitar el aprendizaje y comprensión, se muestran a continuación algunos ejercicios con los casos de Julia y de Marina antes presentados. La resolución de estos ejercicios se encuentra al finalizar el apartado. Se debe recordar que en la redacción de los objetivos no hay que incluir los componentes o destrezas del desempeño, pues éstos se consideran en las adaptaciones, estrategias y graduación de la actividad. Por otro lado, se pueden considerar integralmente, es decir, como un fallo de memoria o de concentración que dificulta la tarea. Pero no se planifican objetivos con relación a los componentes, sino en lo que se refiere a la función ocupacional.

Caso Julia

Objetivos a largo plazo

Objetivos a corto plazo

Al alcanzar los objetivos propuestos el paciente:

Caso Marina

Objetivos a largo plazo:

Objetivos a corto plazo:

Al alcanzar los objetivos propuestos el paciente:

Estos objetivos deben estar escritos en *términos comportamentales*; así, todas las personas (paciente, profesionales y familiares) sabrán cuándo se han alcanzado los objetivos. Por el contrario, es imposible saber cuándo se ha alcanzado si el objetivo se presenta de esta manera: «Juan aumentó su autoestima»; éste no es un modo comportamental de medir el logro.

Early (1996) sostiene que los objetivos deben ser siempre *relevantes, comprensibles, medibles, comportamentales y alcanzables*. Un objetivo es *relevante* cuando refleja la situación de la vida del paciente y sus metas futuras. Es *comprensible* cuando se presenta en un lenguaje sencillo y en términos observables. Es *medible* cuando contiene un criterio para alcanzarlo. El mejor criterio es presentarlo en términos cuantitativos (números), en lugar de cualitativos. Por ejemplo, «bañarse una vez al día» es más medible que «tener una adecuada higiene». De ser posible, es importante poder incluir el tiempo o fecha en los que podría alcanzarse el objetivo. Un objetivo es *comportamental* cuando está centrado en lo que el paciente o cliente debe *hacer* para alcanzar o lograr ese objetivo. Es *alcanzable* cuando es algo que el paciente o cliente es capaz de cumplir dentro de un período de tiempo razonablemente corto.

También se debe considerar que los objetivos son *renovables*, es decir, «lo alcanzo y lo renuevo». No hace falta planificar objetivos para toda la vida del paciente.

Ejemplos:

- El paciente será capaz de *identificar* intereses en actividades de ocio al cabo de 3 semanas con un mínimo apoyo de terceros. Al alcanzar este objetivo, se puede renovar por otros.
- El paciente será capaz de *desempeñar* dos actividades de ocio durante el fin de semana con un amplio apoyo de terceros.
- El paciente será capaz de localizar dos recursos comunitarios gratuitos de ocio cercanos a su hogar, al final de la próxima sesión de tratamiento.
- El paciente iniciará y mantendrá una conversación con otra persona del grupo, al menos una vez durante la sesión.

Ya se sabe que el hecho de comprometer directamente a los pacientes en la selección de los objetivos y medir su alcance puede ayudarles a sentirse más independientes y seguros (Early, 1996). Esta participación del paciente en la selección y definición de objetivos para su propio tratamiento puede verse limitada por el grado de discapacidad cognitiva o por síntomas psicóticos. Sin embargo, el terapeuta ocupacional debe tratar de comprometerle al máximo. Los objetivos de tratamiento deben ser acordes con las necesidades y valores del paciente, y alcanzables, es decir, realistas para esa persona en ese momento de su vida.

Posible redacción de objetivos

Caso Julia: Julia no tiene intereses regulares de ocio o esparcimiento, excepto ver la televisión y beber.

Objetivos a largo plazo:

- Desempeñar actividades de ocio significativas.

Objetivos a corto plazo:

- Identificar intereses, habilidades y oportunidades de actividades de ocio.
- Planificar y participar en actividades de ocio en su comunidad.

Al alcanzar los objetivos propuestos, el paciente logrará identificar y desempeñar dos actividades grupales de ocio con un amplio apoyo de terceros de forma quincenal.

Caso Marina: Marina ha sido despedida de varios trabajos debido a peleas y discusiones con sus superiores.

Objetivos a largo plazo:

- Desempeñar actividades laborales.

Objetivos a corto plazo:

- Identificar factores de estrés laboral.
- Desarrollar destrezas de manejo del estrés saludables y funcionales.
- Incrementar las habilidades de comunicación e interacción con sus superiores.

Al alcanzar los objetivos propuestos, el paciente logrará identificar y controlar situaciones de estrés laboral y mejorar su rendimiento laboral con un apoyo mínimo de terceros al cabo de 3 meses de tratamiento.

IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPIOS Y MÉTODOS DE TRATAMIENTO

Principios generales

Después de redactar los objetivos del tratamiento, el siguiente paso es saber cómo alcanzarlos. En un principio se identifican los problemas ocupacionales y sus posibles causas; es decir, se considera en qué teoría hay que apoyarse para tratar el problema. Volviendo al ejemplo del caso de Marina, que tenía dificultades para relacionarse con sus superiores en el trabajo, dependiendo de la teoría en la que se base el terapeuta, se podría considerar que tiene dificultades de comunicación e interacción por falta de regulación en la respuesta a determinados estímulos sensoriales (como el volumen alto de la voz); de ser así, la estrategia de intervención se basaría en la *teoría de integración sensorial*. Pero si se considera que la causa es la falta de aprendizaje en la manifestación y expresión de sus sentimientos y la ausencia de un

modelo de rol, las estrategias de intervención se basarían en la *teoría del comportamiento ocupacional*, y se utilizarían técnicas de práctica y repetición según niveles de exploración, competencia y logro así como en modelos teóricos en terapia ocupacional (véase capítulo 6).

Una vez identificados la teoría y los principios a utilizar, se eligen los métodos de tratamiento, es decir, las actividades, ocupaciones, contextos o ambientes, frecuencia y estrategias que se van a emplear.

Si se analiza el tema de las actividades, lo primero que hay que hacer es aclarar y diferenciar los conceptos de actividad, tarea y ocupación. Christiansen (1991) dice que el término *ocupación* hace referencia a la involucración o compromiso en la realización de actividades, tareas y roles con un propósito productivo (como trabajo y educación), de automantenimiento, o de relajación, distracción o creatividad (juego y ocio). En cambio, cuando se habla de *desempeño ocupacional*, se está haciendo alusión al desempeño cotidiano de ocupaciones que organizan nuestras vidas y satisfacen nuestras necesidades de *automantenimiento, de productividad y de juego o esparcimiento* (Pellegrini, 2007).

Christiansen (1991) desarrolla el concepto de pirámide de las ocupaciones, refiriéndose a las jerarquías o niveles de la ocupación, como se muestra en la figura 10-1.

Dichas jerarquías o niveles van desde el más bajo, las *actividades*, al más alto, los *roles*. Utilizando este criterio, la base de la pirámide es la *actividad*, la cual consiste en un comportamiento específico orientado hacia una meta. En el segundo nivel están las *tareas*, que son el conjunto de actividades que comparten un propósito reconocido a lo largo de su desarrollo. En el nivel más alto de la pirámide están los *roles*, que se definen como los lugares distintivos en la sociedad otorgados por ese rol (Christiansen, 1991). Para que una ocupación sea tal, debe haber un compromiso, una motivación e involucración de la persona que la desempeña. Ésta es la diferencia entre una ocupación y una manualidad o actividad «aislada». Para que un terapeuta pueda facilitar la involucración en el hacer, ésta debe estar relacionada con el nivel más alto de la pirámide: los roles ocupacionales. Cada uno de los roles que desempeñan las personas tiene tareas y actividades relacionadas con dicho rol. Por ejemplo, el rol de ama de casa tiene tareas relacionadas con este rol, como la limpieza del hogar o la preparación de la comida, y una serie de actividades asignadas a

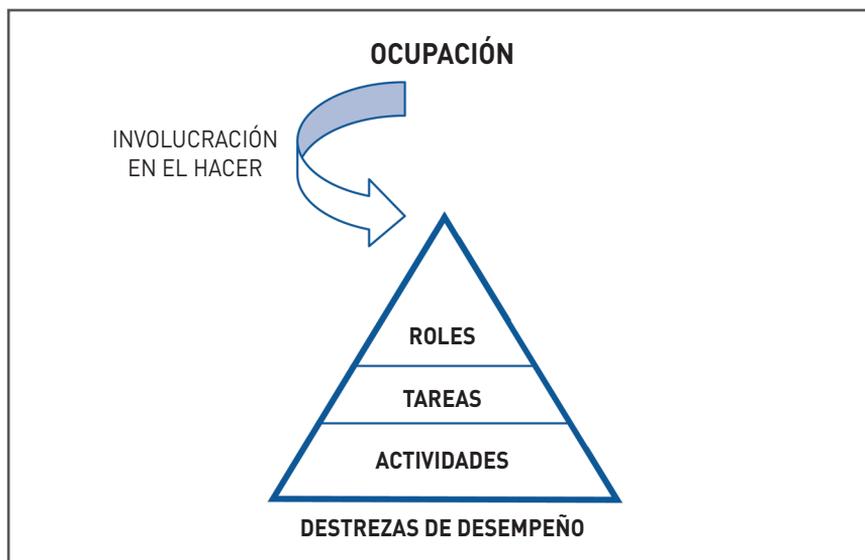


FIGURA 10-1 Pirámide de las ocupaciones.

cada tarea: la limpieza del hogar requiere actividades como la adquisición de los artículos de limpieza, y la preparación de la comida, la compra de los alimentos y su tratamiento y manipulación hasta que llegan a la mesa. Es decir, actividades más simples, que forman una tarea relacionada con un rol. Otro ejemplo sería el rol de estudiante; éste, según el nivel de desempeño que consideremos, puede incluir diferen-

tes tareas, como por ejemplo, aprobar una materia. Esta tarea incluye las siguientes actividades: matricularse en la asignatura, asistir a clase, realizar los trabajos prácticos, aprobar los exámenes parciales y, finalmente, aprobar el examen final. Todas son actividades relacionadas con una tarea del rol de estudiante. En la figura 10-2 se muestra a un paciente en el taller de estudio de un hospital de día.

