

1. Intervención de la terapia ocupacional y la ocupación en salud mental: una revisión bibliográfica

INTERVENTION OF OCCUPATIONAL THERAPY AND OCCUPATION IN MENTAL HEALTH: A LITERATURE REVIEW

Ana Belén Fernández García

Diplomada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Granada.

RESUMEN

El objetivo de esta revisión es conocer las intervenciones que puede llevar a cabo el Terapeuta Ocupacional con su herramienta de trabajo, como es la Ocupación, en el ámbito de la Salud Mental, junto con el resto de integrantes del equipo multidisciplinar.

Introducción: Se ha realizado una revisión bibliográfica, para obtener referencias bibliográficas sobre la intervención de la Terapia Ocupacional y la Ocupación en Salud Mental.

Metodología: Se ha desarrollado una revisión bibliográfica en las fuentes de datos (google Académico, Portal de Terapia Ocupacional, Discalet, Revista de Terapia Ocupacional Galicia. Revista TOG, Revista Chilena de Terapia Ocupacional, entre otras).

Palabras clave: Terapia Ocupacional, salud mental, ocupación, rehabilitación psicosocial, recuperación.

ABSTRACT

The objective of this review is to know the interventions that can be carried out by the occupational therapist with his work tool, such as the occupation, in the field of mental health, together with the other members of the multidisciplinary team.

Introduction: A bibliographical review was carried out to obtain bibliographic references on the intervention of Occupational Therapy and Occupation in Mental Health.

Methodology: A bibliographical review was carried out in the data sources (google Académico, Portal de Terapia Ocupacional, Discalet, Revista de Terapia Ocupacional Galicia. Revista TOG, Revista Chilena de Terapia Ocupacional, among others).

Keywords: Occupational therapy, mental health, occupation, psychosocial rehabilitation, recovery.

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se expone una revisión bibliográfica sobre la intervención e importancia del papel de la ocupación y la Terapia Ocupacional en el área de la Salud Mental.

En concreto, siempre se escucha hablar de las figuras del psiquiatra, enfermero o auxiliar de enfermería, pero no hay que olvidarse que la figura del terapeuta ocupacional, es otro eslabón importante y necesario de esa cadena o equipo multidisciplinar que componen un servicio de Salud Mental. Cada uno con su herramienta de trabajo, en el caso del terapeuta la **Ocupación**, contribuyen a facilitar el camino de la recuperación, de la persona que lo necesita.

La terapia ocupacional desarrolla su que hacer en la vida cotidiana de las personas, como escenario de intervención, liberación y transformación. Es en este lugar donde se pretende apoyar la salud mental y la participación sustantiva a través del compromiso con la ocupación¹.

Desarrollo

Existen antecedentes históricos que acreditan los comienzos de la disciplina.

Precedentes de la Terapia Ocupacional y de la Ciencia de la Ocupación

La terapia ocupacional es una disciplina que aparece puntualmente a comienzos del siglo XX, sin embargo, el reconocimiento de la "ocupación" como estrategia terapéutica en el régimen de trastornos mentales y otras dolencias data ya hace varios siglos².

Dunton (1919) y Meyer (1922), psiquiatras estadounidenses y pioneros de la disciplina, ya hacían mención en sus textos la significación de la intervención en ocupaciones para un estado saludable del ser humano. Estas concepciones, conformaron los primeros indicios para la terapia ocupacional en sus inicios, lo que llevó a fundar progresivamente los cimientos de la especialidad.

En 1909 se observan adelantos al relacionar trabajo y disfrute. Sobre esto, en War's Island, se ejecuta un primer adiestramiento de juego y ocupación para personal de enfermería, resultado del que se incorporan modificaciones en la planificación del tiempo de los usuarios, formalizando una medida equilibrada entre trabajo de forma grupal, como por ejemplo en talleres, y trabajo individual.

Más adelante los predominio y acogimiento de modelos exóticos a la terapia ocupacional, disuelven la relevancia de la "ocupación" en el confort físico y mental modificando la tarea terapéutica únicamente "en un medio para" la obtención de metas concretas desde la visión de la medicina.

La creación de la ciencia de la ocupación, como una ciencia responsable, que contenga los componentes teóricos e ideológicos hacen aparición en los ochenta y a posteriori, empieza una novedosa etapa en la que no sólo hay síntesis curricular académica en ciencia de la ocupación, sino también se llevan a cabo estudios científicos dónde el centro de investigación lo compone la ocupación de las personas.

Es estimada como ciencia, la Ciencia de la Ocupación, ya que posee organización metódica de recopilación de información para la creación de conocimientos. Por otro lado, es una especialidad multiprofesional, ya que incorpora variedad de conocimiento y al enfocarse en el comportamiento humano, se estima cercano a otras ciencias sociales como la antropología, la psicología y la sociología³.

Como especialidad incipiente, la ciencia de la ocupación, desempeña estudios sistemáticos de la conducta del ser humano y que el objetivo sea realizaren un fundamento sistémico que exponga y enseñe la implicación en ocupaciones, (University of Southern California (USC), Department of Occupational Therapy, en 1989, a través del análisis metódico de la conformación, quehacer y significación de la ocupación. Acentuando el papel decisivo que efectúan las ocupaciones al concernir el bien estado de salud y el bienestar³.

En la actualidad, la disciplina de la ocupación ha logrado una mayor relevancia para la disciplina y se han llevado a cabo diferentes líneas de estudio, por lo que ha favorecido un nuevo progreso a nivel universal. De ésta manera, los vínculos internacionales entre Terapeutas Ocupacionales alcanzan relevancia y establecen el cimiento de nuestra personalidad en general.

Aunque en España, la disciplina aún no estaba definida, la Terapia usa por medio del esparcimiento y de las ocupaciones en los entonces llamados manicomios, de los Hermanos de San Juan de Dios.

En las últimas décadas, en los distintos hospitales de la red pública, tanto generales como monográficos, se incluye la figura del Terapeuta Ocupacional, en las distintas unidades de psiquiatría.

Es con la reforma asistencial de los enfermos mentales, cuando se crean recursos comunitarios (servicios de Salud Mental, casas de transición, centros de rehabilitación psicosocial, miniresidencias, etc), contando con profesionales de Terapia Ocupacional.

La causa del uso terapéutico de la ocupación y por consiguiente, el fundamento de la profesión, lo hallamos en el campo de la Salud Mental.

La introducción de la Terapia Ocupacional como materia socio-sanitaria es aproximadamente nueva. En 1917, la disciplina se fundó, por un equipo de especialistas de la salud que estimaban con firmeza en la importancia terapéutica de las ocupaciones. La particularidad de la Terapia Ocupacional y lo que la hace distinta a otras materias del campo socio-sanitario se establece por la palabra "ocupación o actividad", sabido éste como "aquella faceta del desempeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le posibilita ejecutar con las necesidades so-

ciales de su comunidad a la que pertenece, así como a la ejecución por medio de la cual el individuo se diferencia manifestando revelando al agente de la acción y que se establece en una manera de proporcionar significado a la existencia, estableciendo e instaurando su identificación particular, cultural y social"⁴.

La Terapia Ocupacional en el momento actual, presenta un enfoque holístico y estudia y l todas las tareas en coherencia a la posición en la que se desarrolla la persona.

Si el tema global de éste artículo es darle voz a la Terapia Ocupacional en el campo de la salud mental, es necesario hacer mención a las distintas definiciones que engloban dicha temática, entre las que podemos resaltar:

Significado de Salud Mental, conforme la OMS (2011)

Es una situación de bienestar en el que la persona tiene consciencia de sus propias competencias, puede hacer frente las presiones naturales de la vida, es capaz de trabajar de manera rentable productiva y provechosa y está capacitado para hacer una aportación a su sociedad.

La Ley 1616 de 2013, define al término de salud mental como: una situación en movimiento que se manifiesta en el día a día de la vida por medio del comportamiento y la interrelación de modo, que posibilita a las personas en particular y en general, desarrollar sus estrategias emocionales e intelectuales, para circular por la vida diaria, para trabajar, instaurar vínculos relevantes para colaborar a la sociedad. (Art. 3º)⁵.

Distintos significados de la disciplina de Terapia Ocupacional

Las definiciones de Terapia Ocupacional que existen y que evidencian la relevancia de la participación de la terapia ocupacional en el ámbito de la salud mental, serían las siguientes:

La definición pionera actual de terapia ocupacional, sería la admitida por la Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)⁶ en 1981: la terapia ocupacional usa la actividad con propósito, con personas que tienen dificultad por algún daño o patología física, alteración mental y social, dificultades del desarrollo o aprendizaje, limitación cultural, o por el propio desarrollo de envejecer, con el objetivo de optimiza la autonomía e independencia, evitar la minusvalía o conservar la salud.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales propone⁷: Una disciplina que dedica a promocionar el buen estado de salud por medio de la ocupación. El objetivo primordial de la terapia ocupacional es proporcionar al individuo a implicarse en las tareas del día a día diaria, tienen una formación amplia que les posibilita las destrezas y las competencias para actuar con aquellas personas que están afectados de una parte corporal o función, a consecuencia de alguna modificación en el estado de salud, por lo que hace que aprecien restricciones en su implicación. (s.p.).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸, la terapia Ocupacional es "agrupación de procedimientos, orden e intervenciones que, por medio de actividades utilizadas con finalidad terapéutica, evita y conserva la salud, fomenta el restablecimiento de la función, sustituye las limitaciones que invalidan y pone valor a los comportamientos y su significado complejo para lograr la mayor la autonomía e inclusión factible de la persona en todas sus vertientes: profesional, mental, físico y comunitario".

El concepto en español de "Terapia Ocupacional" tiene origen inglés "Occupational Therapy". Es, una copia léxica, y no de los más acertados; dicho de otra manera, corresponde a una mala interpretación. Una correcta interpretación podría haber sido "Terapia mediante la Actividad", ya que el concepto en inglés es lo que viene a decir, sin embargo el concepto formado equivocadamente en español y que actualmente no es viable cambiar el concepto de una terapia que podría tener como intención, entretener o tener ocupada a la persona. El desbarajuste producido por esa mala interpretación, aumenta al haber en algunos sitios talleres ocupacionales con el exclusivo objetivo de entretener o tener ocupados, con diversas actividades, a pequeños, jóvenes o mayores y personas enfermas. En cambio, cuando la Terapia Ocupacional, en concretas ocasiones, se ayuda de talleres ocupacionales lo hace con una intención terapéutica y rehabilitadora; dicho de otra manera, las actividades que allí se llevan a cabo tienen como propósito perfeccionar algún estado de la funcionalidad de la persona, y no sólo tenerla ocupada durante un tiempo. La Terapia Ocupacional es una carrera o profesión sanitaria (en España catalogada como tal en virtud de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias), del campo de la rehabilitación, cuyo propósito es prever y simplificar las deficiencias que puedan manifestarse aparecen como resultado de distintos diferentes alteraciones para facilitar que la persona se desarrolle con autonomía en su entorno.

La American Occupational Therapy Association (AOTA)⁹ de 1986, define la terapia ocupacional, como se fundamenta en "la utilización terapéutica de las actividades de cuidado personal, trabajo y juego para aumentar la función de autonomía, optimizar la evolución y prever la minusvalía. Puede incorporar la adecuación de las actividades y el medio para conseguir la óptima independencia y aumentar una vida de calidad".

La (WFOT)¹⁰ Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, refiere la definición de terapia ocupacional como un oficio que se encarga de promocionar un adecuado estado de salud por medio de la ocupación y teniendo en cuenta como meta primordial, preparar al individuo en el desempeño de sus tareas del día a día, por medio de la adaptación de los individuos o transformación del ámbito para que se fortalezca su implicación.

Jennifer Creek¹¹ incluye en su definición conceptos como restablecimiento o conservación funcional de la autonomía, realización fundamental, estudio analítico y utilización de ocupaciones.

La A.O.T.A. (*American Occupational therapy association*) A.O.T.A. igualmente incluye conceptos como "actividad con sentido para el individuo, previsión de minusvalías y conservación del estado de salud.

