

## ACERCA DEL QUEHACER COTIDIANO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL.

## ABOUT THE TASK OF OCCUPATIONAL THERAPIST IN MENTAL HEALTH.

**DECS:** Terapia ocupacional, salud mental.

**Palabras clave del autor:** Modelo de Relación Intencional.

**MESH:** Occupational therapy, mental health.

**Key words:** Intentional relationship model.



**Dña. Irene Budiño Vieira**

*Terapeuta ocupacional. Servizo de rehabilitación psiquiátrica. Hospital Rebullón. Estructura de Organización e Xestión Integrada de Vigo. Servizo Galego de Saúde.*

**Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:**

Budiño Vieira I. Acerca del quehacer cotidiano del terapeuta ocupacional en salud mental. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog. 7: [87-99]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/quehacer.pdf>

## Introducción

El fin de este artículo es tratar de definir la Terapia Ocupacional desde mi experiencia profesional y personal, y reflexionar en voz alta sobre si los aspectos que considero esenciales de nuestra profesión están presentes en mi práctica diaria con los usuarios del recurso donde trabajo. Resulta complicado hablar del trabajo del terapeuta ocupacional en el contexto laboral de una unidad de rehabilitación psiquiátrica<sup>1</sup> (en adelante UHRP), de un hospital público general. No porque la labor profesional que desempeñamos en estos recursos entrañe en modo alguno mayor grado de complejidad que en otros, sino por las circunstancias que impregnan estos servicios, en mayor o menor medida, y que se heredan, como la familia de cada cual. Dejaré a parte la cotidianidad de los aspectos relacionales en este tipo de servicios hospitalarios, para

## RESUMEN

Los fundamentos de toda disciplina son las raíces a través de las cuales ésta se nutre. Existen unos aspectos troncales en Terapia Ocupacional que son comunes en la profesión y sin los cuales no podríamos hablar de la Terapia Ocupacional como tal. ¿Pero son los mismos aspectos los que definen la práctica cotidiana de los terapeutas ocupacionales en los diversos recursos existentes en los que trabajan? ¿Hay matices que diferencian nuestra labor dependiendo de con qué poblaciones estemos cooperando? En este escrito resumiré los aspectos teóricos y fundamentos metodológicos que definen y perfilan la práctica clínica diaria del terapeuta ocupacional en un Servicio hospitalario de Rehabilitación de Psiquiatría cualquiera, pongamos por ejemplo el servicio de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo, situado hasta la actualidad en el Hospital de Rebullón, para finalizar aportando mi definición de la disciplina.

## SUMMARY

The foundations of any discipline are the roots through which it thrives. There are some core aspects in occupational therapy that are common in the profession and without which we could not talk about occupational therapy as such. But are the same issues that define the daily practice of occupational therapists in the various existing resources where they work? Are there nuances that differentiate our work depending on what we are cooperating populations? In this paper I will summarize the theoretical aspects and methodological foundations that define and outline the daily practice of the occupational therapist in a hospital Rehabilitation Service of Psychiatry any , say the service of the Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo, located until today Hospital Rebullón, finally bringing my definition of the discipline.

evitar perderme en vueltas y más vueltas con final en la misma salida, y centrarme en el cometido de este escrito. Para ello, me ha parecido adecuado responder primero a las siguientes preguntas: ¿Qué es lo que más necesita una persona que llega al servicio de rehabilitación de psiquiatría? ¿Le puedo ayudar a conseguir aquello que tanto necesita? ¿De qué manera puedo ayudarle con los recursos que tenemos en el servicio?

## El contexto

Antes de responder la primera pregunta, tal vez sea conveniente hacer un pequeño repaso de las circunstancias que rodean la inmensa mayoría de los ingresos en

la UHRP, por aquello que tanto nos gusta a los terapeutas ocupacionales de analizar el contexto, y ver como modela el entorno el desempeño ocupacional de las personas<sup>2</sup>. Cuando el equipo multidisciplinar se reúne para valorar las solicitudes de ingreso recibidas para rehabilitación de salud mental, se encuentra en la inmensa mayoría de los casos con informes médicos y/o sociales que reflejan una realidad personal dura, y que relatan de forma breve que la persona a la que se deriva ha perdido los hábitos en sus actividades de la vida diaria, en adelante AVD<sup>2</sup>, en más del 80% de los casos, que apenas tiene relación con otras personas, es decir, que vive de forma aislada de la vida

en su comunidad, y/o que había abandonado los dispositivos socio-sanitarios a los que acudió en algún tiempo pasado.