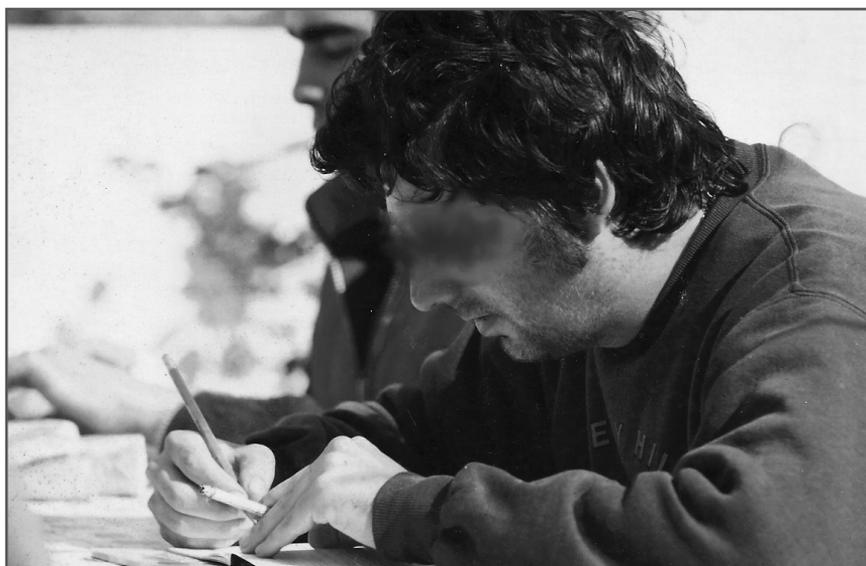


FIGURA 10-2 Paciente en un taller de estudio de un hospital de día.

Lo anteriormente expuesto tiene relación con el tratamiento, pero hay que conocer los roles ocupacionales más significativos del paciente, para saber priorizar luego las tareas y actividades relacionadas con estos roles. Lo ideal sería poder ofrecer espacios terapéuticos para la práctica de tareas reales relacionadas con sus roles de vida; por ejemplo, que en nuestro diagrama de actividades pudiéramos contar con un espacio de «taller de estudio», donde los usuarios puedan practicar las destrezas relacionadas con su rol de estudiante (comunicación e interacción, organización de la tarea, toma de apuntes, presentación de trabajos, etc.). Ahora bien, si no fuera posible ofrecer espacios para la práctica de tareas reales relacionadas con sus roles de vida, ¿qué se puede hacer? En primer lugar, ver qué es lo que se requiere para llevar a cabo cualquiera de las actividades incluidas en las tareas del rol ocupacional priorizado. Así, con una clara identificación de las exigencias de la actividad y de las destrezas de ejecución requeridas, en el rol de estudiante, por ejemplo, se puede comprobar que las funciones mentales (cognitivas) son las más requeridas para el desempeño del rol. Tras esta identificación, se analizan los requerimientos de todas las opciones que se ofrecen en el servicio de terapia ocupacional, y se priorizan las que faciliten la práctica y desarrollo de la función cognitiva en mayor medida. Por ejemplo, si un determinado servicio de terapia ocupacional cuenta con dispositivos para la práctica de la artesanía, el trabajo corporal, la natación, el arte o la cocina, el de la artesanía es el mejor para ejercitar el componente cognitivo (secuencia de actividad, orden, prolijidad, toma de decisión, atención, memoria, pensamiento lógico, patrones de movimiento, etc.). Resumiendo, si no fuera posible ofrecer tareas reales relacionadas con el rol ocupacional directo del usuario, hay que ofrecer actividades que faciliten el desarrollo de las destrezas necesarias para desempeñar esos roles. De esta manera, las actividades que se ofrezcan en la terapia serán significativas y tendrán un propósito.

También es importante considerar el desafío justo de la actividad ofrecida como terapia. No hay que ofrecer actividades que estén muy por debajo de las posibilidades del paciente, ya que éstas no facilitan la motivación, sino que aburren y son alienantes. Tampoco se pueden ofrecer actividades que estén muy por encima del nivel funcional del usuario, ya que éstas inhiben y refuerzan el fracaso y la baja autoestima del paciente. Las personas con problemas men-

tales tienen dificultades para saber qué pueden o no hacer; la enfermedad mental desdibujó su identidad ocupacional, ya no saben qué pueden hacer, en qué son buenas o qué es lo que les cuesta. Habitualmente pueden hablar de sí mismas antes de la enfermedad, pero les resulta difícil identificar el aquí y el ahora. Por ello, un terapeuta ocupacional no se puede permitir el lujo de reforzar situaciones de indefensión o fracaso (ofreciendo actividades que no cumplan con el desafío justo). Es imprescindible un razonamiento clínico claro que apoye la reconstrucción de una identidad ocupacional funcional y con refuerzo positivo en el hacer: *lo que hago puedo hacerlo con este grado de apoyo y con este nivel de autonomía.*

Es muy importante recordar que la *ocupación* es la herramienta básica de la terapia ocupacional, es lo que diferencia a un terapeuta ocupacional de otros profesionales. El análisis y razonamiento de los elementos antes presentados (actividad, tarea, rol, ocupación, desafío justo de la actividad y análisis de la actividad, entre otros) y su utilización en la terapia son los métodos de intervención de la disciplina. Muchos otros profesionales pueden utilizar actividades en su espacios terapéuticos (p. ej., peditras, logopedas, psicólogos, kinesiólogos, etc., utilizan el juego), pero el razonamiento clínico de la ocupación nos hace únicos. Debemos sentirnos orgullosos de nuestro hacer, valorando qué se ofrece en la terapia y cómo se ofrece. Es a través de la participación e involucración en las actividades como los pacientes desarrollan y practican sus destrezas, aprenden sobre sí mismos, aumentan su sentido de competencia, toman decisiones, expresan sentimientos y construyen su identidad ocupacional.

Destrezas de la vida cotidiana

Esta categoría comprende todas las destrezas que necesita una persona adulta para su vida diaria. Se pueden incluir las AVD y las AVDI. Si se analizan estas destrezas en personas con problemas mentales, se puede ver que los pacientes con una esquizofrenia crónica y trastornos orgánicos suelen necesitar ayuda para poder realizarlas. La mayoría de los tratamientos requieren mucha práctica y repetición para el aprendizaje de las AVD, con dificultades en la generalización de sus conocimientos. Necesitan nuevos aprendizajes e intervenciones en la comunidad para la transferencia de conocimientos en nuevas situaciones. La mayoría de los pacientes con problemas mentales tie-

nen dificultades para el arreglo personal y se muestran indiferentes en todo lo que se refiere a su higiene, lo que supone que habitualmente tengan olor corporal, el cabello sucio y falta de higiene bucal, y se vistan con ropa estafalaria y no acorde con las circunstancias o la estación del año. En su alimentación, tienen grandes dificultades en lo que respecta a la preparación y organización de la comida, escasos hábitos saludables de alimentación y una gran ansiedad por llevarse comida a la boca, lo que hace difícil mantener unos modales socialmente aceptables en la mesa. Tanto en la limpieza como en la preparación de la comida, necesitan adquirir una serie de hábitos (planificación, orden, higiene, etc.). Las actividades utilizadas para conseguirlos deben realizarse con mucha práctica y repetición, con recetas simples que puedan aplicar en su hogar; también se puede ofrecer la posibilidad de preparar comidas en grupo, en un clima distendido y con apoyo. Muchas veces los propios pacientes, durante la preparación de una receta, recuerdan la existencia de distintas variedades, familiares o culturales, que se pueden incorporar y valorar por el grupo. En las figuras 10-3 y 10-4 se muestra a un grupo de pacientes realizando la actividad semanal de preparación de la comida para almorzar en el hospital de día. Esta actividad se lleva a cabo todos los viernes, lo cual sirve de estímulo para la preparación del fin de semana.