Desde un punto de vista rehabilitador, la terapia ocupacional receta ocupaciones, interacciones y adaptaciones del entorno para favorecer a la persona la recuperación, el progreso o la mantenimiento de actuaciones para preservar el buen estado particular, conseguir objetivos relevantes y vínculos apropiados en su ámbito social y cultural.

Por tanto, la tarea fundamental de un experto de la terapia ocupacional es la rehabilitación de la persona para las actividades del día a día (deambulación, vestido, higiene, alimentación, deglución, etc.); en otros términos, en la praxis clínica el terapeuta ocupacional es un profesional de la salud considerablemente cualificado y capacitado en rehabilitación, en la restauración de limitaciones. El principal instrumento de un terapeuta ocupacional es la actividad, el uso terapéutico de actividades de autocuidado, laborales y de ocio, las cuales posibilitan conseguir las metas de función en el ser humano.

A lo largo de su experiencia¹², la terapia ocupacional, describe un proceso que representa la manera en que el terapeuta ocupacional lleva a cabo sus competencias para facilitar asistencia a los pacientes. Este procedimiento contiene evaluación, intervención y continuación de los efectos; se efectúa dentro de la aptitud de la profesión y precisa participación entre el terapeuta ocupacional, el ayudante de terapia ocupacional y la persona a tratar.

Por tanto la secuencia que se aplicaría en el desarrollo de Terapia Ocupacional, sería la siguiente:

Valoración	Participación		Efectos resultantes	
Competencia Análisis de Ocupaciones Quehacer Ocupacional	Plan de participación	Establecimiento de Participación	Comprobar participación	Favorecer la salud y la involucración en el día adía por medio del compromiso con la ocupación

La Evaluación, estaría conformada por:

- **Competencia Ocupacional:** paso número uno en el desarrollo de evaluación y nos ofrece un entendimiento de la historia y costumbres ocupacionales del paciente, sus modelos de vida diaria, intereses, valores y necesidades. Es donde se detallan los problemas y preocupaciones del paciente respecto a desempeñar sus ocupaciones y las actividades de la vida diaria, y se establecen las prioridades del paciente.
- **Estudio del quehacer ocupacional:** es el transito del procedimiento de evaluación en el que se determinan de forma más especial las dificultades del momento y encubierto del paciente. Con frecuencia se aprecia el quehacer en su ámbito real para determinar qué favorece o favorece el desempeño y qué es lo que condiciona. Se consideran las competencias y los estándares de realización, el ámbito y contextos, las necesidades de la tarea y las particularidades del paciente, aunque solamente se eligen vertientes que se pueden evaluarse concretamente. Se describen los resultados que se quieren.

La Participación, estaría compuesta por:

- **Plan de participación:** dirigirá las actuaciones elegidas que se realizarán con ayuda del paciente. Estarán fundamentados en una c de teorías, modelos de referencia y demostraciones científicas. Se ratificarán los resultados que se quieran.
- **Establecimiento de participación:** Actuaciones en proceso que se deciden para contribuir y favorecer la evolución en la evolución del paciente. Las participaciones se enfocan a los resultados establecidos. Las respuestas del paciente se revisan y se evidencian.
- **Revisión de la participación:** Una comprobación del plan de participación y del procedimiento así como de la evolución hasta los resultados deseados.

Los *Efectos resultantes*, lo que pretende es apoyar el logro en conseguir los resultados deseados.

Las referencias de la evaluación de los resultados se emplea para planear actuaciones venideras con el paciente y también para valorar la planificación del servicio.

Únicamente los especializados en la materia de terapia ocupacional focalizan este procedimiento hacia la meta última de favorecer la salud y la contribución en la vida por medio del deber con la ocupación. Los terapeutas ocupacionales además emplean las ocupaciones como procedimiento de poner en práctica la intervención implicando por medio de todo el proceso a los pacientes en ocupaciones que son escogidos desde la perspectiva terapéutica. La utilización que en esta disciplina se hace de la ocupación como medio y como fin es un uso exclusivo del procedimiento (Trombly, 1995).

PAPEL DEL PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

Son diversos los campos de intervención del terapeuta ocupacional, pero centrándonos concretamente en el campo de la salud mental, que es la que nos ocupa, habría que considerar los siguientes aspectos:

En la participación que la terapia ocupacional desempeña en salud mental, aparecen variedad de ideas para una evaluación de ocupaciones. Por ejemplo, en el trastorno mental grave, la relevancia del terapeuta ocupacional ejerce un acto de evaluación, adiestramiento ocupacional, rastreo y adaptabilidad del paciente a su ambiente, en un marco individual, grupal y comunitario, ante todo en áreas de ocupación que para él sean más relevantes y en las que evidencie más inclinación de intervenir, a continuación a esto se empleará un modelo de referencia, o métodos para proteger la importancia de la ocupación de la persona en un ambiente social y cultural.

Su criterio será rehabilitador, empleando experiencias del día a día, todo esto con la finalidad de apoyar la intervención de la persona, por medio de tareas que favorezca su comunicación normalizada, ajustándolas constantemente a sus demandas y particularidades.¹³

En diversas profesiones se valora el proceso de evaluación¹⁴, intervención y la consecución de los resultados de la inter-

vención. En cambio, únicamente los profesionales de la Terapia Ocupacional enfocan dicho proceso, dirigido hacia la finalidad final de favorecer la salud y la involucración en la vida por medio del deber con la ocupación. Los profesionales de la Terapia Ocupacional además usan las ocupaciones como procedimiento de implantar la intervención implicando por medio de la totalidad del proceso a los pacientes en ocupaciones que elegidas desde el criterio terapéutico. El manejo que la Terapia Ocupacional desempeña de la ocupación como medio y como fin es una utilización exclusivo del proceso del proceso¹⁵.

Se puede ratificar que no es terapéutica cualquier ocupación, aunque puede llegar a serlo si es usada como medio para conseguir una meta terapéutica, conforme a lo que Trombly menciona (citado en Senra, 2012) la ocupación como vehículo que favorece la transformación o la recuperación¹⁶.

El terapeuta ocupacional, como componente de profesionales de salud mental, posee un relevante rol que efectuar durante todo el transcurso del cuidado integro de los usuarios. Desde la visión del criterio de su método profesional, proporciona una realidad particular, que favorece a progresar, ya sea a la valoración como las acciones a realizar en los distintos periodos del procedimiento rehabilitador¹⁷. En el momento de llevar a cabo la valoración interdisciplinar, supone contemplar los estados fisiológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales del usuario a fin de instaurar, en función a ellos, una planificación de acción integra. Esta valoración multidisciplinar se ejecuta por medio de entrevistas con profesionales competentes en cada campo. Todo el contenido informativo recogido y el consecuente intercambio de la misma posibilita ejercer una evaluación por parte de todos los profesionales del usuario.

Cuando el terapeuta ocupacional interactúa con usuarios, tienen en consideración la gran variedad de ocupaciones en las que los usuarios se pueden implicar. La amplia cantidad de tareas o ocupaciones están organizadas en categorías, denominadas **áreas de ocupación**".

Áreas del Desempeño Ocupacional

En terapia ocupacional hay que considerar diferentes **áreas de ocupación**¹⁸: *variedad de tipos de actividades de la vida donde las personas, poblaciones, o las organizaciones intervienen, además de las AVD, AIVD, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social*.

Actividades de la vida diaria(AVD), de auto-mantenimiento o de auto-cuidado:

Actividades que están dirigidas a la atención del propio cuerpo (adaptado de Rogers y Holm, 1994)¹⁹. AVD además se relaciona a las *actividades básicas de la vida diaria* (ABVD). "Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar" (Christiansen y Hammecker, 2001)²⁰.

Dentro de éstas actividades se englobarían:

- Bañarse, ducharse
- Cuidado del intestino y la vejiga

- Vestirse
- Comer
- Alimentación
- Movilidad funcional
- Cuidado de los dispositivos de atención personal
- Higiene y arreglo personal
- Actividad sexual
- Aseo e higiene en el inodoro.

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Actividades de ayuda a la vida diaria en la casa y en la comunidad que habitualmente precisan más interacciones con dificultad de las empleadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD. Actividades productivas, que abarcan todas aquellas actividades, retribuidas o no, que implican una contribución a la sociedad.

Estas englobarían:

- Asistencia de otros
- Favorecer la atención de los niños
- Gestión de la sociedad
- Movilidad en la sociedad
- Gestiones económicas
- Desarrollo y mantenimiento de la salud
- Instauración y desarrollo del hogar
- Disposición de la comida y la limpieza
- Hábitos religiosos
- Desarrollo en la seguridad y respuesta ante una emergencia
- Compras.

Descanso y sueño

Comprende las actividades vinculadas a lograr el sueño y un descanso reparador que favorezca la intervención activa en otras áreas de ocupación.

- Descansar
- Dormir
- Prepararse para el sueño
- Participar en el sueño.

Educación

Comprende las actividades vinculadas para el aprendizaje y la intervención en el entorno.

- Intervención en la educación formal

- Examinación de las carencias educativas informales o de intereses particulares.
- Intervención en la educación personal informal.

Trabajo

Comprende las actividades vinculadas para participar en un trabajo retribuido o en actividades de voluntariado (Mosey, 1996)²¹.

- Intereses y actividades para la búsqueda de empleo
- Búsqueda y obtención de empleo
- Producción en el trabajo / empleo
- Planificación y ajuste para la jubilación
- Involucración como voluntario.

Juego

Cualquier actividad planificada o espontánea que facilite placer, esparcimiento, disfrute, entretenimiento o diversión" (Parham y Fazio, 1997)²²

- Investigación del juego
- Intervención en el juego.

Ocio y tiempo libre

"Una actividad no forzada esencialmente motivada y en la que se interviene en el transcurso de un tiempo voluntario o libre, dicho de otra manera, en un periodo que no es obligado con ocupaciones forzadas como sería el trabajo, el autocuidado dormir" (Parham y Fazio, 1997)²².

- Investigación del ocio
- Intervención en el ocio

Intervención social

"Modelos de comportamiento estructurados que son representativo y previstos de un individuo o de una postura concreta dentro de una norma social" (Mosey, 1996)²³.

- Intervención en la comunidad
- Intervención en la familia
- Intervención con compañeros amigos.

Es en la fase del **área ocupacional** donde la figura del Terapeuta Ocupacional, a través de entrevistas con el paciente y/o con éste y su familia efectúan la *Historia Ocupacional*, el cual es la herramienta más relevante, tanto para la recogida organizada de información, como para deducir las necesidades o supuestos de trabajo por parte del Terapeuta Ocupacional en los siguientes aspectos:

- Rutinas y hábitos cotidianos y nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD), básicas (ABVD), Instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

- Roles ocupacionales en el campo de la familia, social, formación y empleo.
- Nivel de ajuste en respecto al empleo del tiempo libre: Proyectos, tipo de actividades de ocio que realiza (saludable, de riesgo) y/o por las que se expresa interés y grado de satisfacción que percibe.
- Competencia de desempeño de habilidades sensorio-motoras, cognitivas y de interrelación y comunicación interpersonal, ya sea objetiva como subjetiva.
- Ambiente/Contexto ocupacional: componentes ocupacionales de riesgo y apoyo presente en los ámbitos físico, socio-familiar, productivo y de tiempo libre.

El terapeuta ocupacional, con toda la información recogida, podrá llevar a cabo un diagnóstico del desempeño ocupacional del paciente y un planteamiento de intervención ocupacional que proporcionará al resto del equipo como suplemento de la valoración interdisciplinar, que se manifestará en la evaluación multidimensional y el a posteriori planteamiento del *programa personalizado de Intervención (PPI)*.

La coordinación en el ámbito de trabajo de un equipo multidisciplinar, resulta indispensable. Por otra parte, la mediación con los pacientes requiere, en diversas ocasiones, la colaboración y la utilización de medios externos al propio centro. Con todos ellos la coordinación es además indispensable.

Se pueden encontrar dos tipos de coordinaciones esenciales en el desempeño de las funciones del Terapeuta Ocupacional.