No nos olvidemos de que la gran mayoría de personas que se derivan también a la UHRP no presentan conciencia de enfermedad o insight en ese momento, por lo cual se muestran reacios a priori a cualquier intervención terapéutica. Entre un 50% y un 80% de estas personas creen no estar enfermos o sufren algún tipo de déficit de conciencia, ya sea de su enfermedad, de sus propios síntomas o de la necesidad de tratamiento<sup>3</sup>. Esta situación se puede agravar en ingresos de carácter involuntario, ordenados por un juez.

Es sencillo que la mente nos lleve a pensar, tras leer entre líneas, que muchas veces los apoyos que estas personas tenían para vivir en la comunidad empiezan a fallar, por falta de herramientas para seguir mano a mano, o por agotamiento y queme. En ocasiones lo podemos corroborar en las primeras fuentes de información indirecta que disponemos. La "silla" en la cual se sentaban "cojea" por desgaste, porque ya ha trabajado mucho y aguantado mucho peso, y necesita un descanso y una reparación para poder volver a realizar su función con seguridad y eficacia. Otras veces, estos apoyos deciden que no desean serlo por más tiempo en sus vidas, o que no son capaces de seguir haciéndolo ya que no disponen de herramientas para ello.

Así, las personas que ingresan en nuestro servicio lo hacen en un grado elevado de vulnerabilidad vital, con tintes de emergencia social en muchos de los casos. En otros casos más afortunados, la red de apoyo familiar y/o comunitario siempre ha estado ahí y continúa presente. A pesar de ello, el progreso de los trastornos mentales severos, en adelante TMS, es evidente y limita gravemente la participación en la comunidad de la persona, por lo que el ingreso se hace necesario e inevitable.

---

## Fundamentos que sustentan la práctica de Terapia Ocupacional

No es posible trabajar en este servicio sin iniciar y mantener diariamente una relación directa con la otra persona, el usuario o paciente, y del modo en que esto ocurre dependerá en gran parte que el proceso y la intervención terapéutica se desenvuelva con fluidez. A pesar de la poca relevancia que se le suele dar en los manuales o textos de Terapia Ocupacional a la **relación terapéutica**, en adelante RT, es a mi entender, un pilar fundamental en el que se basa toda intervención, y por lo tanto incide directamente en la adherencia al tratamiento, en la evolución que está por llegar, y en la consecución de los logros terapéuticos.

He tenido la enorme suerte como terapeuta ocupacional de explorar varios entornos laborales, muy diversos entre sí. Desde un servicio de rehabilitación y medicina física, un servicio de atención temprana, una unidad de hospitalización breve de salud mental, y actualmente un servicio de rehabilitación de psiquiatría. Siempre he comenzado cada nueva etapa ilusionada, con muchas ganas de mejorar para ofrecer a los usuarios lo mejor de mi misma a través del trabajo.

Ha sido tras llegar a trabajar en el ámbito de salud mental desde este dispositivo, cuando he comprendido que sin una RT adecuada será más complicado que el usuario desee y consienta que participemos de su proceso terapéutico, y el camino por recorrer se vuelve más empedrado. Como señala Renee R.Taylor<sup>4</sup>, una adecuada RT se considera altamente importante para los resultados del trabajo en Terapia Ocupacional, en particular en los casos en los que el cliente tiene problemas de salud mental, u otros problemas que impactan las relaciones del cliente a los demás<sup>4</sup>.

En principio, no haría falta definir la RT, pero tal vez podemos considerar los aspectos fundamentales que la conforman.

Generalmente se ha definido como el "uso intencionado del self", desde la práctica centrada en el cliente, y según resumen Bellido y Berrueta<sup>5</sup> para que se desarrolle son necesarias las habilidades: autoconocimiento, manejo de la autorrevelación, proximidad del terapeuta ocupacional, coherencia, flexibilidad, empatía, escucha activa, la comunicación verbal y no verbal, el liderazgo, el manejo de la transferencia y la contratransferencia.