Estos pacientes también muestran dificultades en la rutina del sueño: tienen horarios muy disfuncionales para desempeñar sus roles de vida y especialmente el de trabajador. En relación con las AVDI, la mayoría de los pacientes crónicos tienen dificultades en el manejo del dinero y organización del presupuesto, necesitando para ello un gran apoyo de terceros. El mantenimiento del hogar les resulta difícil, por lo que necesitan una estructura o encuadre organizado para poder realizar actividades como la limpieza del hogar, el cuidado de plantas, o las compras. El terapeuta ocupacional puede ofrecer un organigrama fijo semanal, de modo que sirva de estructura externa para la planificación y realización de dichas actividades. Los pacientes logran realizarlas después de un aprendizaje secuencial y organizado; por ejemplo, para hacer la colada, hay que establecer un día fijo, separar la ropa de color de la ropa blanca, introducir el jabón en la lavadora, pulsar el botón del programa correspondiente, tender la ropa, etc. Este tipo de secuencia puede establecerse junto con el paciente en su domicilio y dejarla escrita de manera sencilla. Si es efectivo, este tipo de estrategia puede repetirse para la organización de las compras, el cuidado de plantas, la atención de mascotas, etc. Conviene recordar que las personas con enfermedades mentales crónicas, como la esquizofrenia, tienen dificultades en el manejo del tiempo y de las distintas secuencias o pasos. Se saltan pasos

**FIGURA 10-3**

Taller de cocina, grupo de pacientes preparando pasta fresca.



FIGURA 10-4

Taller de cocina, grupo de pacientes y estudiantes de terapia ocupacional en su práctica clínica, preparando un asado argentino.

de la actividad, lo que lleva a un resultado disfuncional. Sabiendo cuál es el grado de apoyo de terceros, el terapeuta podrá ayudar efectivamente en el desempeño autónomo y seguro de las actividades. La terapia ocupacional debe adaptar y graduar estas actividades para poder averiguar el grado de apoyo necesario (de objetos y personas) para la autonomía del paciente. Conviene recordar que la autonomía implica el apoyo de terceros, la graduación y la adaptación de las actividades. Todos podemos ser autónomos sin ser independientes, es decir, necesitamos la ayuda de terceros para realizar actividades. El profesional de terapia ocupacional debe poder definir el grado de autonomía del paciente en un determinado contexto y momento del tratamiento. Un ejemplo de apoyo de terceros podría ser el apoyo (gafas o lentes) que necesitamos para poder leer o la ayuda del personal de mantenimiento para levantar cajas de materiales pesados en el taller.

Destrezas de productividad

En este apartado se incluyen las destrezas relacionadas con la educación y el trabajo. Las personas con problemas de salud mental tienen por lo general grandes dificultades en estas áreas. Muestran pocos hábitos laborales, ya que tienen una historia educativa y laboral con escasas posibilidades de práctica, lo que supone una

identidad ocupacional productiva pobre. Por otro lado, la mayoría de las personas con problemas mentales crónicos tienen muchas ganas de trabajar y de sentirse productivas. Los terapeutas ocupacionales orientados al área laboral evalúan las posibilidades reales del paciente en esta área, para poder ayudarlo a adquirir hábitos laborales y a mantenerlos en el tiempo. Las personas con problemas mentales logran acceder a un empleo, aprendiendo tareas específicas, pero su mayor desafío es poder mantenerlo. Frecuentemente, en su historia laboral aparecen muchos trabajos, pero de escasa duración. Es importante ofrecer grupos de manejo del estrés que faciliten el aprendizaje y anticipación de situaciones de resolución de problemas concretos, como la relación con sus superiores, el aprendizaje de nuevas tareas, la solicitud de ayuda, etc. En relación con el estudio, los pacientes con problemas mentales crónicos muestran dificultades en la organización de las tareas, sus secuencias y las destrezas de comunicación e interacción. Nuevamente resultan imprescindibles los grupos de manejo del estrés, de resolución de problemas, grupos de estudio para la toma de apuntes, realización de resúmenes, etc., y mucha práctica y repetición con un modelo de rol que facilite la identificación de las destrezas del rol de estudiante. Si estos roles no son posibles para algunos usuarios, es importante considerar para su equilibrio ocupacional

y su realización personal el desarrollo del rol de voluntario. Conviene recordar que si el paciente no puede trasladarse o desempeñar directamente este rol productivo, la ocupación puede ser el puente hacia la inclusión e integración en la comunidad. Se han de valorar los espacios de voluntariado, como los talleres de reparación de juguetes, preparación de recetas, costura o carpintería, entre otros, donde los productos puedan ser donados y valorados por otras instituciones de la comunidad. La técnica y el hacer deben estar al servicio de la ocupación, y se han de poner todos los medios para el desarrollo de la naturaleza ocupacional de las personas, lo que incrementa su sentido de pertenencia a la comunidad.

Destrezas de tiempo libre

En ellas están incluidas las destrezas de ocio y esparcimiento, es decir, aquellas que no son obligatorias ni están relacionadas con el trabajo. Bonder (1995) sostiene que las actividades de ocio y esparcimiento recrean la capacidad laboral, restableciendo la energía y refrescando el espíritu. Estas actividades proporcionan placer, y reflejan los intereses, valores y preferencias del individuo. En las personas con problemas mentales estas destrezas son todo un dilema; habitualmente las eligen, pero muestran grandes dificultades para disfrutarlas y distinguir su grado de interés. Por ello, es importante facilitar la identificación de actividades interesantes, explorando habilidades y posibilidades para poder tener expectativas de desempeño autónomo. Las personas con problemas de salud mental necesitan un gran apoyo de terceros para poder identificar qué actividades son placenteras para ellos, y más apoyo aún para poder relajarse y disfrutar. Muchas veces se incluyen en las actividades pero no logran disfrutarlas. El terapeuta ocupacional debe utilizar medios de exploración de actividades de ocio y esparcimiento que desarrollen estrategias de planificación, toma de decisiones, técnicas de relajación y desempeño de estas actividades, para a continuación poder identificar actividades de interés. Otra de las dificultades que suelen presentar estos enfermos es la falta de organización y de manejo del tiempo de manera funcional; tienen mucho tiempo libre, pero no saben cómo utilizarlo. Pasan todo el fin de semana «viendo la televisión», pero luego no pueden decir qué programa vieron, de qué se trató y qué les gustó o desagradó del mismo. Se puede utilizar como estrategia una planificación

de «tareas» a completar en el fin de semana. El terapeuta puede organizar con los pacientes un grupo de ocio con actividades de fin de semana, con una guía de preguntas que se han de contestar sobre el programa visto, guía que servirá de apoyo de terceros. Por ejemplo, de qué se trató, cómo se llamaban los personajes principales, cuál de ellos le gustó más, etc. Es decir, se trata de facilitar la identificación de indicadores de interés. Se sugiere que al principio esta actividad se realice con un gran apoyo de terceros en algún espacio de terapia; de este modo, el paciente tendrá un modelo de comportamiento para incorporar. Los clubes de fin de semana son de gran utilidad para organizar y realizar actividades de ocio y esparcimiento con la coordinación de algún terapeuta o asistente. Conviene recordar que las actividades de ocio y esparcimiento son un modelo de menor exigencia de comportamiento, lo cual facilita el ensayo y error sin la presión del resultado final. En estas actividades también se pueden trabajar el arreglo personal, la higiene, el vestido, la comunicación e interacción, etc., sin la presión que se siente en la realización de actividades productivas. El terapeuta puede animar al paciente a arreglarse y vestirse para una salida de fin de semana. Así se le da un propósito al arreglo personal, el cual facilita la motivación y significado.

En esta área también se pueden incluir las actividades artesanales. En este sentido, conviene recordar que el contexto y significado personal es el que define el valor o categoría de la actividad. Una actividad de telar puede considerarse productiva si se realiza en un contexto laboral o de terapia, pero si se lleva a cabo en el sillón de nuestra casa mientras vemos la televisión, puede tener el valor de una actividad de esparcimiento u ocio. La persona es la que define el dilema de diferenciación de las áreas del desempeño ocupacional; es el valor que ella le da, no el valor que tiene para el terapeuta. Entre las actividades de ocio y esparcimiento se pueden citar las siguientes: ver la televisión, jugar en el ordenador, buscar información en internet, realizar juegos de mesa, caminar, oír música, ver un partido, practicar algún deporte, realizar una labor de artesanía, dedicarse a la jardinería, leer, descansar, pasear a la mascota, tener un *hobby*, ir al cine o al teatro, realizar actividades sociales, o realizar ejercicios. Para finalizar: ha de ser capaz de elegir y disfrutar de actividades de ocio y esparcimiento es esencial para la salud (Early, 1996). Las personas con problemas mentales suelen tener dificultades para identificar actividades de

interés, de modo que los terapeutas ocupacionales deben facilitar la exploración de nuevas ocupaciones de tiempo libre que mejoren el equilibrio ocupacional de estas personas. Todo ello sin olvidar el gran apoyo de terceros que

necesitan en las actividades no obligatorias. Se debe facilitar la identificación, la organización y el desempeño de actividades de tiempo libre tanto en la rutina diaria como en el fin de semana.