- *Internas*: Coordinaciones como componente del Equipo multidisciplinar con el resto de expertos para el diseño y confección del PPI de los pacientes que solicitan tratamiento en el Centro, además de para el seguimiento y evaluación continua del mismo. Para favorecer esta tarea, la organización del trabajo de los Centros de asistencia, considera la reserva de los espacios que sean necesarios.
- *Externas*: Coordinación con aquellos recursos de sostén, característico del ámbito profesional del Terapeuta Ocupacional, a los que se deriva a los pacientes para el progreso de actividades, constantes o puntuales, que tengan que ver con las áreas de formación, laboral y de ocio.

De las coordinaciones más habituales se pueden mencionar:

- Monitores deportivos y/o voluntarios que ayudan en las tareas deportivas.
- Asociaciones en las que se puedan llevar a cabo actividades, ya sean cursos formativos, talleres etc.
- Medios comunitarios de los distintos distritos, que contribuyen posibilitando su infraestructura o la entrada de los pacientes a su planificación de actividades.
- Infraestructuras deportivas, como pueden ser los polideportivos municipales.
- Infraestructuras o servicios de tipo cultural o de ocio como museos, salas de exposiciones, etc. Con la consi-

guiente, se organizan visitas puntuales. La programación de estas coordinaciones se efectúa para cada caso con el Terapeuta Ocupacional y el responsable de cada recurso.

El terapeuta ocupacional posee un papel considerable que desempeñar en la intervención con estos colectivos, ya sea a nivel individual como grupal, ensamblando sus actuaciones en base al momento en el que se encuentra el paciente en coherencia con su adicción y a las restantes dimensiones de su *programa personalizado de intervención (PPI)*: relaciones sociales, salud, etc., además de sus motivaciones, intereses, valores, pautas de comportamiento y apreciación de su ambiente.

Sin embargo, las apreciaciones especiales que están constantemente presentes en estos colectivos hace precisar una intervención distinguida desde la Terapia Ocupacional, o ya sea en algunos casos, una mediación de mayor magnitud.

La terapia ocupacional ofrece posibilidades de mediación que pueden favorecer los distintos tipos de intervenciones o de programas que se ejecutan con los pacientes, según las necesidades y peculiaridades propias y proporciona procedimientos de utilidad en los distintos procesos: Recibimiento y acogida, destoxificación, deshabitación y reintegración

Las carencias y dificultades que muestran los pacientes y que necesitan ser abordadas en su desarrollo integral el proceso terapéutico, atraviesan una extensa variedad de posibilidades, que van, desde la autoconciencia de su problema y aceptar la valentía hacerle frente, comenzando un tratamiento, hasta conseguir la deshabitación en el consumo de sustancias y afianzarla en el ámbito, en un nuevo modo de vida.

El ámbito grupal es el espacio favorecedor del cambio relevante. La energía del grupo para movilizar y estimular la transformación óptima entre sus integrantes, viene establecida por esa capacidad de peso que tiene sobre los mismos. La incentivación de las dinámicas de grupo positivas por parte del Terapeuta Ocupacional, alrededor de una o distintas actividades tiene como consecuencia una herramienta que ha evidenciado su gran beneficio en una variedad de aspectos como los siguientes:

El grupo es apto para dar apoyo y estabilidad a sus miembros en momentos de gran debilidad o inseguridad del paciente, en concreto en fases del comienzo del tratamiento. La facilidad que proporciona la actividad ocupacional en grupo de experiencia, de ensayo, de adiestramiento de destrezas ocupacionales y de medios competentes o de investigación posibilita, en un marco reducido de peligro, como en un laboratorio, el posterior progreso de lo alcanzado en los entornos de vida normalizados. La actividad ocupacional en grupo posibilita en los pacientes apreciación de ellos mismos y de su estado por medio de la actividad y del modelo que suponen los otros y favorece la consideración realista respecto de su posición y posibilidades.

Por medio de la actividad grupal se producen situaciones que posibilitan que aparezcan emociones y manifestarlos.

La unión que se producen entre el terapeuta ocupacional y los miembros del grupo y entre éstos entre sí, ocasiona sentimiento de pertenencia y confianza en sí mismo, por medio de las actividades desarrolladas, contribuyendo a vencer los momentos más desfavorables o con poca incentivación

De este modo, la intervención ocupacional que desempeñan los terapeutas ocupacionales, ya sea de forma individual como grupal, nunca establece un fin en sí mismo, sino que proporciona un medio para la consecución de los objetivos del PPI. No obstante si la simple actividad no puede estimarse como terapéutica, la misma actividad alcanza ese rumbo cuando se proyecta e incorpora en un programa individualizado de intervención con unos objetivos precisos, realizándose de esa forma una variación relevante desde el sencillo "pasar el rato" a la importancia de la función terapéutica.

Las particulares diferencias en la forma en que los pacientes ven sus ocupaciones, hace ver la dificultad y la pluridimensionalidad de cada ocupación. El punto de vista del paciente de cómo es compartimentada una ocupación, cambia en base a la conveniencia y necesidades del paciente. Por ejemplo, una persona puede ver la tarea de lavar la ropa como un trabajo y sin embargo otra persona puede barajarlo como una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD). Una población puede implicarse en un concurso y ver su participación como un juego, mientras que otra población puede implicarse en el mismo concurso y percibirlo como una ocupación de tipo formativo.

El modo en el que los pacientes dan prioridad a la acción de implicarse en las áreas de ocupación puede cambiar en distintos momentos. Un ejemplo sería, si una estructuración comunitaria de rehabilitación psiquiátrica puede coger como relevante el registro de los votos de los miembros durante una campaña presidencial y la preparación de la celebración de un período festivo. La grandeza y condición del compromiso son tan fundamentales como el mismo compromiso; un ejemplo sería, trabajar excesivamente sin atender con demasiado interés otros facetas de la vida como sería descansar o ya sean relaciones ponen la salud del paciente en peligro (Hakansson, Dahlin-Ivanoff, y Sonn, 2006)²⁴.

Es importante hacer hincapié al "Proceso de Terapia Ocupacional", ya que representa la forma en la que los terapeutas ocupacionales llevan a cabo la teoría, la evidencia, el conocimiento y las habilidades con respecto al manejo terapéutico de las ocupaciones para así poder interferir de forma positiva en aspectos beneficiosos y de salud de la vida de las personas.

Este proceso lo centran los terapeutas ocupacionales, para el objetivo final de promover la salud y la involucración de las personas en su plan de vida mediante el *compromiso con la ocupación*.

Por tanto, si hacemos referencia a las funciones que el Terapeuta Ocupacional puede desempeñar en Salud Mental, nos podríamos referir a las siguientes *funciones generales*:

- Valoración de las vertientes destacables de la persona, ocupación y ambientes, de acuerdo a los patrones distinguidos para la praxis profesional, existiendo la **Eva-**

luación ocupacional que se basa en lograr un perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional. Se pretende conseguir información respecto a las áreas ocupacionales de la persona (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, sueño y descanso, educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social) y cómo dichas áreas intervienen en las habilidades de ejecución, en los modelos de la ejecución, en las peticiones de la actividad, en las particularidades de las personas y en los ambientes, a través de medios directos o indirectos de evaluación.

- Estudiar la información recogida para preparar el **diagnóstico ocupacional**, el cual contiene elemento descriptivo, elemento explicativo, pruebas o evidencias e información detectada adjunta.
- **Organización de la mediación con la persona y el ambiente:** se determinan objetivos y métodos de mediar, cursando el Pitr (programa individual de tratamiento y rehabilitación) confeccionado en el PAISM. (Proceso de atención integrado en salud mental)
- **Establecimiento de la mediación con la persona y el ambiente:** Los datos recabados en la evaluación se incorporan con la teoría, los patrones de la praxis, los modelos de referencia y la evidencia. Con el compendio de toda ésta información, los terapeutas ocupacionales, escogen la **perspectiva y formas de mediaciones** más adecuados.

Las perspectivas de mediación son los incluidos en el modelo de trabajo para la práctica: dominio y proceso 2ª edición. 2010: **Fomentar** ambientes destrezas que mejoren la ejecución de la persona, **ganar destrezas o recobrarlas, conservar competencias, habilitar** entorno o peculiaridades de la actividad y **prever** la discapacidad.

Las formas de de ejecución son aquellos que se encuentran en el Marco de trabajo para la práctica: Dominio y proceso 2ª edición. 2010: Instaurar conexión terapéutica a través del manejo terapéutico del yo, el manejo terapéutico de las ocupaciones o actividades, desarrollo de orientación, desarrollo de formación o educación, gestión autónoma.

- Planificación, elaboración y realización de intervenciones grupales o individuales con vistas hacia la recuperación, de acuerdo áreas ocupacionales, habilidades, modelos de actuación y ambientes citados a priori.
- **Comprobación de la intervención con la persona y el ambiente:** Contiene el proceso constante de reexaminar y revalorar el planteamiento de intervención, su eficiencia y evolución hacia los frutos obtenidos.
- **El Terapeuta Ocupacional estudia y examina la actividad**, el cual es un quehacer relevante que "trata las demandas típicas que supone una actividad, la gama de habilidades involucradas en su ejecución, y los distintos significados culturales que pueden atribuirse a ella" (Crepeau, 2003)²⁵
- Dar apoyo a las personas en la organización de agendas e itinerarios, además de la regulación del tiempo para alcanzar una armonía en las tareas ocupacionales.

- Llevar a la práctica el transcurso de planificación, acompañamiento y seguimiento una vez que se le de el alta, para así hacerle más fácil que la configuración ocupacional alcance y permanezca después de terminar el tratamiento de terapia ocupacional.
- Intervenir ocupacionalmente en el entorno familiar, proporcionando orientación y asesoramiento tanto al mencionado entorno como al propio paciente acerca del tratamiento del que se beneficia en Terapia Ocupacional, para ello se hace a la propia familia que intervenga y así propiciar la obtención de metas y objetivos.
- Orientación y asesoramiento al equipo de trabajo multidisciplinar acerca del desempeño y función ocupacional, procedimientos y métodos que se emplean con aquellas personas susceptibles de padecer algún desorden mental.
- Participar en la adecuación o adaptación del ambiente real de la persona, haciéndole más fácil la accesibilidad.
- Orientar y proporcionar asesoramiento a los organismos e instituciones sanitarias, de aquellos procedimientos preventivos y de aquellos tratamientos de Terapia Ocupacional de las personas que se atienden y de las variaciones del entorno precisas para facilitar que se integre y así mejore su calidad de vida.

El terapeuta ocupacional también desempeña funciones Institucionales Generales, referentes a organización, Coordinación y administración, siendo las siguientes:

- Confección de la historia ocupacional, informes y registros que incluyen: Datos registrados de la valoración, progreso y alta de las personas y entornos en los que interviene el terapeuta ocupacional.
- Intervenir en elaboración de informes de derivación, que van dirigidos a otros recursos del ámbito de la salud mental, ya sea a nivel sanitario tanto como comunitario.
- Diseñar registros que sirva para facilitar a otros profesionales (auxiliares, monitores, educadores,...) recabar información concerniente al desempeño ocupacional del paciente o al ambiente que le rodea.
- Planificar plan terapéutico en grupos o individual, ubicado en el contexto del equipo multidisciplinar.
- Verificar y realizar petición de materiales y espacios a las personas responsables de llevarlo a cabo, para poder desempeñar los distintos programas de terapia ocupacional.
- Organizaciones internas: grupo de trabajo multidisciplinar (comunicar aquella información de la que se dispone con el equipo de trabajo y considerar e incorporar los puntos de vista de los demás, acatar lo consensuado acerca de objetivos genéricos del Pitr y garantizar que su valoración y oferta ha sido entendido), personas responsables de proporcionar materiales, comprobar organizar, planificar, adiestrar a profesionales que desempeñen programas en los que el encargado es la figura del terapeuta ocupacional.
- Organizaciones externas: Terapeutas ocupacionales de los diferentes unidades, organización de grupos de tra-

bajo en centros de rehabilitación psicosocial, medios profesionales, centros que proporcionan formación, medios sanitarios, medios sociales, medios socio-comunitarios y medios de ocio.