El Modelo de la Relación Intencional, en adelante IRM, que introduce y describe Taylor en 2008, conceptualiza los aspectos relacionales de importancia para la práctica de Terapia Ocupacional, y va más allá organizando todo el proceso de Terapia Ocupacional basándolo en la RT, y considerándolo un complemento a otros modelos propios, como por ejemplo, el Biomecánico, el de Integración Sensorial, el de Ocupación Humana, Canadiense, etc. En el IRM, se describen los aspectos relevantes que componen las relaciones terapéuticas<sup>5</sup>:

- El usuario
- Los acontecimientos interpersonales que ocurren durante el proceso de Terapia Ocupacional
- El terapeuta ocupacional
- La ocupación

Alcanzar un estilo interpersonal multimodal, para adaptarse a las necesidades de los usuarios del servicio, requiere de un gran conocimiento de las propias habilidades interpersonales del terapeuta ocupacional, y de un esfuerzo consciente que fortalezca la RT, y la repare en las ocasiones que acontecimientos interpersonales inevitables puedan amenazarla<sup>4</sup>.

En el servicio en el cual estoy centrando este escrito, los usuarios tienen diagnósticos clínicos que se incluyen en los TMS. Es fundamental conocer la sintomatología negativa de estos procesos, y comprender como afecta tanto al desempeño ocupacional como también a la capacidad que tienen para relacionarse con los demás. Es habitual en el campo laboral de la salud mental

---

o la psiquiatría, que aparezcan los conflictos y cambios empáticos a causa de las características propias e intrínsecas de los TMS. Saber cómo resolverlos es determinante para que la RT no se convierta en una relación disfuncional, que limite o dañe todo el proceso terapéutico.

Por poner algunos ejemplos comunes en el campo de la salud mental, un usuario puede mostrarse resistente a participar en alguna actividad, en otras ocasiones pueden interpretar cualquier comunicación verbal o no verbal como un daño o perjuicio a ellos mismos mostrándose muy referencial hacia el terapeuta ocupacional, también pueden incluir al terapeuta ocupacional en su delirio y su realidad y actividad psicótica, etc.

Estos sencillos ejemplos son acontecimientos interpersonales de la Terapia Ocupacional, que los terapeutas ocupacionales debemos poder resolver para que la RT se fortalezca, y así seguir colaborando con los usuarios en sus procesos de rehabilitación.

Desde la perspectiva presente, considero necesario que los estudiantes de Terapia Ocupacional reciban más formación y herramientas relacionadas con la RT durante la etapa académica. Aquellos docentes que promuevan y faciliten el desarrollo de las habilidades adaptativas de sus estudiantes, los estarán preparando para trabajar con los usuarios en el futuro.

### **Acerca del trabajo cotidiano. Pinceladas de Terapia Ocupacional.**

El servicio de rehabilitación de psiquiatría en el cual trabajo está compuesto por cuatro unidades terapéuticas<sup>1</sup>:

- 1 unidad de cuidados de rehabilitación
- 1 unidad de cuidados especiales
- 2 unidades de cuidados residenciales

Como terapeutas ocupacionales empezamos nuestro proceso de evaluación ocupacional identificando las áreas de desempeño que presentan limitaciones de participación, y la causa que subyace tras estas limitaciones. También es importante reflejar las áreas de desempeño ocupacional en las que el usuario no muestra alteraciones, y preserva sin dificultad la capacidad para llevarlas a cabo. Es tan importante tener presentes en cada instante tanto las fortalezas como los puntos débiles del usuario, así como los propios. Cuando hablo de fortalezas, incluyo también los elementos del entorno familiar y social que sostienen al usuario y le tienden un puente durante su proceso de recuperación.

Es cierto que los terapeutas ocupacionales siempre hacemos hincapié en que la evaluación nos da información más real, en tanto que se realice en el entorno habitual del usuario. Esto es un hándicap que existe en los servicios hospitalarios. La evaluación se realiza en un entorno y contexto a priori nuevo para el usuario, algunos ya lo conocen de ingresos anteriores en el tiempo, así también son novedosas las relaciones interpersonales que inicia con los demás usuarios de la UHRP. Es preciso prestar máxima atención durante el proceso de evaluación ocupacional inicial para evitar el sesgo que pueda provocar el nuevo entorno.

En el equipo terapéutico nos damos unos días de plazo para reunirnos y poner en común nuestras aportaciones a la evaluación global del usuario. Unos tiempos para observar, evaluar y describir las habilidades adaptativas que presenta la persona que ingresa. Unos días en los que se inicia la RT intencional, y en los que ir perfilando los datos de la evaluación ocupacional antes de ponerlos en común, y establecer los objetivos iniciales a corto, medio y largo plazo. Como servicio "de larga estancia", el tiempo medio de ingreso es bastante amplio en un porcentaje elevado de los casos, así que a priori hay tiempo por delante para con trabajo y esfuerzo lograr los objetivos marcados.