ESTUDIO DE UN CASO

Se trata de un paciente, Antonio, de 34 años de edad, con un diagnóstico de esquizofrenia simple. Está divorciado y tiene dos hijos de 5 y 7 años de edad que lo visitan en la institución. Antonio se encuentra viviendo en el hostel de la institución y actualmente asiste regularmente a las actividades del hospital de día.

El paciente es derivado por el director del hostel al hospital de día con el objetivo de organizar su rutina, integrarlo en espacios grupales y disminuir su tiempo de ocio. En el informe de derivación su médico lo describe como un paciente tranquilo, aislado y sin ningún tipo de participación en las actividades. Cada 15 días, sus dos hijos, Malena de 5 años y Julián de 7, acuden al hostel a visitarlo. Antonio los espera con ansiedad y alegría, pero luego durante el tiempo de visita no logra compartir nada ni comunicarse con sus hijos. Antonio pasa todo el día tocando la guitarra encerrado en su habitación.

Tras la derivación, la terapeuta ocupacional, coordinadora del hospital de día, le invita en varias ocasiones a acudir a éste, pero Antonio sonríe y sólo da las gracias. Esta situación se mantiene durante varias semanas, a lo largo de las cuales la terapeuta le reitera la invitación. Pasado este tiempo, un día la terapeuta se dirige al cuarto del paciente y le pide que siga con la melodía que estaba tocando en ese momento, y al finalizar le manifiesta su agrado e interés por su música. Al despedirse, le invita a que al día siguiente acuda con su guitarra a tocar esa melodía mientras se realiza el taller de artesanía con los demás pacientes. Antonio la mira y sonríe. Al día siguiente, la terapeuta busca a Antonio para que «toque melodías» en el taller de terapia. Antonio se levanta y se encamina al taller, y después de haber acudido a algunos de los espacios, la terapeuta planifica y organiza junto con el paciente a qué actividades del hospital de día sería conveniente que acudiera para tocar la guitarra. Tras realizar regularmente esta actividad, y ser valorado por sus compañeros de grupo, a Antonio se le empezó a llamar «el músico». Ya ocupaba un rol ocupacional, con

expectativas internas y externas del rol. En la figura 10-5 se ve al paciente desempeñando su rol en una actividad festiva del hospital de día.

Más adelante se le animó a que organizara una carpeta que facilitara el orden y cuidado de sus partituras. Después de cada nueva actividad, Antonio necesitaba volver a estar sólo. Esto se consideró una pausa terapéutica en su rutina: se abre, comparte y vuelve a sí mismo a procesar la información. Se sabe que los pacientes con esquizofrenia están saturados de estímulos sensoriales y necesitan descansos

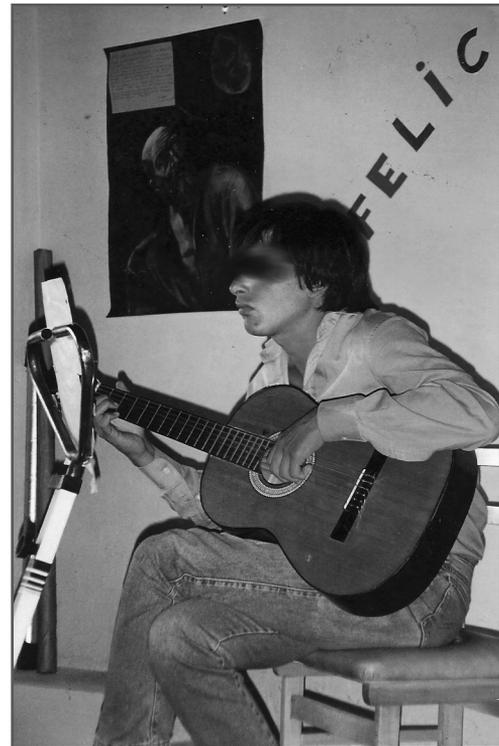


FIGURA 10-5

Paciente realizando la presentación de un tema musical en la fiesta de fin de año del hospital de día.

TABLA 10-2. Listado de posibilidades y limitaciones identificadas para el plan de tratamiento de Antonio

Potencialidades	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Es simpático • Tiene sentido del humor • Colabora • Siente afición por la música • Participa pasivamente • Responde si se le pide • Recibe la visita de sus hijos • Ayuda a otros cuando se le pide • Es socialmente aceptado 	<ul style="list-style-type: none"> • Su historia ocupacional es muy limitada • Le falta motivación • Tiene pocas habilidades de comunicación verbal • Es una persona solitaria

o momentos de aislamiento durante las actividades; en este caso el descanso era volver a su «centro» para reforzar su identidad ocupacional y no sentirse amenazado por tanta «socialización y apertura». Los tiempos con los pacientes con esquizofrenia crónica son largos, lo que no impide que sean fructíferos. Tras esta etapa de apertura y refuerzo, llegó el momento de ocuparse del encuentro con sus hijos. Su médico manifestó que los niños ya no venían con tanta frecuencia y que consultaba a terapia ocupacional para ver si se podía hacer algo. Esto suponía un verdadero reto. En algún momento, al margen del tratamiento, Antonio comentaba la visita de sus hijos, pero al preguntarle qué hacían juntos, sonreía y no decía más. Los cuidadores del hospital comentaban que él los recibía, pero que al cabo de un rato los niños se iban al salón a ver la televisión y Antonio se quedaba solo tocando la guitarra. En esta etapa se vio conveniente comenzar un tratamiento más individual, y se organizó una entrevista para ver qué pensaba y qué le preocupaba de ese rato de visita. Por la enfermedad de Antonio era imposible en ese momento pensar en responsabilidades del rol de padre. Durante la entrevista, Antonio manifiesta que está preocupado porque sus hijos no le visitan con tanta frecuencia como antes, que están sólo un rato y se van. El paciente pudo identificar situaciones reales que le preocupaban, mucho más de lo que cualquiera hubiera pensado. Entonces, en ese mismo momento, la terapeuta ocupacional le comenta que ella conoce niños de esa edad y que habitualmente les gusta jugar, pintar e ir al parque. Por ello, se le propone participar en uno de los talleres de terapia ocupacional para preparar y construir el material de juego (pinturas, carpetas con dibujos, juegos de mesa, etc.) y aprender jue-

gos en el ordenador o computadora. A partir de ese momento, Antonio comenzó a participar dos días por semana en los talleres de producción y reciclado de juguetes de la institución; después, sus compañeros le enseñaron juegos en el ordenador, ¡muchos de ellos relacionados con la música! Así se fue construyendo su rol de padre con ocupaciones que servían de puente y conexión con sus hijos. Nuevamente la «magia» de la actividad estuvo presente.

Si pensamos en la primera etapa de tratamiento en el momento de la derivación al hospital de día, tanto las posibilidades o puntos fuertes como las limitaciones que se observaron en el paciente fueron los que aparecen en la tabla 10-2.

Después de construir las bases de la relación terapéutica, los objetivos planificados fueron los siguientes:

Objetivos a largo plazo

- a. Desarrollar habilidades de participación social.
- b. Planificar y participar grupalmente en actividades de interés¹.

Objetivos a corto plazo

- a.1. Desarrollar destrezas de comunicación e interacción con sus compañeros.
- a.2. Participar regularmente en actividades grupales.
- b.1. Mantener un equilibrio ocupacional.
- b.2. Incrementar las destrezas de participación grupal.

Al alcanzar los objetivos propuestos, el paciente logrará saludar y responder a sus com-

¹ Es importante aclarar que no se consideró la necesidad de identificar o explorar actividades de interés, ya que en esa etapa de tratamiento la actividad estaba identificada (tocar la guitarra), y se decidió partir desde el lugar en que se encontraba el paciente.

pañeros de grupo sobre temas musicales, tocar frente al grupo de pares, y concurrir al hospital de día, al menos dos veces a la semana, con un apoyo mínimo de terceros.



RESUMEN

El tratamiento de personas con problemas mentales requiere un razonamiento clínico cuidadoso en cada una de las etapas del proceso de terapia ocupacional. La mayoría de los problemas y consecuencias ocupacionales de las personas con trastornos psiquiátricos aún no están del todo estudiados, y es difícil saber exactamente qué se debe hacer en cada caso o cómo ayudar al paciente a desenvolverse de la manera más autónoma y funcional posible. No hay recetas de intervención, sino guías de ensayo y error con parámetros claros de intervención ocupacional. Conviene recordar que la terapia ocupacional realiza su intervención centrándose en la persona (cada persona tiene su historia ocupacional única que forma su identidad), fijándose en la ocupación (ésta se utiliza como herramienta terapéutica) y basándose en la evidencia (exige usar un lenguaje adecuado al interlocutor y apoyar la intervención en fundamentos teóricos y de investiga-

ción). La planificación del tratamiento incluye la identificación de problemas ocupacionales que deben priorizarse para el establecimiento de objetivos de tratamiento. Estos objetivos deben ser medibles, comportamentales, observables, alcanzables en el tiempo y relevantes para las necesidades del paciente. Existen muchas maneras de alcanzar los objetivos, y diferentes teorías en las que poder basar las modalidades y estrategias de intervención. Lo importante es tener una base teórica en la que apoyar y fundamentar todas nuestras intervenciones, pues el hacer por hacer no es terapia ocupacional. Las actividades ofrecidas en la terapia deben estar relacionadas con los roles de vida de la persona asistida, y mediante el razonamiento clínico el terapeuta debe tener claro el grado de apoyo de terceros que requiere para poder ayudarla, graduando o adaptando la actividad, con el fin de que consiga la mayor autonomía posible.



PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Cuál es la finalidad de la intervención de terapia ocupacional en personas con problemas de salud mental?
2. ¿Qué significa ser autónomo y funcional?
3. ¿Qué características y cualidades tiene la relación terapéutica y cómo pueden desarrollarse?
4. ¿En qué consiste el proceso de terapia ocupacional?
5. ¿Qué es el razonamiento clínico y qué características presenta?
6. ¿Qué características tiene la planificación del tratamiento en salud mental?
7. ¿Cómo deben ser los objetivos de tratamiento en terapia ocupacional en salud mental?
8. ¿Qué tipo actividades pueden ofrecerse en un programa terapéutico holístico?
9. Realice un listado de características de las dificultades que los pacientes con problemas de salud mental pueden presentar en sus destrezas de la vida cotidiana, de productividad y de tiempo libre.
10. ¿Qué estrategias considera más adecuadas para el tipo de dificultades que acaba de enumerar?

REFERENCIAS

- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework. Domain and process, 2ª ed. *American Journal of Occupational Therapy* 62, 625-683. USA.
- Bonder, B. R. (1995). *Psychopathology & Function*, 2ª. ed. Ed. SLACK Inc. USA.
- Canadian Association of Occupational Therapist. (1991). Occupational Therapy Guidelines for client-center practice. Canadá.
- Christiansen, C. y Baum, C. (1991). *Occupational Therapy, overcoming human performance deficits*, 1ª ed. Ed. Slack (pp. 26-30). USA.

- Christiansen, C. y Baum, C. (1997). *Occupational therapy: enabling function and well being*, 2^a ed. SLACK, inc. USA.
- Clark, F. (2001). The concepts of habit and routine: a preliminary theoretical synthesis. *Occupational Therapy Journal of Research* 20, 123-137. USA.
- Crepeau, E., Cohn, E. y Schell, B. (2005). *Willard and Spackmans terapia ocupacional*, 10^a ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.
- Early, M. B. (1996). *Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant*, 2^a ed. Ed. Lippincott – Raven. Philadelphia. USA.
- Hasselkus, B. (2002). *The meaning of everyday occupation*. Slack, inc. USA.
- Hemphill, B. y Werner, P. (1990). Desinstitutionalization: a rol for occupational therapy in the state hospital. *Occupational Therapy in Mental Health* 10, 2, 85-99. USA.
- Hemphill, B., Quake Peterson, C. y Werner, P. (2001). *Rehabilitation in Mental Health*. Ed. SLACK, inc. USA.
- Pellegrini, M. (2001). *Terapia ocupacional en comunidad*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Argentina.
- Pellegrini, M. (2007). Fundamentos del Paradigma de la Ciencia de la Ocupación (Yerxa), en: *Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud*. Ed. MAD. España.
- Peloquin, S. (1996). National speaking, the spiritual depth of occupation: making a worlds and making lives. *American Journal of Occupational Therapy* 51, (3), 167-168. USA.
- Polonio López, B., et al. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Ed. Médica Panamericana. Madrid.
- Rogers, J. (1983). Eleanor Clarke Slagle lectureship-Clinical reasoning: the ethics, science and art. *AJOT* 37, 601-616.
- Tiffany, E. G. (1983). Psychiatry and Mental Health. En: Hopkins, H. L., y Smith, H. D. (1983). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 6^a ed. Ed. Lippincott. USA.
- Wilcock, A. (1998). Reflexion on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 324-336. USA.
- Yerxa, E. (1989). An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. En: *Occupational science: The foundation for new models of practice*. The Haworth Press, Binhamton, NY.
- Yerxa, E. y Locker, S. (1990). Quality of time use by adults with spinal cord injuries. *American Journal of Occupational Therapy* 44, 318-326. USA.
- Zemke, R. y Clark, F. (1996). *Occupational Science, the evolving discipline*. Davis Company, Philadelphia. USA.

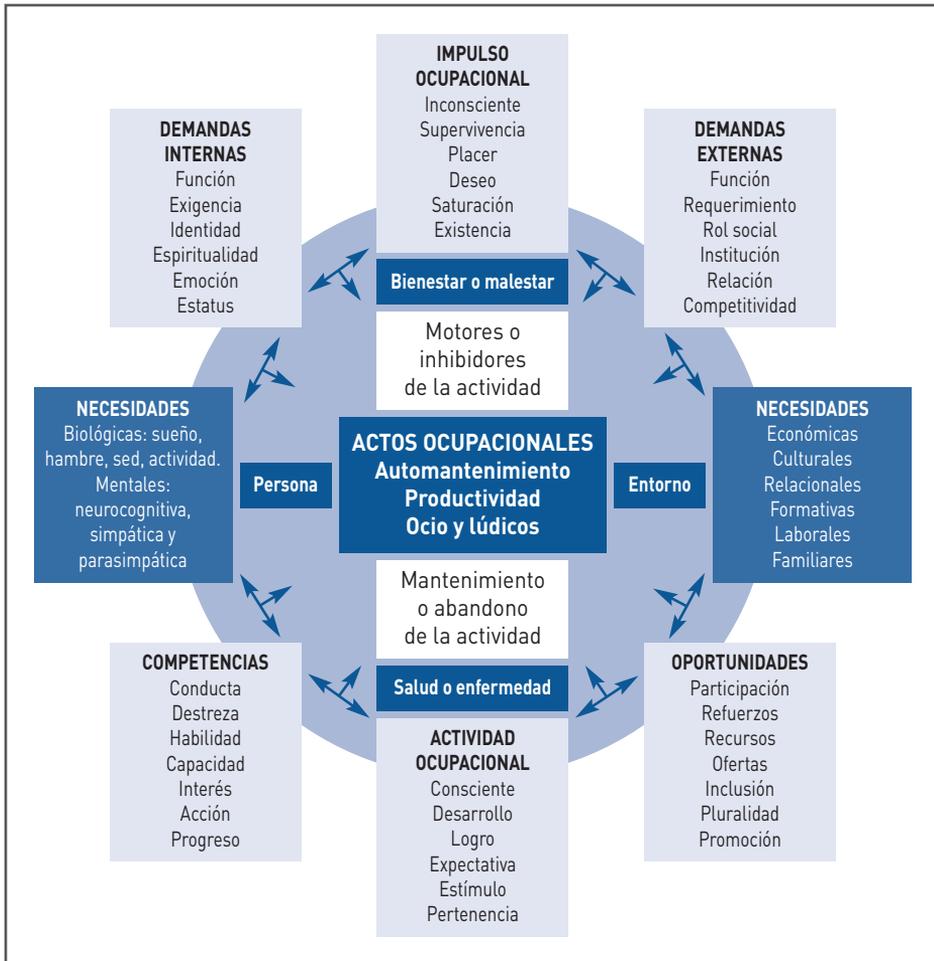


FIGURA 11-1 Elementos de motivación ocupacional y salud mental.

dicos que se han utilizado a lo largo de la historia para comprender el proceso de enfermedad mental han dado paso a un gran avance científico con el desarrollo de las neurociencias, lo que permite prever un futuro revolucionario en el estudio de los procesos mentales y de su interacción con las actividades diarias. Teorías con base científica explican desde un punto de vista fisiológico los procesos de acción para atender a necesidades que se consideran elementales para el mantenimiento de la vida, como el hambre, la sed, los ritmos de sueño-vigilia, la temperatura o la sexualidad, entre otros, que se cubren a través de actos instintivos y aparentemente mecánicos. Otras teorías, desde una perspectiva homeostática, explican la acción en el plano de la actividad física, tanto en su aspecto fisiológico como en el motor o

comportamental, que permiten la adaptación del organismo a los cambios externos y que son indispensables para la supervivencia. Otras, complementando a las anteriores, explican la influencia del entorno social y cultural, que determina los rasgos de la identidad colectiva e individual y las acciones necesarias para lograr la supervivencia y la integración en el entorno.