- Intervención en las reuniones de grupo de trabajo, y en masas redondas de estudio de temas y asuntos de la operatividad del grupo de trabajo, incluso el seguimiento externo.
- Intervención en la confección de programaciones, planes, protocolos, procesos asistenciales...del organismo o dispositivo en el que lleve a cabo sus competencias el terapeuta ocupacional.
- Responsabilidad de gestionar, ya sea en los distintos servicios de terapia ocupacional como en puestos de dirección en aquellos dispositivos que puedan, abarcando a grupos similares y personal de trabajo de apoyo.
- Confección de lista y propuestas de adquisición de materiales. Tramitar la gestión de muebles, zonas, recursos y medios.
- Estructuración ordenada del tiempo y el espacio de la programación del trabajo.
- Organizar los procedimientos para seguir la utilización de las distintas programaciones.
- Organización y realización de métodos de valoración verificados de sistemas de evaluación validados y unificados.
- Ejecución de métodos para registrar la asistencia. Proporcionar información en la Historia clínica
- Ejecución de la memoria de cada año.
- Intervención en presentaciones de casos prácticos en reuniones de equipo de trabajo.
- Aportara la formación necesaria al personal del equipo que participan en la realización de la programación de terapia ocupacional.
- Dotar de formación y supervisar al equipo que realizan prácticas de terapia ocupacional, y también al equipo que coopera de otras materias.
- Planificación de tareas lúdicas y de recreación en el calendario de fiestas de cada año.
- Organización de talleres, estructuras laborales y su coordinación.

Además desempeña tareas comprobación y verificación:

- Comprobación y verificación de tratamientos.
- Manejo de dispositivos estandarizados y seguros que faciliten el control del paciente.
- Registrar periódicamente los datos.
- Presencia en las reuniones con el resto del equipo multidisciplinar.

En el transcurso de la participación, el terapeuta ocupacional, también se desempeñan tareas de evaluación, seguimiento y reevaluación, tales como:

- Evaluación/valoración del estado de cada persona (examina competencias y limitaciones, destrezas y posibilidades, interés e implicación en áreas ocupacionales, examina necesidades y posibilidades de cambio).
- Evaluación/valoración del ambiente y entorno de cada persona (estudio de las magnitudes del medio o aspectos que impiden, restringe y /o impulsa y favorecen el desempeño ocupacional de cada persona).
- Manejo de informaciones directas e indirectas que muestren que se pueda necesitar o que no de terapia ocupacional.
- Valoración de los programas empleados y su certeza.
- Dar prioridad a aquellas necesidades que se deban cubrir.
- Realizar valoración mientras dure tratamiento y volver a valorar cuando se le dé el alta.
- Valoración una vez que se le dé el alta de las ocupaciones y de las demandas del entorno.
- Llevar a cabo las programaciones los programas y actividades programados.
- Emplear los métodos concretos en función los marcos de referencia.
- Emplear los tratamientos y llevarlos a cabo con la participación de aquella persona que le concierne.
- Usar la actividad como medio de tratamiento.
- Utilizar técnicas y métodos evidenciados por terapeutas ocupacionales.
- Informar a la familia y al propio paciente.
- Asesorar e informar al grupo de trabajo a cerca de métodos y técnicas a emplear en el tratamiento de ocupaciones, actividades de autocuidado, productividad y ocio, además de adaptaciones del entorno y productos de apoyo.
- Facilitar información a organismos institucionales y soportes comunitarios sobre las medidas en el tratamiento de la ocupación y de las adaptaciones necesarias del entorno que se necesiten hacer.

Según el Libro blanco de terapia ocupacional en SESCOAM²⁶, si hacemos referencia a las competencias minuciosas del terapeuta ocupacional en la *Unidad de Salud Mental (USM)*, habría que mencionar las siguientes:

En la Unidad de Salud Mental, la terapia ocupacional dedica una tarea fundamental, sería la de favorecer el desarrollo de la recuperación y proporcionar el apoyo que requiere a través de la implicación en tareas ocupacionales a las personas tratadas desde la unidad y desde un punto de vista ambulatorio.

A terapia ocupacional se pueden derivar aquellos pacientes que estén siendo tratados en la Unidad de Salud Mental y

que muestren limitaciones en el desempeño de actividades ocupacionales (Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, actividades formativo-laborales, ocio e integración comunitaria), originado por los síntomas, desarrollo y transcurso de la enfermedad.

Una vez que se evalúa el caso, se proponen objetivos en aquellas áreas de participación donde el terapeuta posee aptitud para intervenir (hacer frente a cuestiones personales, ámbito formativo y laboral, AVDs, Ocio y tiempo libre, integración en la sociedad, recuperación vital y disminución de autoestigma) y se ponen en marcha las propuestas de intervenciones terapéuticas. De forma general las intervenciones desde este recurso van encaminadas a:

- Proveer a la persona de destrezas que se necesitan para que pueda desempeña socialmente diferentes roles.
- Preparar en habilidades instrumentales para conseguir un nivel alto de autonomía.
- Asesorar y adiestrar en destrezas de formación y laboral (rutinas de trabajo, destrezas cognitivas y de psicomotricidad, habilidades para relacionarse en la comunidad).
- Proporcionar información y asesoramiento a los familiares para que adquieran habilidades de relación idónea y así puedan ayudar a que su familiar afectado, favorezca y desarrolle habilidades adecuadas en actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales).
- Ofrecer apoyo, planificando actividades que sean útiles para organizar hábitos diarios, dando apoyo a la persona que lo requiera en el uso de los distintos recursos de la comunidad.
- Favorecer el ocio sano, ya sea cultural, artístico, lúdico y/o deportivo, como medio social para relacionarse con el entorno.

Una vez citadas las funciones más significativas a rasgos generales y específicos, cabría destacar los recursos donde interviene la figura del terapeuta ocupacional en salud mental y en las que se desempeñaría una secuencia similar en cuanto al proceso de intervención del terapeuta ocupacional, siendo los siguientes: (extraído del libro blanco de terapia ocupacional en salud mental).

Unidad de Salud Mental (USM)

Unidad de breve hospitalización

Unidad de media estancia

Hospital de día de Adultos (HDA)

Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)

Viviendas supervisadas

Residencia Comunitaria (RC)

Unidades de Larga estancia (ULEs)

Unidades Conductas Adictivas (UCAs)

Comunidad terapéutica (CT)

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USM-IJ)

Unidad de Breve hospitalización Infanto Juvenil

Trastornos de Comportamiento Alimentario

Haciendo hincapié en el tipo de programas a tener presente según la formación del terapeuta ocupacional, serían:

- Formación en Integración sensorial y musicoterapia.
- Formación comunitaria para llevarlos a cabo en talleres programados.
- Orientación ocupacional llevados a cabo talleres programados.
- Adaptación del entorno de trabajo
- Preparación y búsqueda de empleo
- Programas de restablecimiento de rutinas
- Grupos de proyectos de vida

Es relevante hacer mención a la importancia de trabajar con un equipo multidisciplinar y que en la literatura mencionan algunos autores.

- Empleo de una **visión holística** de la asistencia del paciente.
- Desarrollo de **intervenciones integradas**, y disminución o supresión de los servicios que aparezcan por partida doble.
- **Reducción de la segmentación** o vacíos en la asistencia.
- Toma de **soluciones con mayor prontitud** y más prevenidas para los programas de los pacientes.
- **Unificación** de metas individuales en una sola meta común.
- Aumento de transparencia en las metas y objetivos.
- **Mayor** comprensión y tolerancia hacia los demás.
- **Aumento de motivación** a la hora de trabajar en un equipo multidisciplinar.
- **Aumento en el compromiso y responsabilidad** hacia las tareas.
- **Solución** de dificultades Improbables de tantear y dar solución solucionar de forma particular.
- Utilización de la **variedad de ideas** dirigido a un desarrollo recíproco.
- **Favorecer resultados** por el aumento de la concordancia conseguida.

Descripción de actividades

Según la experiencia de la terapia ocupacional, existe un proceso importante para entender las necesidades que una actividad en concreto ansiada implica ser para un paciente y ese proceso es denominado análisis de la actividad.

Dicho análisis de la actividad maneja de las peticiones propias que implica una actividad, la variedad de destrezas

implicadas en su realización, y la variedad de expresiones instructivas que se le pueden aplicar (Crepeau, 2003, p. 192)²⁷. Una vez se finaliza el análisis de actividad y se describen las necesidades de una actividad concreta que el paciente desee y quiera realizar, es cuando se comparan y verifican las capacidades y destrezas determinadas del paciente con las necesidades de la actividad escogida.

El análisis de la actividad fundamentado en la ocupación, sitúa al paciente en un enfoque prioritario. Se tienen en consideración, preferencias, objetivos a conseguir, destrezas y entornos personales del paciente, además de las necesidades de la actividad como tal. Estas reflexiones establecen los valores del terapeuta para apoyar al paciente a lograr sus expectativas, debido a un transcurso de evaluación y actuación creado muy cuidadosamente. (Crepeau, 2003, p. 193)²⁵.

Analizar los ámbitos y entorno en los que la ejecución de ocupaciones acontece o se puede desempeñar, aporta la posibilidad de crearnos una imagen sobre el influjo invisible pero englobado en el transcurso de la intervención. El ambiente externo y el contexto, suministran recursos que favorecen o restringen el cometido del paciente (por ejemplo, el ancho de las puertas como parte del entorno físico que permiten acceso para una silla de ruedas, la presencia o ausencia de un cuidador como parte del entorno social, el acceso a una computadora para comunicarse con otros como parte del contexto virtual). Ambientes diferentes, como por ejemplo, la sociedad, las entidades institucionales, el domicilio, que proporcionan soporte y variados recursos para la asistencia de servicios, cómo la valoración de un menor en el medio hospitalario, si que estén hospital sin que estén delante su cuidador principal, implica efectos diferentes, a una evaluación llevada a cabo en el hogar con uno de sus padres con uno de los padres en el hogar.

El ambiente particular del paciente repercute en la asistencia de servicios alterando las convicciones individuales, apreciaciones y perspectivas. El marco cultural se halla en el interior de un pequeño grupo de personas que se relacionan ente sí, así como una unidad familiar o incluso dentro de grupos más grandes, ya sean habitantes de un país o comunidad étnica. Las perspectivas, ideologías y tradiciones de diferentes culturas pueden alterar la **identidad** y las preferencias de actividad de un paciente, por lo tanto es necesario que se tengan en cuenta al establecer de que manera y en que comento se pueden proporcionar los servicios.

El procedimiento de **intervención** se basa en favorecer la colaboración en la ocupación que tiene que con la salud mediante las medidas tomadas por los expertos de la terapia ocupacional en reciprocidad con el paciente. Los terapeutas ocupacionales usan los datos en relación al paciente adquirida en el transcurso de la evaluación y de los fundamentos de la teoría para encaminar las intervenciones enfocadas en la ocupación. La intervención se proporciona para apoyar al paciente a alcanzar una situación de satisfacción a nivel físico, psicológico y social, para determinar y conseguir propósitos; para cumplir aquellas necesidades; y para modificar o confrontar al contexto en el que se involucra.

La intervención está dirigida a favorecer un estado saludable.

El apoyo a la salud es el procedimiento de preparar a las personas a optimizar y a acrecentar la observación acerca de su estado de salud (OMS, 1986). Wilcock (2006)²⁸ describe continuar un enfoque de promoción de la salud del paciente dirigido a su bienestar enfocado en la ocupación engloba la convicción de que la extensión de las posibilidades de lo que las personas pueden realizar, ser y el esfuerzo que se toman por transformarse son la primordial inquietud, y que el resultado de esto. Un modo de vida ocupacional diverso e íntegro fortuitamente conservará y optimizará la salud y el bienestar si el modo de vida consiente a las personas ser ingeniosas y creativas, originales física, psicológica, y social. (p. 315)

En cuanto a los tipos de intervenciones, tendríamos dos tipos:

- **El uso terapéutico del Yo:** Es el uso programado de la personalidad, conciencia, apreciaciones y discernimiento del terapeuta ocupacional como fragmento del procedimiento terapéutico (adaptado de Punwar y Peloquin, 2000, p. 285)²⁹.
- **Uso terapéutico de las Ocupaciones y de las Actividades:** Ocupaciones y actividades escogidas para pacientes concretos que efectúan finalidades terapéuticas. El uso de las ocupaciones/actividades de manera terapéutica, los ambientes, las necesidades de la actividad y las particularidades del paciente, se tomarán en consideración para instaurar los objetivos terapéuticos con el paciente. El uso del servicio especializado, atribución de los fundamentos de descripción global y variaciones al entorno favorecen la destreza del paciente a intervenir en las cliente a participar e las ocupaciones.