---

Retomando la primera pregunta que me hacía en la introducción de este texto:

***¿Qué es lo que más necesita una persona que llega al servicio de rehabilitación?***

Puedo responder que a largo plazo, necesita creer en sí misma, y a corto plazo es imprescindible que creamos en ella. La confianza en su capacidad de relacionarse en la comunidad a través del mantenimiento de sus habilidades, y de ocupaciones y actividades cotidianas, es una piedra angular en el proceso rehabilitador. Es parte de nuestro trabajo generar las situaciones posibles para que los usuarios ganen confianza en el desempeño de sus ocupaciones, de las actividades que comprenden y confíen nuevamente en ellos mismos.

Este aspecto es fundamental tenerlo presente mientras planificamos nuestra intervención terapéutica. No debemos olvidar que somos personas que percibimos, intuimos, sentimos. Debemos como terapeutas ocupacionales, transmitirles nuestra confianza en sus capacidades, y alentar su voluntad de ver hacia el futuro con sentimiento de esperanza.

La segunda pregunta que me hago es:

***¿Le puedo ayudar a conseguir aquello que tanto necesita?***

Nietzsche<sup>6</sup>, filósofo alemán que vivió entre 1844 y 1900, comentó en alguna ocasión que cuando uno tiene su propio por qué de la vida, se aviene a casi cualquier cómo. Dejando a un lado el resto de la ideología y personalidad de Nietzsche, esa frase aplicada en personas con TMS ilustra con simpleza que las personas necesitan dotar de sentido su vida para vivirla pese a las circunstancias adversas.

Los terapeutas ocupacionales tenemos una oportunidad de oro para colaborar con los usuarios a que encuentren ese propio porqué de su vida. Darle la oportunidad de volver a crear, de ser nuevamente. En mi modesta opinión, el objetivo final del trabajo del terapeuta ocupacional debería ser acompañar al



usuario en la búsqueda de sentido vital a través de un rol adaptativo y de una ocupación con significación vital para el individuo. Es un reto, pero nuestro deber al menos es intentarlo, y poner en ello todo nuestro esfuerzo, nuestras capacidades, nuestras ilusiones incluso.

Es básico en el campo de la salud mental que realicemos una exhaustiva evaluación ocupacional, y que identifiquemos los intereses de los usuarios. Indagar en las actividades que han producido satisfacción personal en el pasado, nos sirve como punto de partida en el trabajo cotidiano. Son la piedra angular que sirva de motor para mantenerse durante la carrera de fondo que implica recuperar y afianzar habilidades, hábitos, y competencia en el desempeño ocupacional, así como funcionamiento en el entorno comunitario y/o familiar.

***¿De qué manera puedo ayudarle con los recursos que tenemos en el servicio?***

Hay lunes en los que llegar al trabajo es un auténtico placer. Usuarios que mano a mano trabajando juntos me digan que se encuentran mejor trabajando conmigo, que durante el fin de semana, durante el cual dejan pasar las horas sentados en los jardines del hospital o escuchando música. Y lo expliquen con la simpleza absoluta "es que haciendo ésto (restaurábamos un antiguo mueble de la unidad) distraigo mis pensamientos, mi mente se relaja y yo me encuentro mucho mejor". En usuarios de las unidades residenciales, es un verdadero logro terapéutico que verbalicen su sentir de esta manera, cuando apenas ya tienen posibilidades de alcanzar un alta hospitalaria para reintegrarse en la comunidad a causa de múltiples factores.

En un mundo ideal, lleno de finales felices comiendo perdices, no existirían las unidades de rehabilitación de cuidados residenciales, porque estas personas vivirían integradas en la comunidad, con sus familias, o en recursos socio-

---

sanitarios como los pisos protegidos. A nuestra sociedad mucho le queda por recorrer para adjetivarla de "ideal".

Queda mucho por hacer para favorecer la integración de las personas con TMS. No quiero repetir los discursos de luchar contra la lacra del estigma, o quejarnos ante la sangrante falta de recursos para que alcancen un trabajo, aunque sea protegido. Hay situaciones que son inverosímiles, como que un usuario tras lograr los objetivos finales en su proceso rehabilitador, permanezca 10 meses más ingresado en la unidad de cuidados de rehabilitación, porque no hay disponible plaza en el piso protegido en el que se le ha admitido. Mejor ni pensemos en el coste económico que supone prolongar un ingreso todo este tiempo. Pero este tipo de situaciones no son aisladas. La falta de recursos en las zonas rurales pertenecientes al área sanitaria de Vigo es mucho más desalentadora. Son muchos los usuarios que necesitan recursos cercanos a sus domicilios, para poder regresar a ellos tras el alta hospitalaria con las mínimas ayudas y garantías de cuidados y asistencia para ellos y sus familias.