Desde esta perspectiva microanalítica, cabría por ejemplo adentrarse en un complejo análisis sobre los actos ocupacionales fisiológicos, basado en la interacción que se produce entre neurotransmisores, órganos, aparatos y sistemas del cuerpo humano para llevar a cabo cualquier acción. Aunque todavía no se comprende exactamente cómo ocurre, se sabe que la amígdala está implicada en procesos de aprendizaje emocional y en el desarrollo de hábitos y recuerdos,

TABLA 11-1. Teorías y perspectivas sobre la motivación (organizadas cronológicamente según modelos globales y propios de la terapia ocupacional)

Modelos teóricos	Conceptos sobre la motivación humana
Teoría conductista Pavlov (1849-1936), Watson (1878-1958) y Skinner (1904-1990)	Psicología del comportamiento y del aprendizaje de conductas. Estímulo originado en el objeto, en el ambiente. Conducta operante: consecuencias como fuente de refuerzo
Fundamentos filosóficos sobre la ocupación en la salud mental Adolf Meyer (1922)	La ocupación saludable mantiene un equilibrio entre la existencia, el pensamiento y los actos. Comprensión del ser humano desde la perspectiva de la ocupación como medio para la identidad y los afectos
Teoría psicoanalítica Freud (1923), Ana Freud, Carl Jung y Melanie Klein	Concepto de inconsciente. Impulso e instinto del ello. Estimulación intensa que produce tensión. Describe impulsos (primarios: hambre, sed, etc., y secundarios: influencia cultural y social) y reforzadores primarios: agua, alimento, etc.
Teoría jerárquica de las necesidades Maslow (1943)	Jerarquía de necesidades cuya tensión debida a la carencia o deficiencia impulsa a la acción y manifiesta que cuando se han cubierto las necesidades básicas, la persona alcanza la autodeterminación y maduración
Modelo del comportamiento ocupacional Mary Reilly (1960)	El ser humano nace para la acción positiva, como necesidad innata para la ocupación que surge del proceso de socialización (naturaleza ocupacional)
Teoría del incentivo Young (1961), Atkinson (1964) y McClelland (1989)	Los organismos tienden a conseguir placer y evitar el dolor. Establece tres tipos de motivación: logro, poder y afiliación. Un motivo es una asociación afectiva intensa, con una reacción anticipatoria a una meta (impulso o pulsión) asociada previamente a estímulos clave con reacciones afectivas de placer o dolor. El motivo de logro se une a la probabilidad de éxito de la tarea y su valor subjetivo (Atkinson)
Teorías del contenido Beck (1967), Ellis y Abrahms (1980)	Sistema de creencias de una persona, lo que condiciona su comportamiento frente a las situaciones de la vida diaria. Teoría A-B-C. Modo que tienen los individuos de estructurar el mundo
Teoría de la motivación higiene o teoría bifactorial Frederick Herzberg (1975)	El hombre tiene necesidad de evitar el dolor o las situaciones desagradables y la necesidad de crecer emocional e intelectualmente. Los factores higiénicos son extrínsecos a la ocupación, producen insatisfacción si no están pero no garantizan la satisfacción. Los factores motivadores son los que tienen relación con la tarea
Modelo de discapacidades cognitivas Claudia Allen (1992)	La estructura teórica se basa en que la cognición subyace a todos los comportamientos. Define seis niveles cognitivos que describen el funcionamiento y el desempeño
Modelo de la adaptación ocupacional (Schkade Schultz, 1992)	La ocupación provee el medio por el que los seres humanos se adaptan a los cambios de necesidades, y el deseo de desempeñar ocupaciones es la fuerza motivacional intrínseca que conduce a la adaptación. El motor de la motivación es la adaptación ocupacional
Modelo de la ecología del desempeño humano (Dum Brown Mc Guigan, 1994)	El comportamiento del ser humano no puede separarse del contexto, conformándose un proceso transaccional entre la persona, el contexto y la tarea. Considera que la única forma de ver a la persona es a través del contexto, y cada sujeto centra su atención en tareas específicas entre todas las posibles en función de la significación contextual
Modelo de recapitulación de la ontogénesis Mosey (1996)	Se refiere a volver, a capitular desde una perspectiva evolutiva. La percepción de la necesidad de perfeccionarse actúa como fuerza motivadora y reguladora en el desarrollo de las habilidades adaptativas (Romero Ayuso, 2003)

TABLA 11-1. Teorías y perspectivas sobre la motivación (organizadas cronológicamente según modelos globales y propios de la terapia ocupacional) (cont.)

Modelos teóricos	Conceptos sobre la motivación humana
Modelo canadiense del desempeño ocupacional (CMOP) CAOT y MSNBS (1997)	Valor particular de deseos y objetivos del ser humano, con capacidad de autodeterminación para poder elegir y participar en ocupaciones significativas en su entorno natural. Salud: dimensión personal (significado espiritual y satisfacción en las ocupaciones); dimensión social (justicia e igualdad de oportunidades). El centro de atención es el sujeto
Modelo de adaptación a través de la ocupación Reed y Sanderson (1999)	Ser humano biopsicosocial y espiritual de manera unificada. Las ocupaciones son hechos que ocurren naturalmente para cualquier organismo vivo como elementos para la supervivencia y adaptación al entorno (Moruno, 2003)
Modelo Kawa (<i>The Kawa Model</i>) Iwama (1999)	Entiende la vida como una metáfora, un río (Kawa), un viaje complejo y profundo que fluye a través del tiempo y el espacio. Una corriente fuerte, profunda y libre de obstáculos es sinónimo de bienestar. El sujeto (individuo o comunidad) está en equilibrio con el entorno que le rodea (energía vital o flujo vital) (Iwama y Simó Algado, 2008)
Modelo del funcionamiento ocupacional Trombly (2002)	Describe ocho niveles jerárquicos de funcionamiento: un sentido de competencia y autoestima, implicación en roles vitales, tareas, actividades, habilidades, capacidades desarrolladas, capacidades del primer nivel y sustratos orgánicos (cognitivos, neuromusculares y dotación genética). Propone la ocupación como fin (propositiva y significativa) y la ocupación como medio (propicia el cambio o la recuperación de un déficit)
Modelo de la ocupación humana (MOHO) Kielhofner (2005)	La ocupación se entiende como motivadora, haciendo referencia a los factores e interacciones que influyen en la ocupación humana: las necesidades biológicas para la acción, los pensamientos y sentimientos volitivos, la causalidad, y los valores e intereses en relación con uno mismo y con el entorno. Las personas y sus ambientes son inseparables en un proceso dinámico dependiente
Modelo persona-ambiente-ocupación Stewart, Letts, Law, Acheson, Strong y Rigby (2006)	Reconoce la interacción persona-ambiente, en proceso de salud y bienestar, que es el eje de las ocupaciones humanas. La persona es un ser dinámico, motivado y siempre en desarrollo. Las ocupaciones son complejas, múltiples y necesarias para la calidad de vida y el bienestar

vinculados con actividades de interés, responsables en parte de la priorización de decisiones según valores e incentivos asociados a motivaciones. Igualmente, parece que las neuronas dopaminérgicas del área límbica desempeñan un papel fundamental en los impulsos biológicos responsables de la activación emocional y la motivación para la acción. Las personas afectadas por un trastorno bipolar, por ejemplo, presentan alteraciones y cambios neuroquímicos del área límbica y el lóbulo frontal, lo que da lugar a un aumento de los niveles de adrenalina (energía y actividad), dopamina (placer) y acetilcolina (impulsos), que se modifican en las fases depresivas. También se puede añadir un macroanálisis que aborde la suma de los factores asociados a la motivación en los actos ocu-

pacionales del ser humano que dan origen a actividades diarias específicas, lo que permite acercarse a hipótesis explicativas sobre las causas y relaciones que influyen en la elección, inicio, mantenimiento o abandono de una actividad diaria y en el establecimientos de rutinas.

Son varias las hipótesis y evidencias científicas que ayudan a comprender la motivación del ser humano por la actividad y de qué modo, a través de ésta, se genera su sentido de existencia (Tabla 11-1). Muchas de estas teorías contemplan un modelo cognitivo para referirse al origen y mantenimiento motivacional para la acción. Maslow (1943), en su descripción de las necesidades humanas, alude a una de las explicaciones más difundidas y estudiadas sobre la motivación humana, estableciendo una jerar-