Entre las actividades de Terapia Ocupacional a desarrollar en el medio de la intervención en grupo, se encuentran las siguientes:

- **Arteterapia/Laborterapia:** por medio de actividades que impliquen creatividad, se aumentan cualidades óptimas como la competencia de esforzarse, el afrontamiento al fracaso, la aptitud ante la espera, etc. O capacidades de psicomotricidad como la coordinación óculo-manual y viso-motora. Además, por medio de ésta variedad de actividades, el profesional de la terapia ocupacional trabaja objetivos pre-vocacionales, ayudando a los pacientes en la decisión de actividades apoyándoles a encontrar aspectos individuales apropiados y ajustados a sus capacidades ocupacionales con visión a un plan de formación y trabajo, en un futuro.
- **Socioterapia:** por medio del intercambio común de ideas, trabajos grupales (periódico, cine-fórum, etc.), se favorecen competencias de relaciones sociales tales como aprender a escuchar, respetar y esperar turno, , manifestar diferentes criterios, opiniones, construir juicios. Simultáneamente se puede trabajar puede trabajarse la autorregulación de las respuestas precipitadas impulsivas inapropiadas y de los comportamientos inadecuadas. El ver reflejado las respuestas individuales en los componentes del grupo, implica una relevante ocasión para entender,

conseguir y asumir tanto los obstáculos como las resistencias individuales, aumentando el conocimiento de sí mismo.

- **Terapias recreativas:** por medio de actividades recreativas mediante juegos didácticos y de relación, se les muestra a los pacientes diferentes maneras de de disfrute del ocio y se favorecen posturas más dinámicas y de participación. A la vez y cómo sucede con otros métodos, pueden entrenar aspectos como la memoria, atención y concentración, tolerancia a situaciones de frustración y fracaso, consideración a pautas o normas dadas y a los compañeros, etc.
- **Terapias basadas en el deporte:** Po medio de actividad física y de las diversas actividades que se pueden desempeñar relacionadas con el deporte, se pueden adiestrar multitud de variantes relevantes importantes para el tratamiento en problemas de adicción, que de forma directa estén estrechamente vinculadas al progreso físico del cuerpo del paciente o también estrechamente relacionado con el progreso de la fuerza muscular, perspectiva articular o vinculado o vinculado con perspectiva mental, como la conducción adecuada de las presiones, la colaboración y la conciencia de grupo, etc.
- **Métodos de psicomotricidad, métodos de relajación y de imaginación:** Con distintos métodos de psicomotricidad y de relajación, logramos un óptimo entendimiento y asimilación de la representación del esquema corporal y asimilación de la situación psicomotora que fomenta el estar o sentirse bien con uno mismo. Además con ejercicios de relajación e imaginación, se puede activar aspectos creativos y una apreciación de control interior.
- **Musicoterapia:** Es de gran aplicación para acompañar o suplementar a otras actividades y es de gran apoyo en la impresión e interpretación de emociones, concretamente cuando es dificultoso expresarlo con palabras y la descarga de presiones anímicas.

La actividad grupal desde la Terapia Ocupacional, podría clasificarse de la siguiente forma:

1. Grupos encaminados a la modificación del modo de vida.
 - 1.1. Grupo de iniciación de Terapia Ocupacional.
 - 1.2. Grupo de actividades de Terapia Ocupacional.
2. Grupos encaminados a la mejoría de habilidades y competencias.
 - 2.1. Grupo de relajamiento.
 - 2.2. Grupo de incentivación mental.
 - 2.3. Grupo de actividades de la vida diaria y competencias a nivel social.
 - 2.4. Grupos lectoescritura.
 - 2.5. Grupo de terapia a través del juego.
 - 2.6. Grupo de medios audiovisuales.

3. Grupos encaminados a la consecución de rutinas beneficiosas para la salud.

3.1. Grupo de actividades deportivas.

3.2. Grupos de ocio. Y tiempo libre.

4. Grupos de colaboración con gremios de personas concretos.

4.1. Grupo de habilidades provisoras para los planes de jóvenes.

4.2. Grupo de pacientes sin vivienda en peligro de rechazo de la sociedad.

5. Grupos de información, asesoramiento y recomendaciones a las familias.

5.1. Grupo para familias.

Los aspectos beneficiosos de la terapia ocupacional son diversos y alcanzaría tener lugar en la totalidad de las vertientes del dominio al que pertenece. La consecuencia general del desarrollo de mediación de terapia ocupacional es favorecer el estado salud y la intervención en la vida por medio de la responsabilidad con las ocupaciones. La evolución del paciente en su rendimiento ocupacional, la satisfacción distinguida, la eficacia de uno mismo, y sus destrezas son las consecuencias más preciadas. Una muestra, serías: Aquellos padres que sus hijos se beneficiaron de tratamiento de terapia ocupacional, pudieron percibir que podían concebir o comprender de manera distinta las actuaciones de sus hijos, por lo que poseían mejor apreciación de eficiencia sobre la manera en la que educaba a sus hijos (Cohn, 2001; Cohn, Miller, y Tickle-Degnan, 2000)³⁰. Las actuaciones planteadas por el personal que cuida de pacientes con enfermedad mental, optimizan el bienestar personal, ya sea para aquellos que se benefician del tratamiento como para el que se encarga de cuidar. El personal que cuida y que desempeñaron la actuación de intervenir comunicaron descenso del deterioro del desempeño ocupacional de los pacientes, además de necesitar menos ayuda, y optimizaron sus competencia y habilidades, eficacia de uno mismo, y en su buena satisfacción y felicidad. (Gitlin y Corcoran, 2005; Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce, y Hauck, 2001; Gitlin et al., 2003)³¹.

Intervención desde Terapia Ocupacional sobre las secuelas colaterales del tratamiento psiquiátrica

Hasta el momento se ha estado haciendo hincapié a la mediación de terapia ocupacional en personas que reciben tratamiento en el contexto de la salud mental, pero no se ha mencionado el estado en el que la persona en tratamiento se pueda encontrar, ya que normalmente suelen estar además bajo tratamiento farmacológico, que en muchos casos les afecta en su funcionamiento ocupacional diario.

La terapia ocupacional proporciona al paciente la oportunidad de habilitar al paciente en las competencias básicas, imprescindibles para alcanzar el funcionamiento óptimo.

Desde la práctica diaria se observa que los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica interfiere va nivel funcio-

nal en el función ocupacional de los usuarios de la unidades psiquiátricas.

Existe poca literatura referente a la actuación de terapia ocupacional sobre las limitaciones que producen los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.

Haciendo referencia al artículo propuesta de intervención desde terapia osobre los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica. 2009³², el cual expone la importancia del papel del terapeuta ocupacional en la actuación sobre éstos efectos, dónde el objetivo principal de la actuación del terapeuta ocupacional es el mantenimiento del rendimiento y la colaboración en ocupaciones, por medio de la evaluación, adaptabilidad, regularización y organización de la tarea y la intervención en el ambiente para favorecer sobre el entorno para facilitar la realización de la actividad.

Susan E. Tracy², durante su formación como enfermera en 1905 y al trabajar con pacientes hospitalizados, apreció la utilidad de la ocupación para aplacar estados de nerviosismo y posibilitar a estos pacientes aguantar la hospitalización. Ella vio la ocupación como una aliada farmacológica².

LA OCUPACIÓN COMO HERRAMIENTA O MEDIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Adolf Meyer², distinguido y apreciado por ser el procreador de la terapia ocupacional, difundió que la ocupación o actividad comprendida con significado, era primordial para poder actuar en salud mental. Al estimar que la terapia ocupacional se fundamenta en la actividad con sentido, los profesionales tienen la obligación de entender lo que es la persona en sí y su medio cultural, de esa manera se le concede esa consideración e importancia a cada actividad. Comprender lo que significa la ocupación y el modo en que la misma ocupación pueda adquirir un significado diferente para diferentes gremios culturales, demanda que los profesionales de la terapia ocupacional obtengan el discernimiento y la capacidad del aprecio ocupacional en un entorno cultivado.

Como asegura Kielhofner³⁴, la implicación de los seres humanos en actividades productivas, juegos y actividades lúdicas y actividades de la vida diaria, genera y mantiene cambios en las capacidades, creencias y disposiciones del individuo. De esta forma, el comportamiento ocupacional contribuye a la organización y desarrollo de las estructuras físicas y al desarrollo psicológico, afectivo y social. El paradigma inicial de la Terapia Ocupacional se centró en la ocupación, su papel en la vida y la salud en el ser humano y su potencial como herramienta terapéutica. El abordaje de ésta práctica se realizó, de manera preponderante, en términos de la motivación de las personas, el énfasis de la importancia de la ocupación como medio terapéutico (p. eje., artesanía, danza, música juegos, deporte y actividades laborales). Como resultado de éste paradigma inicial la terapia ocupacional se identificó a sí misma como una disciplina que aprecia la importancia de la ocupación en la vida del ser humano, que atiende los problemas relacionados con la interrupción de la ocupación y utiliza la ocupación como medida terapéutica³⁵.

La disciplina de terapia ocupacional emplea la palabra de ocupación para captar la condición y sentido de **actividad** diaria. La profesión está fundamentada en el entendimiento de que involucrarse con las ocupaciones planifica la vida diaria y coopera a la satisfacción de tener una buena salud. Los profesionales de la terapia ocupacional entienden que las ocupaciones son pluridimensionales y complicadas. La responsabilidad con la ocupación como el centro de la mediación de la terapia ocupacional incorpora por un lado la vertiente subjetiva (mental y emocional) y por otro la vertiente objetiva (visible físicamente) de las vertientes del desempeño. Los terapeutas ocupacionales entienden la unión comprenden el compromiso de esta global en integral criterio y encaminan o utilizan todas las vertiente del desempeño cuando ofrecen la mediación.

OCUPACIÓN Y SIGNIFICADO

En terapia ocupacional se entiende como Ocupación "aquel aspecto del interés del ser humano que da contestación a los menesteres básicos y esenciales de una persona, que le consienten efectuar con las demandas de la sociedad de su ambiente comunitario al que pertenece, también al trabajo y que por medio del mismo una persona se diferencia y se manifiesta, mostrando al emisario de la acción, y que se establece en una manera de ofrecer significado a la realidad, confeccionando y generando su identificación individual, comunitaria y cultural. La ocupación logra establecer un medio o manera de ofrecer significado, sentido a la realidad, insistiendo, así mismo, en estar bien psicológicamente y posiblemente, en las emociones de la persona"³³.

El concepto de Ocupación, progresa desde los diferentes modelos de referencia de la materia de terapia ocupacional, sin embargo la indagación de finalidad y sentido continua estando como hipótesis esencial. "cualquier ocupación del ser humano proviene de una inclinación natural, inherente del ser humano: la premura de exponer y apoderarse del entorno: la muestra se fundamenta en el supuesto de que la ocupación es una vertiente decisiva de la práctica del ser humano"³⁵.

La ciencia ocupacional, se considera una materia destinada a la ocupación, orienta la experiencia de la terapia ocupacional propagando la comprensión de la ocupación (Zemke y Clark, 1996)³⁶. Las ocupaciones se encuentran centralizadas en las características de identificación de la persona, (individuo, sociedad o comunidad y en su significado de actitudes y ofrece un sentido exclusivo y un aprecio para la persona.

En la bibliografía pueden aparecer diversidad de descripciones de ocupación que agregan un significado al mismo. Se ha descrito la ocupación como:

- Orientada a un propósito que se busca en el tiempo, posee un sentido para la para el quehacer y abarca variedad de actividades (Christiansen et al., 2005, p. 548)³⁷.
- Actividades diarias en las que se ven reflejadas las creencia de una cultura, proporciona organización en el día adía, y sentido a las personas; estas actividades tienen que ver con las demandas del ser humano de cuidado

de uno mismo, placer e involucración en la comunidad (Crepeau, Cohn, y Schell, 2003, p. 1031)³⁸.