Tras planificar la intervención, esta se implementa teniendo en cuenta los recursos del servicio. Siempre había escuchado que la psiquiatría es "la hermana pobre de la medicina". No quiero ahondar demasiado en este tema, pero he de señalar que en los últimos años los recortes que hemos sufrido en sanidad pública han sido porcentualmente más elevados en salud mental que en otras especialidades.

Los terapeutas ocupacionales tenemos un gen especial que nos permite ver aquello que nos rodea con otra mirada, con unas gafas de terapeuta ocupacional, y rápidamente aprovechamos y reciclamos tanto materiales como espacios, siempre que sea factible.

No es el propósito de este texto realizar un organigrama de las técnicas, programas y actividades que se desarrollan en el servicio, ya que esta

información la podréis encontrar más desarrollada en las múltiples guías de atención a la persona con TMS que existen publicadas actualmente.

En el servicio de rehabilitación de salud mental se llevan a cabo programas que van destinados a favorecer el desempeño y la participación en las áreas de las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades de ocio y tiempo libre, y área de participación social<sup>2</sup>.

La gran mayoría de los programas se ponen en marcha en un contexto grupal, aunque algunas actividades sean de carácter individual. El grupo y las dinámicas que lo gobiernan además de ser un refuerzo enorme para los usuarios, es también una herramienta de gran valor terapéutico a la que debemos sacar el mayor provecho posible.

## **CONCLUSIONES**

Tras considerar aquellos aspectos definitorios de la profesión que en mi entorno laboral son fundamentales en mi práctica diaria, pienso que es importante que cualquier definición de nuestra disciplina los incluya, y al mismo tiempo esa misma definición sea aplicable al trabajo de cualquier terapeuta ocupacional en cualquier ámbito laboral. Proponer una definición de Terapia Ocupacional que englobe los fundamentos que he señalado puede parecer un atrevimiento por mi parte, pero siempre he sido partidaria de sumar fuerzas, así que trataré de aportar mi granito de arena.

En mi opinión, las definiciones deben ser lo más concisas posibles y resaltar y aglutinar los aspectos comunes presentes en el concepto que se pretende definir. Así, por ejemplo, si definimos los medios de transporte, decimos que son los medios por los cuales se transportan personas, animales o cosas de un lugar a otro. Tras esta definición podemos explicar todos los tipos de medios de transporte que existen o que han existido en el pasado, que los hay aéreos, terrestres, marinos y submarinos. Los podríamos clasificar según la energía que

emplean, etc., y podríamos acabar explicando las diferencias entre unos patines o un submarino, que son muchas y grandes, pero ambos son medios de transporte.

Mi definición de Terapia Ocupacional es la que sigue:

“Profesión que guía y acompaña a las personas basándose en una relación terapéutica intencional, a lo largo del proceso necesario para alcanzar un buen estado de salud y bienestar presente y futuro, a través de ocupaciones significativas para ellas, capacitándolas para su participación en las mismas y modificando el entorno si es preciso”. Irene Budiño Vieira, 2015.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Xunta de Galicia. Plan estratégico de saúde mental Galicia 2006-2011. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2007.
2. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2ª ed. [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. 2010 [acceso de abril de 2015]; [85p.] Disponible en: [https://www.terapia-ocupacional.com/aota2010\\_esp.pdf](https://www.terapia-ocupacional.com/aota2010_esp.pdf). Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
3. Fernández Rodríguez RS. Relación entre conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y actividades de la vida diaria. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. 2010; 8: 3-7.
4. Bonsaksen T, Vollestad K, Taylor RR. The Intentional Relationship Model. Use of the therapeutic relationship in occupational therapy. Ergoterapeuten. 2013; 5:26-31.
5. Taylor RR. Uso del "Self" en Terapia Ocupacional: Creando relaciones intencionales. [Traducción]. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [acceso de abril de 2015]; 8(13): [29p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor0.pdf>
6. Nietzsche F. El crepúsculo de los ídolos. [Traducción] Sánchez Pascual A. Ed. Alianza: Madrid; 2004.