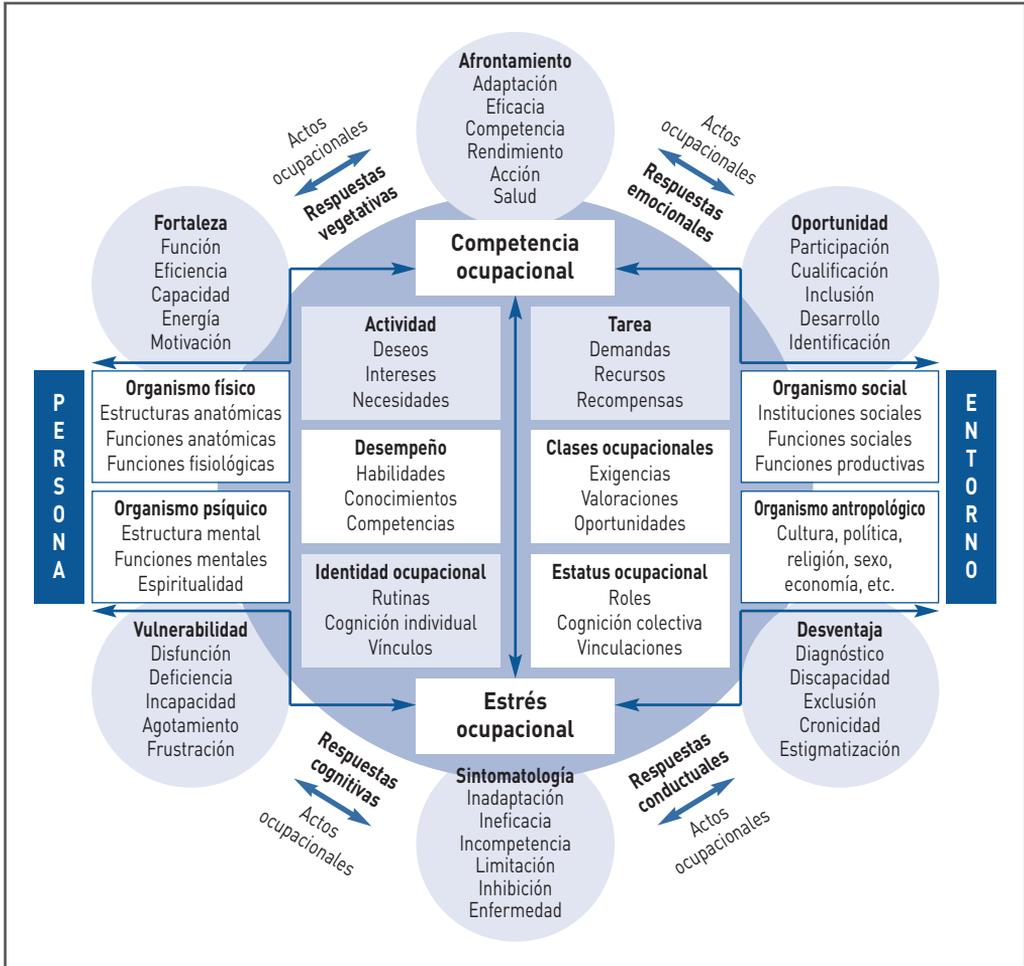


FIGURA 12-1

Modelo multidimensional de la competencia y el estrés ocupacional.

ñala que cualquier elemento ocupacional puede actuar sobre el individuo como factor de estrés (los valores, los roles, las tareas, el nivel de destrezas, la espiritualidad, etc.). La segunda se centra en la reacción del organismo a corto plazo, que a su vez se basa en las reacciones anatómicas, fisiológicas y motoras escasamente eficientes y no saludables. La tercera hace referencia al conjunto de significados subjetivos asociados a los diferentes estímulos estresantes, condicionados por la cognición (aprendizaje, memoria emocional, anticipación, etc.) y por el entorno (valores, demandas y requerimientos, recompensas, etc.), que se conforman de manera alterada y sin control por parte del sujeto. Por último, la cuarta apunta a las repercusiones ocupacionales, entre ellas todas las alteraciones derivadas del estrés que van a influir en el de-

sempño de las actividades diarias y que se traducen en enfermedad, discapacidad y exclusión.

Es importante señalar cómo desde un modelo explicativo del acto ocupacional saludable, el aprendizaje y desempeño de las actividades de la vida diaria y su organización en dimensiones previsible (individuales y colectivas) y asociadas a los significados y valores nucleares (del sujeto o de una comunidad) van a condicionar y determinar el grado de ajuste y competencia en diferentes situaciones, así como la capacidad de desarrollo psicosocial. Esta organización dimensional es el elemento que permite garantizar un sentimiento de seguridad y la base para desarrollar competencias para el aprendizaje y el afrontamiento de nuevos retos y, en consecuencia, para el desarrollo de una identidad ocupacional saludable. Pero también, dependiendo de la configu-

ración de estas dimensiones, aparecerá la sintomatología del estrés y la enfermedad mental.

En la tabla 12-1 se muestran algunas de las dimensiones explicativas del estrés y la compe-

tencia ocupacional, que están conformadas por un primer nivel dimensional (persona-entorno) y un segundo nivel dimensional derivado del anterior (competencia-estrés).

TABLA 12-1. Dimensiones explicativas de la competencia y estrés ocupacional

Dimensiones humanas		↔	Dimensiones de adaptación	
Persona	Entorno		Competencia	Estrés
Ser humano	Naturaleza	↔	Adaptación	Extinción
Biología	Ecosistema	↔	Función	Disfunción
Equilibrio	Cambio	↔	Satisfacción	Insatisfacción
Hábito	Rutina	↔	Seguridad	Riesgo
Deseo	Recompensa	↔	Motivación	Frustración
Necesidad	Demanda	↔	Tranquilidad	Ansiedad
Capacidad	Recurso	↔	Capacidad	Discapacidad
Debilidad	Amenaza	↔	Activación	Inhibición
Convivencia	Comunidad	↔	Participación	Exclusión
Derecho	Justicia	↔	Igualdad	Desigualdad
Relación	Vínculo	↔	Empatía	Rechazo
Sujeto	Grupos	↔	Amistad	Enemistad
Rol	Contexto	↔	Integración	Desintegración
Planificación	Incertidumbre	↔	Previsión	Imprevisión
Identidad	Valoración	↔	Autoestima	Desprecio
Expectativa	Oportunidad	↔	Progreso	Retroceso
Ciudadanía	Estado-nación	↔	Autodeterminación	Esclavitud
Ganancias	Pérdida	↔	Vida	Muerte
Género	Diferenciación	↔	Evolucionismo	Predeterminismo
Sexualidad	Categorización	↔	Diversificación	Simplificación
Salud	Enfermedad	↔	Bienestar	Malestar
Estatus	Clase social	↔	Promoción	Estancamiento
Economía	Capital	↔	Riqueza	Pobreza
Aprendizaje	Cualificación	↔	Educación	Analfabetismo
Empleo	Producción	↔	Trabajo	Paro
Sensación	Estímulo	↔	Placer	Displacer
Resiliencia	Apoyo	↔	Recuperación	Deterioro
Acción	Tarea	↔	Construcción	Destrucción
Actividad	Contexto	↔	Adecuación	Inadecuación
Habilidad	Competencia	↔	Autonomía	Dependencia
Tolerancia	Alianza	↔	Paz	Guerra
Disposición	Compromiso	↔	Respeto	Sometimiento
Ilusión	Acontecimiento	↔	Esperanza	Desesperanza
Palabra	Comunicación	↔	Armonía	Conflicto
Comprensión	Consenso	↔	Respeto	Ofensa
Espiritualidad	Religión	↔	Esperanza	Desasosiego
Malestar	Diagnóstico	↔	Afrontamiento	Síntoma
Ética	Moral	↔	Principios	Obligaciones
Costumbre	Cultura	↔	Culturización	Aculturización
Individuo	Ciudadano	↔	Seguridad Social	Individualismo
Organización	Jerarquías	↔	Democracia	Dictadura
Afecto	Reciprocidad	↔	Amor	Odio
Autoidentidad ocupacional	Heteroidentidad ocupacional	↔	Niveles de salud	Niveles de enfermedad

tenido acceso a roles ocupacionales socialmente valorados, como el laboral o una relación de pareja, es frecuente que tenga pocas expectativas de cambio y un bajo sentido de control interno para el logro de metas importantes en su vida. El primer paso para que esta situación se modifique es que la persona se sienta valorada y empieza a percibir que puede tener un papel activo y control interno sobre las cosas que le acontecen y sobre su ambiente. La intervención por parte del terapeuta ocupacional se basará en la validación (De las Heras, 2003) de la persona y en el mantenimiento de una actitud empática hacia su situación y posible sufrimiento (Bermejo, 1998). Esto implica, por una parte, desde una perspectiva relacional, escuchar, aceptar, facilitar o apoyar (pero no dirigir), reconocer, identificar y señalar potencialidades, priorizar expectativas de éxito, no bloquear el proceso de la persona (desde una actitud sobreprotec-

tora o autoritaria) y procurar que sea ella misma la que aprenda de la experiencia (González, Hernández y Garrido, 2008). Y, por otra parte, desde una perspectiva más técnica y propia de la disciplina, implica utilizar la actividad significativa y basar la intervención en los roles, valores, intereses y potencialidades de la persona.

La intervención desde la terapia ocupacional en los trastornos psicóticos ha de ir dirigida a ofrecer a la persona la posibilidad de experimentar un proceso a través del cual aumente la confianza en sí misma, su sentido de eficacia y el control sobre su vida, y a procurar que vaya desarrollando un funcionamiento satisfactorio, en el pueda llevar a cabo aquellos roles que configuran su identidad, participando de manera equilibrada en ocupaciones destinadas a su cuidado personal, a que se sienta útil e integrada socialmente y a que tenga una vida gratificante y de calidad.



ESTUDIO DE UN CASO

Datos de identificación

María es una mujer de 36 años, diagnosticada de esquizofrenia paranoide (CIE-10: F.20), que se incorpora a un centro residencial de rehabilitación con el objetivo de someterse a un proceso de adaptación entre una unidad de hospitalización de media estancia y su propio domicilio. Los objetivos específicos que se proponen por su servicio de salud mental, que es la entidad que la deriva, en relación con su estancia en el centro residencial, son que mejore su funcionamiento en lo que se refiere al cuidado personal, el mantenimiento del hogar y la participación en actividades de ocio en la comunidad.

Tras la evaluación ocupacional (OPHI II, Listado de Intereses y la observación sistemática en las actividades cotidianas del centro), se obtiene la información que se describe a continuación.