- Actividades, que las personas en su vida cotidiana se implican para tomar posesión del tiempo y ofrecer un significado a su vida. Las ocupaciones abarcan destrezas y actitudes psicológicas y logra poseer o no, magnitudes de presencias visibles. (Hinojosa y Kramer, 1997, p. 865)³⁹.
- Actividades... de la vida cotidiana, denominadas, estructuradas y provistas de una importancia y sentido por las personas y la creencia cultural. Estar ocupado es aquello que las personas realizan de forma diaria, incluso observar más allá de ellos..., recrearse de la vida...y favorecer el aspecto social y financiero de sus colectivos (Law, Polatajko, Baptiste, y Townsend, 1997, p. 32)⁴⁰.
- Una vinculación activa entre una manera ocupacional, un individuo con una organización de una persona con una estructura de progreso exclusivo, intenciones y percepciones personales y el trabajo ocupacional consecuente (Nelson y Jepson-Thomas, 2003, p. 90)⁴¹.
- La realización de las tareas de diario alcanzan poder ser mencionadas en el vocabulario de cada civilización (Zemke y Clark, 1996, p. vii)⁴².

Es la ocupación, el concepto que emplea el terapeuta ocupacional para especificar el grupo de actividades que la las personas llevan a cabo en su día a día, introduciendo el autocuidado y cuidado de otros, trabajo, formación, juego e interacción con los demás. Se tiene en cuenta como una noción fundamental de la realidad de los seres humanos, grupos y colectivos. Se considera el dispositivo por el que los individuos se sostienen situados en la sociedad y despliegan sus competencias. A través de nuestras ocupaciones, los humanos fomentamos destrezas, entrenamos competencias, ejecutamos y nos adecuamos a las situaciones y a los distintas exigencias del entorno. A través de la ocupación decimos quiénes somos, frente al resto de personas y frente a uno mismo. Está estrechamente vinculado con un estado de salud óptimo, el desarrollo de Ocupaciones con significado y sentido.

Vinculación entre ocupación y salud

Se puede entender la ocupación, como el causante de crear resultados físicos y mentales en la persona⁴³. Reed y Sanderson⁴⁴ sugieren que la evolución ontogenética del ser humano, se encuentra directamente vinculado con la ocupación. Por lo que, la puesta en marcha de diferentes ocupaciones en el transcurso de la vida de una persona contribuye a la preparación a nivel sensorial, física y mental, al progreso social y emocional de la persona y a la formación de destrezas y competencias para su ambiente cultural. Puede ser La ocupación puede ser empleada de forma terapéutica la ocupación como un recurso o vehículo que fomenta la evolución, conservación y restablecimiento de las competencias, habilidades o facultades de una personas. La ocupación como procedimiento de terapéuticos en Salud Mental constituye distintas tratamiento que comprende la ocupación del ser humano como un recurso o vehículo que favorece el estado de salud, evita

patología y minusvalía y contribuye al buen funcionamiento y la discapacidad y favorece el bienestar mental y la implicación en la comunidad⁴⁵.

Los experimentados de terapia ocupacional admiten que el estado de salud es conseguida y sostenida siempre que los pacientes sean competentes de implicarse en ocupaciones y actividades que posibiliten la involucración anhelada o que se necesite en la vivienda, colegio, trabajo y en la sociedad. Por lo que los terapeutas ocupacionales se encuentran implicados, además de con la ocupación, también con las complicaciones de aspectos que refuerzan y posibilitan que el paciente se comprometa e intervenga en ocupaciones óptimas positivas que favorecen el estado de salud (Wilcock y Townsend, 2008)⁴⁶.

La disciplina, favorece las interrelaciones entre el paciente, el ambiente y las tareas ocupacionales con el propósito lograr que el paciente consiga la consecuencia anhelada que preserve su salud y su implicación en la vida. Los experimentados de la terapia ocupacional llevan a cabo, la parte teórica, la certeza científica, el discernimiento y las habilidades en relación al empleo terapéutico de las ocupaciones para impresionar óptimamente en la salud y el bienestar y complacencia en el contexto de la persona.

Se puede comprender de dos formas la ocupación: como método y como argumento.

Si lo concebimos como método o instrumento que va a guiar a lograr el objetivo de mejoría e adecuado estado orgánico y psicológico del individuo.

Si lo concebimos como argumento, la ocupación será argumento por sí mismo, dicho de otra manera, es una tarea recreativa o lúdica que se utiliza de esparcimiento para el individuo.

La ciencia ocupacional, nos facilita una progresión de fundamentos, que se tienen que tener muy actuales en la implicación de una ocupación como medio para conseguir estado saludable y confort en la comunidad.

En la ideología de la disciplina de la terapia ocupacional, en el transcurso del tiempo, ha ido cogiendo consistencia el concepto de salud comprendida como "modo de vida beneficioso para la salud", comprendidos como rutinas que tiene una consecuencia en nuestra salud. En otros términos, que una persona en concreto desempeñe una tarea (u ocupación) específica obtendrá una repercusión determinada sobre su estado de salud. Estas vertientes además también se recogerán por ciertos expertos de la psiquiatría y de la psicología, como pueden ser Clark, Meyer y Luis Simarro en España.

Así como corroboran Corregidor, Moralejo y Ávila (2004)⁴⁷, por medio de "lo que hacemos", de la totalidad de ocupaciones/actividades que un individuo dispone desempeñar en el transcurso de su vida, como profesión, hábitos del día a día (aseo, vestido, alimentación, actividades de ocio) alcanzamos acoplarnos gradualmente y controlar el contexto en el que nos encontramos sumergidos. De esta manera ofrecemos soluciones a nuestras demandas indispensables y también manifestamos nuestras convicciones, intereses y valores, constituyendo nuestra forma de ser, ya sea a nivel individual y/o comunitaria.

La participación de la persona en tareas de productividad, del quehacer diario y de ocio, se puede emplear de forma terapéutica para ralentizar el desgaste y preservar y/o recobrar, aquellas competencias y destrezas alteradas que detienen la autonomía en la realización de ocupaciones.

La ejecución de tareas de cuidado de uno mismo, tareas productivas, educativas, lúdicas y de ocio, proporciona a una persona implicarse como un componente que favorece a su contexto individual, cultural, económico y comunitario.

Por tanto, la ocupación establece una identidad que beneficia e impulsa la intervención y el integrar socialmente por medio de la obtención, conservación, mejoría o restablecimiento de la realización de actividades relacionadas al mantenimiento y cuidado de uno mismo, la formación, el trabajo productivo, lo lúdico y ocioso, incurriendo en el bienestar personal y de la salud.

Moruno (2002)⁴⁸ teniendo en consideración estas particularidades, ratifica que la ocupación se puede emplear como procedimiento terapéutico en tanto en cuanto:

- Fomenta la enseñanza y obtención de competencias y relacionadas al quehacer de tareas de mantenimiento y cuidado de uno mismo, formativas, de producción y de recreación.
- Desarrollar la implicación comunitaria, por medio de la variación y adaptabilidad de las ocupaciones que una persona realiza, o del contexto visible o comunitario en el que acontece esa realización de las ocupaciones.

Como bien Kielhofner (1995)⁴⁹, la participación de las personas en tareas de productividad del día a día, produce y conserva modificaciones en las convicciones y aptitudes de la persona. Así pues, la conducta en la ocupación, favorece a la planificación y progreso de las configuraciones orgánicas físicas y al progreso mental, emocional y comunitario.

La ocupación se puede utilizar de forma terapéutica, desde esta perspectiva, como un vehículo o instrumento que favorece la evolución, conservación, mantenimiento y restauración de las facultades, habilidades de una persona. Por tanto la ocupación se puede emplear como instrumento para la rehabilitación de la persona, en tanto en cuanto:

- Colabora al progreso al desarrollo formalizado de organización y competencias del cuerpo y de la mente, también de las interacciones con la comunidad, los sentimientos y los lazos emocionales.

El concepto de la ocupación como generadora que favorecer el estar bien psicológicamente y el estado saludable posibilita usarla para el:

- Desarrollo de modos de vida sana y de estilos de vida sana y previsión que aparezcan patologías físicas o mentales y los procesos deficitarios, como resultado.
- Desarrollo de la obtención, conservación y un óptimo estado corporal, mental y comunitario.

Características, competencias y objetivos del uso de la ocupación como procedimiento terapéutico (Extraído de Moruno, 2002).

CARACTERÍSTICAS	COMPETENCIAS	OBJETIVOS
Realización de la ocupación: la ocupación intrínsecamente como fin	Fomentar y favorecer la Implicación social por medio de la obtención, conservación o restablecimiento de la realización de tareas relacionadas con el mantenimiento y cuidado de uno mismo, la formación, productividad y tareas de esparcimiento.	Progreso formalizado de la conformación y quehaceres físicos, mentales, restablecimiento de la conformación y funciones físicas y mentales.
La ocupación como medio para el progreso y la restauración	Favorece el progreso y restablecimiento de las funciones de la configuración física y mentales, siempre y cuando en estas configuraciones se encuentran involucradas las ocupaciones que una persona desempeña.	Progreso formalizado de las configuraciones y quehaceres físicos y mentales. Restablecimiento de las configuraciones y quehaceres físicos y mentales.
La ocupación como generadora para la favorecer la salud y prevenir morbilidad	Impulsa el correcto mecanismo de las configuraciones y quehaceres físicos y el buen estado mental evitando la manifestación de morbilidades y de situaciones de déficit	Favorecer modos de vida sanos y evitar la manifestación de morbilidades corporales o mentales y de la discapacidad resultado de ellas Obtención, conservación y avance de la impresión individual del buen estado mental y social

Según Moruno y Romero (2004)⁵⁰, Al definir la disciplina de terapia ocupacional, cabe hacernos la pregunta de ¿qué vinculación existe entre salud y ocupación?

Si definimos el concepto de Salud, tendríamos que irnos a dos referentes a nivel mundial, cómo son la OMS y el CIF.

La SALUD, según la definición que la OMS⁵¹ hace del término, "es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

En la (CIF)⁵², se constituye que uno de sus objetivos primordiales es ofrecer un modelo conceptual para la especificación de lo que es la salud y los aspectos vinculados con la misma.

Po lo que de ésta manera, se puede entender la salud en modo óptimo, como la operatividad de las conformaciones y quehaceres somáticos, la competencia para fomentar tareas actividades y la probabilidad de implicación comunitaria de la persona. Igualmente se puede tener en cuenta en modo negativo, como imperfecciones en la operatividad de las conformaciones estructurales y quehaceres físicos, dificultades en la realización de tareas y limitaciones en la implicación como resultado de las restricciones en la realización.

La noción de salud al que se refiere, consiste en aventajar un planteamiento únicamente biomédico, tenido en cuenta que en la noción de salud se agregan tres vertientes intrínsecamente vinculados: la operatividad de la conformación estructural y mecanismos físicos y mentales; la competencia para realizar tareas y la implicación comunitaria.

En conclusión, según nuestro entendimiento, una complicación de salud influye tanto a las insuficiencias del cuerpo y a las modificaciones en la realización de tareas y además a las limitaciones en la implicación comunitarias de una persona.

Ya asentado el modelo conceptual de salud, se aprecia como se interrelaciona la ocupación con la salud y tal efec-

to, según las revisiones las difundidas en recientes años, se intentará simplificar la vinculación entre la ocupación y la salud de forma individual.

La ocupación puede ser entendida como un como causante que provoca que produce secuelas físicas y mentales en la persona.

Kielhofner en éste mismo sentido (1995)⁴⁹ afirma que la reiteración de conductas ocupacionales favorece a la planificación de las configuraciones estructurales corpóreas y psicológica del cuerpo humano.

Dicho de otra manera, la participa de las personas en distintas tareas produce y preserva modificaciones en las competencias, habilidades, convicciones y aptitudes de la persona.

Además la ocupación intrínsecamente se puede estimar como un ente que la persona habilita a él mismo, el ambiente o contexto. Desde éste enfoque, ya sean las ocupaciones que un individuo descubre y es apto para desempeñar, o las ocupaciones que ha realizado con anterioridad, establecen el nivel en el que esa persona es apta para en que ese individuo es capaz de ajustarse a diversas situaciones.