Evaluación y diagnóstico ocupacional

María comenta que, previamente a su ingreso en el hospital, no participaba en ninguna ocupación que valorase como significativa. Afirma que se alimentaba con fiambre y latas de conservas, sus hábitos de sueño e higiene eran desorganizados y no cuidaba adecuadamente su salud, hecho este último que se con-

creta sobre todo en la falta de seguimiento del tratamiento farmacológico y de asistencia a las citas médicas concertadas. Expresa que en dicha etapa pensaba que todas las personas que conocía le querían hacer daño. Refiere que en otros momentos de su vida era capaz de cuidarse por sí misma, así como encargarse de todas las tareas que implica el cuidado de una casa. También explica que hacía cursos de formación y trabajaba, mantenía contacto con amigas con las que salía a bailar u organizaba fiestas en casa. Asocia el momento de cambio en su funcionamiento con una estafa sufrida por parte de unos albañiles que le estaban haciendo una reforma en casa: «me rompieron muchas cosas, me dijeron que necesitaban el dinero por adelantado para comprar el material y se marcharon con él y sin acabar la reforma». En ese momento, afirma, comenzó a desorganizarse, aislándose de las personas que la apoyaban habitualmente y dejando de acudir a sus citas psiquiátricas de revisión, y a encontrarse peor psicopatológicamente: «oía voces que me decían que si no tiraba cosas al suelo o por la ventana, me darían calambrazos», por lo que lanzaba enseres de la casa por la ventana y tenía conflictos frecuentes con los vecinos. Derivada de esta situación, se procedió a un ingreso involuntario en una unidad de hospitalización breve y de ahí pasó a la unidad de media estancia, en la que ha estado un año.

Actualmente, describe su rutina refiriendo que mantiene un hábito de ducha y cambio de ropa en días alternos, sin haber retomado hábitos relacionados con las tareas domésticas de cocina, cuidado de la ropa y limpieza o la administración de su propio dinero (se lo administraban en el hospital). Tampoco participa en ninguna actividad de carácter productivo ni de ocio de forma estable, aunque tiene formación y experiencia laboral como peluquera, e identifica intereses de ocio, como hacer manualidades, hacer ejercicio físico, ver la televisión, oír música y participar en celebraciones con otras personas. Comenta que le gustaría mejorar estos aspectos para poder reanudar su vida anterior, aunque dice que tiene miedo de que al volver a su casa se repita la misma situación, así como de encontrarse sola. Durante la observación en la participación en actividades relacionadas con su higiene, limpieza y cuidado de la ropa se observan buenas destrezas de desempeño.

En relación con su ambiente habitual, María reside sola en un cuarto piso sin ascensor. La casa cuenta con tres dormitorios, comedor, sala de estar, cocina y dos baños. Comenta que le gusta su casa pero que es muy grande para ella. Es la casa familiar, en la que vive sola. No mantiene contacto con ningún familiar ni se plantea retomarlo. Previamente a su empeoramiento psicopatológico mantenía contacto y recibía el apoyo de una vecina, amiga de la familia, con la que hacía actividades en una asociación. María manifiesta que siempre ha controlado y gestionado su vida, a pesar de las situaciones por las que ha pasado, hasta el momento en que la ingresaron de manera involuntaria en el hospital.

Intervención ocupacional

Tras el análisis de la información y de forma consensuada con María, se establecen los siguientes objetivos:

- Aumentar su autonomía en la estructuración de los hábitos de sueño, de manera que se levante siempre antes de las 9:00 y no se acueste durante el día.
- Aumentar sus conocimientos y adecuar los hábitos para seguir una alimentación saludable y equilibrada.
- Mantener el seguimiento del tratamiento psiquiátrico prescrito y aumentar el conocimiento de su enfermedad.
- Incorporar y mantener hábitos relacionados con tareas domésticas que le permitan

mantenerse en su hogar (limpieza, compras, cuidado de la ropa, cocina, administración económica, etc.).

- Incorporar en la rutina la participación en actividades de ocio relacionadas con sus intereses.
- Identificar competencias y dificultades para retomar la participación en una actividad de carácter productivo.
- Reducir el sentimiento de soledad que influye en el regreso de María a su domicilio.
- Generalizar la consecución de estos objetivos a su propio domicilio.

Para conseguir estos objetivos se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- María participa en un programa de autocuidados y educación para la salud, en el que se han abordado con ella tanto de manera individual como grupal los hábitos de sueño, la alimentación y la actividad física, estableciéndose estrategias como el uso del despertador. También se ha incorporado a un taller de cocina, en el que se elaboran menús semanales, y a un taller de actividad física.
- Ha participado en un programa de psicoeducación, en el que ha de rellenar semanalmente un cajetín de medicación, revisar con el profesional las indicaciones de los fármacos, memorizar la pauta prescrita y utilizar un calendario para anotar las citas pendientes.
- También ha participado en un programa de mantenimiento doméstico, en el que se realizan tareas de limpieza de espacios personales y comunes, tareas de comedor y lavandería.
- Durante su estancia en el centro residencial, ha participado en las actividades de ocio organizadas en él (taller de actividad física, taller de actividades creativas y fiesta de fin de semana), así como en el grupo de ocio, en el que se identifican necesidades específicas y el modo de abordarlas, y se realizan planificaciones de ocio autogestionado para la semana.

Con el fin de generalizar los objetivos conseguidos a su entorno habitual, se han realizado:

- Visitas periódicas al domicilio en las que María ha ido realizando actividades relacionadas con las tareas domésticas. Se han aprovechado estas salidas a su barrio para reanudar el contacto con los centros comunitarios en los que puede realizar actividades de ocio de interés. Progresivamente se

ha facilitado la planificación de visitas y actividades de ocio en el domicilio y el barrio con otros compañeros del centro con los que María ha ido estableciendo una buena relación.

- La planificación periódica con ella y en coordinación con el servicio de salud mental de salidas al domicilio, incrementándose progresivamente el tiempo de permanencia en él. También se ha estado en contacto con este servicio para proveer a María de los recursos y servicios que se consideraban necesarios para su mantenimiento en el domicilio (equipos de apoyo social y comunitario, y centro de rehabilitación psicosocial) y al mismo tiempo poder prevenir dificultades en la administración económica como las que acontecieron en el pasado.

Tras un año de estancia en el centro residencial de rehabilitación, María se incorpora a su domicilio. Actualmente mantiene unos hábitos de sueño, higiene y alimentación estables que le permiten mantener un cuidado y calidad de vida

suficientes para vivir de forma autónoma. Toma su medicación de forma regular, recibiendo la ayuda de un equipo de apoyo social y comunitario, con el fin de hacer un seguimiento del relleno del cajetín de medicación semanal y de la asistencia a las citas médicas. Recibe apoyo por parte de la Agencia de tutela de adultos para la gestión de su dinero. Se encarga del cuidado de su casa y sus enseres, realizando tareas de limpieza, compras, cocina y lavandería con unos hábitos estables y buen nivel de desempeño. Asiste dos días por semana a un centro de rehabilitación psicosocial en el que realiza ejercicio físico y actividades manipulativas, comiendo allí esos dos días. Diariamente mantiene contacto con una persona con la que ha establecido una relación de pareja, realizando algunas actividades con otros compañeros del centro residencial. También mantiene contacto telefónico estable con la vecina que la ha apoyado hasta ahora, viéndose esporádicamente, aunque a veces se llaman para felicitar por algún acontecimiento o se hacen regalos.



RESUMEN

Los trastornos psicóticos son aquellos en los que necesariamente aparecen síntomas psicóticos. Estos síntomas se caracterizan por la pérdida de los límites de uno mismo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

La evaluación de la persona que presenta un trastorno psicótico ha de tener en cuenta cómo influyen en el funcionamiento ocupacional los factores característicos de estos trastornos: momento del ciclo vital en el que aparecen, sintomatología positiva, sintomatología negativa y efectos secundarios de la medicación.

El diagnóstico psiquiátrico puede influir pero no determina el funcionamiento de la per-

sona. La evaluación de terapia ocupacional ha de ir dirigida a recabar información sobre el nivel de participación de la persona en actividades relacionadas con los roles que configuran su identidad y el grado de equilibrio que existe con relación a las diferentes áreas ocupacionales, así como la influencia de los diferentes componentes ocupacionales (intereses, valores, sentido de capacidad personal, etc.).

Para establecer la intervención más eficaz, es importante contar con un amplio repertorio de estrategias orientado al abordaje de las dificultades más habituales que genera cada síntoma en el funcionamiento.



PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué factores es necesario considerar a la hora de evaluar el funcionamiento ocupacional de una persona con un trastorno psicótico?
2. ¿Cuáles son los principales aspectos que se han de evaluar con relación al funcionamiento ocupacional de la persona?
3. ¿De qué cuatro factores depende que una persona realice o no una actividad?
4. ¿Cómo puede influir que una persona presente ideas delirantes de perjuicio en sus áreas ocupacionales de estudios, trabajo, voluntariado y participación social?
5. ¿En qué medida influirán las alucinaciones auditivas sobre las destrezas de desempeño de la persona que las presenta?
6. ¿Qué estrategias utilizaría para que una persona que presenta sintomatología negativa incremente la iniciativa para participar en actividades de ocio relacionadas con sus intereses pasados?