Por tanto, la realización de ocupaciones tal cual, se constituye en un dispositivo de adaptabilidad, a través por medio del cual, la persona complace, tanto sus carencias básicas, como las obligaciones en la comunidad a la que pertenece, beneficiando su adhesión e implicación eficaz en la estructura de la sociedad y de la cultura de la que forma parte y en consecuencia, estableciéndose en un dispositivo esencial en el tener un buen estado mental y social de la persona.

Ann Wilcock (1998)⁵³, deduce que desempeñar o implicarse en ocupaciones, ya sean individual o socialmente con significado, contribuye en tener un buen estado mental y en sociedad.

Por otro lado, se puede estimar la ocupación como un instrumento rehabilitador.

Se pueden diferenciar, desde ésta visión dos ideas de vinculaciones relaciones distintas, entre salud y ocupación.

- En tanto en cuanto que la ocupación puede establecerse en una manera de ofrecer coherencia a la realidad, cómo un modo simbólico de influir en el buen estado mental y puede que además en las creencias de la persona.
- En tanto en cuanto en que en el desempeño de una específica ocupación, en la que se encuentren involucradas unas habilidades, competencias concretas, puede emplearse como vehículo o instrumento para la conservación y restablecimiento de las conformaciones estructurales corpóreas y las funciones mentales.

Los propósitos de la disciplina de terapia ocupacional, al igual que otra profesión del contexto sanitario, serían:

- Promocionar la salud.
- Precaución de aparición de morbilidad y de discapacidad.
- Obtención, conservación, mejoría y restauración del desempeño funcional.
- Implicación e intervención en la comunidad.

Sin embargo, como se ha indicado, en terapia ocupacional tales objetivos globales se hostigan de un modo particular: usando como medio o entidad la ocupación.

Esto es así en tanto en cuanto en la ocupación se encuentra vinculada o puede colaborar a promocionar y conservar la salud, a la precaución de que aparezca morbilidad y discapacidad, al proceso, obtención, conservación, mejoría o restablecimiento del grado excelente de operatividad mental de las conformaciones estructurales corpóreas, además de autosuficiencia individual, la productividad y conseguir modos de vida de estilos de vida beneficiosos y a la implicación e involucración en la comunidad.

Intervención de la ocupación enfocada en la persona

Durante la participación de terapia ocupacional, se debe manifestar una consideración respetuosa hacia el individuo a tratar y un conocimiento de sus intereses, aspiraciones y convicciones como fragmento básico del procedimiento rehabilitador. El terapeuta ocupacional atiende y acata las demandas de la persona y favorece a aceptar elecciones anticipadamente fundamentadas. Es imprescindible la realización de una unión terapéutica como centro del procedimiento de mediación, donde el profesional de la terapia es apto para apoyar orientando, favoreciendo proporcionándole facilitándole la intervención. Facilitará una buena acogida de la intervención, un vínculo terapéutico realizado sobre los cimientos del respeto y la tolerancia de las particularidades del individuo.

Parte fundamental de la persona, es la ocupación, la cual es conveniente en el proceso de recuperación del individuo y es tenida en cuenta como factor significativo en la recuperación del individuo con algún trastorno mental.

La comprensión y la práctica de la ocupación como aspecto considerable de la salud y como método terapéutico para la patología mental guarda una extensa historia que contar. Es tenida en cuenta como áreas fundamentales en la rehabilitación de los individuos con alguna enfermedad mental grave⁵⁴ y parte imprescindible en la persona desde sus inicios.

Años de investigación y práctica, y la expansión de estudios respectivamente desde distintos contextos, concretamente desde la ciencia de la ocupación y la terapia ocupacional, manifiestan la significación que la terapia ocupacional posee en la evolución del ser humano.

El concepto de ocupación es el término que se utiliza para especificar las tareas que las personas desempeñan en su día a día, incorporando el autocuidado y el cuidado de otros, trabajar, formarse, juego, creatividad e interrelación con los demás. Es fundamental en la supervivencia de las personas, de los grupos y de las comunidades. Es el sistema por el que los seres vivos permanecen en la vida y fomentan sus posibilidades. Por medio de lo que efectuamos, los individuos fomentamos competencia, destrezas, entrenamos habilidades, nos interrelacionamos con los demás y nos amoldamos a las situaciones y a las distintas demandas del contexto. Es por medio de la ocupación que manifestamos lo que somos, en presencia de nosotros mismos y de los demás.

El que un individuo se implique en ocupaciones con significado, realice tareas de cuidado de uno mismo, de productividad, formativas, de ocio, al mismo tiempo que la conservación de competencias, favorece su interrelación en la sociedad, la inserción en la comunidad y la implicación como habitante, fomentando las relaciones en la sociedad y de la cultura; favorece la edificación de su personalidad, y fomenta su progreso e impresión de buen estado de satisfacción.

El hecho de que los individuos tengan un hábito diario ocupacional placentero significativo e importancia para ellos, organiza el tiempo y supone impresión de aspiración y orientación en la existencia.

Así como Wilcock⁵³ describe, el significado, el propósito y elegir libremente, son términos esenciales para el mérito en sí mismo, vida satisfactoria y estado del bienestar.

En resumen, se podría afirmar, que el intervenir en ocupaciones con significado y de colaborar en la sociedad, facilita el estar bien favorece el estar bien y en consecuencia, estado satisfactorio de salud del individuo.

El rol de la ocupación en el transcurso de la recuperación o restauración, es crucial. Si un individuo es excluido de cualquier tarea o actividad, por cualquier motivo, ya sea por enfermedad o ambiente social, su estado de salud mental o corporal, se pueden ver dañadas.

Existen diferentes investigaciones, que se han enfocado en la significación de la implicación del individuo con patología mental en ocupaciones de diario, concretamente las entendidas con significado, constituyendo su vinculación con la elaboración de la personalidad o identificación individual y comunitaria, con la sensación de estado

de bienestar, la impresión de habitual, de alcance y compromiso, la organización del tiempo, la elaboración de hábitos, y la relación con el resto de personas.

En diversidad de oportunidades descubrimos que el modo de vida de los individuos con alguna enfermedad mental, concretamente la esquizofrenia, está habitualmente sometido por pocas ocupaciones con significado del día a día, por una limitación permanente en diversas vertientes o áreas, como puedan ser trabajo, independencia en el día a día, intervención en actividades de la sociedad, desempeño interindividual, y por el uso de la mayor proporción del tiempo en tareas ociosas más relajadas o de desconexión. Todo esto se puede relacionar con una escasa armonía ocupacional, impresión disminuida de bienestar y calidad de vida y un agravamiento de su patología mental. En los términos de rehabilitación psicosocial se halla bastante demostración científica respecto a la significación del empleo de la ocupación y la realización de tareas del día a día como centro de organización para el progreso organizacional hacia el desarrollo de la recuperación.

Por tanto, es necesaria una actuación centrada en apoyarles a fomentar ocupaciones con significado, entender lo que perciben las personas con patología mental, como significativo y principal y que le da significado a sus vidas, concretamente para comprender sus aspectos prioritarios y reconocer los elementos significativos para su restablecimiento y, en este ambiente, observar la contribución que la realización de ocupaciones con sentido posee.

Si nos centramos en el punto de vista de la ocupación como procedimiento terapéutico y de mediación, la ocupación se puede centrar desde una variedad de variantes; intrínsecamente como fin, también medio para el progreso y restablecimiento, como ente para la salud y la precaución de prevenir la morbilidad. Estas variantes se ejecutan por medio de usar distintas actuaciones, procedimientos y técnicas.

Todavía se precisa de bastantes estudios de investigación que sostenga la certeza científica de la eficacia de programaciones enfocados en la ocupación, pero los estudios publicados, desarrollados hasta el momento, y la práctica desempeñada durante años atrás, de varias décadas, indica que éste es un factor significativo en el restablecimiento de los individuos con patología mental.

Recientes estudios de investigación, lo sostienen. Cardoso et al.⁵⁵. Llevaron a cabo una investigación revisada y aleatoria con 26 individuos con esquizofrenia refractaria con antipsicóticos en un programa ambulatorio.

En el mismo mezclaron el tratamiento medicamentoso con un programa de terapia ocupacional tanto individual como grupal, durante un semestre. Las conclusiones alcanzadas, no son muy decisivas, ya que existe cierta insuficiencia de este formato de estudios y la proporción de la muestra, demostraron su validez acerca de la realización de ocupaciones y los vínculos entre personas, desde el cuarto mes, en concreto.

Legault y Rebeiro⁵⁶, a través de una investigación de carácter cualitativo de caso único, llegaron a la conclusión de que por medio de tener posibilidad de elegir y ocasión para intervenir en ocupaciones con significado, pacientes con es-

quizofrenia optimizaban la impresión de estar bien, el significado de éxito personal, y aminoraban principalmente las dificultades descubiertas para la cooperación.

Goldberg et al.⁵⁷ desarrollaron una investigación con 32 individuos asistidos en proyectos de salud mental comunitaria, y descubrieron paralelismo entre la realización de ocupaciones con significado con aumento de mejor calidad de vida y bienestar.

Dunn et al.⁵⁸ estudiaron a 23 individuos con trastorno mental grave, la sensación que ellos tenían sobre el trabajo y las secuelas en su restablecimiento. Detectaron diferentes aspectos favorables, en concreto, el valor personal que pueda tener el trabajo y como puede llegar a ser generador de la restauración.

Estas investigaciones, significan un ejemplo de la manifestación que posee la ocupación como vertiente significativa en la restauración de individuos con trastorno mental grave que eso, enlazado con la realidad del día a día, nos lleva a un ámbito científicamente evidenciado y que va en aumento.

La intervención en distintas ocupaciones en el día a día, es necesaria para la identificación, el desarrollo individual, el buen estado de salud. La ocupación estructura la conducta humana, involucra manifestaciones de las características personales, además del vínculo con la comunidad y el buen uso del tiempo, organizándolo en rutinas. Por tanto, por medio de las ocupaciones los seres humanos contribuyen en su salud y en estar bien.

Éste enfoque del individuo como ejecutante apto de ocupaciones y actividades, es fundamental para la rehabilitación psicosocial y la interacción en la comunidad⁵⁹.

Se le ha estado dando relevancia al concepto de ocupación, como herramienta de intervención en la Terapia Ocupacional, dicho concepto además se incluye en el paradigma de Rehabilitación Psicosocial y que tanto se utiliza en el ámbito de la salud mental, como método de intervención y se intuye que existe un estrecho vínculo entre los conceptos de terapia ocupacional, salud mental, ocupación, rehabilitación psicosocial y proceso de recuperación.

MODELO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL

La intervención psicosocial en el contexto de la recuperación⁵⁹ cubre un amplio ámbito relacionado a las dificultades psicosociales⁶⁰. Las dificultades psicosociales asistidos por éste tipo de intervención manifiestan magnitudes superiores que las planteadas por el quehacer psicológico, al ser dificultades súper personales con distinguidos orígenes en la comunidad manifestados en el contexto de la psicología⁶¹.

La concepción de los términos de rehabilitación psicosocial tiene sus raíces en diferentes y diversos progresos de la profesión en el transcurso de la historia, como es el caso de la terapia moral, los programas terapéuticos vocacionales, la salud mental, social y los métodos de adiestra-

miento de destrezas, según Sandoval⁶². En la IV Conferencia de Switzer se dio una definición para la rehabilitación psicosocial como un desarrollo que pretende optimizar el bienestar de estos individuos, apoyándoles a admitir los compromisos y deberes de sus particulares vidas y a interactuar en la sociedad tan energéticamente como se permita⁶³. En esta línea, los programas están pensados para acentuar las competencias que muestra dificultades y para fomentar los soportes de ambiente que se necesitan para que permanezca en su medio o ambiente.

Cuando se realiza una inclusión de personas en la vertiente social y comunitaria, es cuando la rehabilitación alcanzaría su verdadera importancia. De ahí, que pueda formar parte en su medio comunitario desempeñando sus derechos como ciudadano, implicándose en un medio comunitario en la misma proporción que los demás individuos que conviven en el mismo. Todo esto conlleva el uso de los medios sociales a los que alcanzan gran cantidad de personas de la gente para cumplir sus demandas en distintas vertientes⁶³.

Partiendo de la orientación comunitaria, Martínez⁶⁴ plantea un prototipo para el estudio y la mediación con sujetos que demandan por los obstáculos que experimentan en la inclusión en la comunidad. Desde la noción integración sociocomunitaria, incluye una serie de actuaciones que dinamiza medios en el individuo y en los mecanismos de intervención, estructurando la forma de vivir de la persona (comunidad) y los recursos institucionales que pueden colaborar a optimizar su situación en la comunidad.

En el análisis de intervención, plantea cuatro vertientes primordiales a tener en cuenta:

- a. Las competencias de los individuos para la integración en la sociedad.
- b. La competencia de los procedimientos de la comunidad para la integración de los individuos.
- c. La competencia de los recursos institucionales para la integración de los individuos.
- d. La competencia de los individuos para la integración comunitaria. Según cada individuo, ámbito determinado de intervención o comunidad, la manera de intervenir ha de enfocarse progreso o fomento de competencias en uno o más vertientes señaladas.

Este mismo autor, (2006, 2015) establece que el reto en las actuaciones es provocar una "autonomía anclada", lo que pretende es que los recursos institucionales, se suministren de medios de calidad, completando los medios de las personas y de la sociedad donde pertenece, al mismo tiempo a la vez que fortalecen capacidades que den seguridad a la autonomía de los individuos que se involucran en la rehabilitación, en relación a los componentes mediadores con los que se han relacionado.

Los profesionales entienden la intervención psicosocial es entendida por los como un planteamiento que indaga sobre la integración de los seres humanos en su ámbito originario y para lo que se necesita intervenir en distintas escalas para solucionar insuficiencias y fomentar la adaptación para ser autónomo. La intervención individual es el medio cen-

tralizador para tales intervenciones, y los profesionales a nivel multidisciplinar, debe ser apto para organizar estas intervenciones en la duración de todo el tratamiento para alcanzar un proceso satisfactorio. En su totalidad, la intervención, podría favorecer la capacitación o empoderamiento de los seres humanos⁵⁴.

Las actuaciones psicosociales abarcan una variedad de pautas dirigidas a aminorar la debilidad del sujeto, en caso de circunstancias estresantes, favorecer el transcurso de la recuperación, fortalecer su adaptabilidad y su desempeño en el ámbito familiar, comunitario, formación y laboral, además de como a acrecentar sus medios y poder enfrentarse a las adversidades sus recursos para hacer frente a situaciones complejas y presiones personales. Igualmente pueden propiciar También pueden favorecer el estudio o variación de modos perceptibles o dispositivos de protección. Dichas actuaciones pueden incurrir en ámbitos como la previsión de reincidencias, la consecución de destrezas en la comunidad, y el desempeño en la comunidad y en el trabajo⁶⁵.

Debe plasmar una función terapéutica, el contexto de la asistencia que se le proporciona a los pacientes, o sea, ha de estar enfocado a potenciar la modificación en el desempeño psicológico, de conducta y en cuanto a relacionarse con el medio, con el objetivo de fomentar la habilidad de vivir de forma más saludable.

En estos últimos años, se ha avanzado en nuevos enfoques, para entender el tratamiento y la evolución de alteraciones mentales graves, manifestadas en la noción de Recuperación (recovery). Es decir, hace referencia al desarrollo de recuperación de la patología y que se entiende como recuperación del desempeño de su autonomía y de inserción en la comunidad, y no solamente como el equilibrio o estabilización de la sintomatología.

El término de recuperación, además hace referencia a la capacidad de la persona del uso de cómo lleva la enfermedad y como resultado, el rol de estar papel del afectado en lo que respecta a todo el transcurso (*empowerment*). Por lo que, al mismo tiempo requiere la reorganización de los mecanismos de apoyo y la ejecución de dificultades para suprimir los obstáculos de discriminación.

La aparición de la intervención psicosocial es muy extenso y engloba distintas variantes de actuaciones que con frecuencia se incorporan en un proceso continuo de asistencia, lo que obstaculiza la determinación entre ellas. Con el propósito de facilitar su presentación, se han fragmentado las diversas actuaciones de intervención psicosocial en las secciones que a continuación se exponen:

1. Terapia cognitivo-conductual
2. Psicoterapia de apoyo
3. Terapia Psicodinámica
4. Intervenciones psicoeducativas
5. Actuaciones de intervención con la familia
6. Estimulación cognitiva
7. Adiestramiento en habilidades de socialización

8. Adiestramiento en actividades de la vida diaria
9. Entrenamiento en actividades de expresión como musicoterapia o arteterapia.
10. Fomento de la empleabilidad
11. Apoyo para facilitar posibilidades de una vivienda

La Asociación Española de Neuropsiquiatría⁶⁶, refiere que la rehabilitación psicosocial es una agrupación de actuaciones y medios con el objetivo primordial de favorecer al paciente con enfermedad mental a recobrar recuperar u obtener las competencias y destrezas precisas para el desempeño de la vida en el día a día en la sociedad de forma autónoma y adecuada, además de la realización y buen uso de las distintas funciones en la sociedad y solicitudes de la propia vida como el trabajo, relacionarse, etc.

La rehabilitación psicosocial es un modo de comprender la asistencia a los seres humanos que se encuentran afectados por una patología mental y que comprende tanto un grupo de actuaciones concretos como cadena de medios enfocados a facilitar unas óptimas condiciones de vida lo más normales y autónomos a ser posible.

Desde hace aproximadamente escaso tiempo, este tipo de cuidados y además centrado en la comunidad, que ha comenzado a consolidarse y desde que comenzó la psiquiatría a desinstitucionalizarse. Ha condicionado una variación al completo íntegra, atravesando de un ambiente de atención centrado en el ingreso interno a otro que sería el comunitario internamiento y de unos cuidados puramente de asistencia y sanitaria a unos cuidados integrales dónde se tienen en consideración todas las dificultades carencias del ser humano.

La salud mental, es considerada una de las áreas más exigentes de la disciplina de terapia ocupacional, en sus comienzos y dado la escasa experiencia, los originarios en embarcarse en dicha área, se pondrán al frente al impedimento que supone la sociedad y a la exclusión hacia la persona con patología mental y que resulta todo un desafío a superar. Por suerte después profundizar en el trabajo estructurado y unido a los profesionales que prestan su asistencia, los pacientes y teniendo conocimiento profundo de cada uno de ellos su diagnóstico, sus competencias, el nexo o no con la vida real y las alteraciones de la misma, además de de cada situación particular de cada uno, es cuando uno se encuentra poco a poco más adaptado profesionalmente dando lo que sabemos hacer solamente los terapeutas ocupacionales, capacitar y proporcionar rehabilitación a los individuos administrando una programa rehabilitador fundamentado en el adecuado uso de cada tarea anticipadamente estudiada y analizada con el objetivo de lograr el óptimo grado de independencia en función a las competencias personales para conseguir una óptima calidad de vida en el ámbito, laboral y psicosocial, etc.⁶⁷

La definición que propone la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)⁶⁸ sobre rehabilitación psicosocial, sería la siguiente:

"La rehabilitación psicosocial se define como una transformación que tiene un objetivo general y que es apoyar

a los seres humanos con alguna dificultad psíquica a reinsertarse en la sociedad y a optimizar sus funciones psicosociales de forma que les posibilite permanecer en su ambiente comunitario en una situación lo más estables y autónoma factible"⁶⁹.

La actuación de la terapia ocupacional en intervención física, donde el paciente suele recibir el alta una vez que ha desempeñado mejorías en su situación, existe diferencia con respecto a la parcela mental, ya que en éste área de la terapia ocupacional nos encontraremos con individuos crónico, por lo que en un tanto por ciento elevado de casos, muestran mayor empeoramiento que restablecimiento concretamente posterior a una crisis y en escasos casos se van a observar un restablecimiento final de su discapacidad. Asimismo si se revisan las estadísticas, se percibe que la tasa de mortalidad en personas con enfermedades mentales es 10 o 20 veces por encima a la de personas con otras detecciones y ello se debe entre otras causas a las características de vida que normalmente incluye ser fumador de tabaco y que suele derivar en patologías pulmonares, obesidad, mayor índice de suicidios, hipertensión, etc, también se ha de considerar que estas personas están sujetas a os largos de tratamiento medicamentoso que derivan en multitud de efectos colaterales.

Por lo que los desafíos son varios y aunque cada individuo ha de ser tratado de manera muy concreta y personalizada, se debe de estructurar nuestra intervención de evaluación y tratamiento centrándonos en apoyar a aceptar a la persona a responsabilizarse de su vida, a equilibrar los obstáculos psicosociales y de inserción a los que están sujetos, ofrecer independencia en todo lo posible en sus actividades de la vida diaria dedicando acompañamiento y sostén en todos los contextos, pero lo que más importante se considera es reducir el peligro de institucionalización y fomentar la nueva posibilidad de empleo⁶⁷.

El terapeuta ocupacional interviene en los diferentes recursos de atención sociosanitaria y social, de los cuales podríamos enumerarlos a continuación:

1. Centro de terapia psicosocial
2. Personal de soporte sociocomunitaria
3. Personal de enseñanza y soporte laboral
4. Opciones de vivienda residencial comunitaria
5. Programas de esparcimiento y recreación.

En todos estos recursos citados, el Terapeuta ocupacional desempeña una serie de funciones y que a groso modo serían las siguientes:

- Funciones de evaluación, tanto de la persona, cómo del entorno
- Funciones de Intervención

Se desempeñan funciones basadas en estrategias de rehabilitación psicosocial, dónde el terapeuta ocupacional se encarga de disminuir las limitaciones y aumentar las oportunidades de participación social. En definitiva de

ejercer un poder de empoderamiento hacia la persona vulnerable.

TERAPIA OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DESDE EL MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)

Uniendo los términos vigentes de rehabilitación psicosocial con el modo de comprender al ser humano afecto por una alteración mental, con el modelo de ocupación humana, habría que definirlo de ésta manera⁷⁰:

"Es el transcurso de transformación de una alteración en las ocupaciones en el desarrollo del día a día de la persona afectada de la alteración mental en dirección al quehacer ocupacional en su ámbito social dentro de su entorno comunitario, en una cultura preestablecida."

El concepto varía la manera de ver la rehabilitación psicosocial para la vertiente evolutiva fundamental de un ser humano con discapacidad mental apoyándose en sus posibilidades como ser humano OCUPADO dónde habita normalmente y tomando en consideración cultura, valores e intereses.

Investigaciones que evidencian la efectividad de la actuación de la Terapia Ocupacional

Buchain,P.C; Vizzotto,A.D; Henna Neto,J; Elkis,H⁷¹ desempeñaron una investigación en la que se parte del enfoque verificado de la conjugación de psicoterapia, medicamentos, terapia familiar y terapia ocupacional como un óptimo enfoque para las personas con alguna afección mental. Se cotejó la validez entre dos grupos de personas con esquizofrenia persistentes al tratamiento, uno tomó únicamente clozapina y otra persona clozapina y terapia ocupacional. Se verificó óptima eficacia en el grupo de terapia ocupacional y clozapina.

Valencia CM⁷² analizó la efectividad de un plan de actuación psicosocial para personas con esquizofrenia crónica, verificó que consiguieron un efecto estadístico muy relevante en el conjunto de pacientes que percibió tratamiento de terapia ocupacional y adiestramiento en habilidades en la comunidad, entrenamiento económico, rol en el matrimonio y roles extra matrimoniales, interrelaciones con la familia. El otro grupo sólo percibió tratamiento antipsicótico.

En terapia ocupacional existe un supuesto global que revitaliza su maestría, en la convicción de que las personas demandan y perciben un de manera significativa la realización de las actividades de la vida diaria. Por lo tanto la terapia ocupacional implica es establecimiento de dar un sentido por medio de la ocupación.

La terapia ocupacional como maestría puede contribuir a la organización interior de una persona en función del manejo acerca de lo que significan las actividades para las personas usuarias de los servicios de sanitarios. Romero y Molina⁷³, muestran los aspectos científicos del modelo de la ocupación humana: Teoría de sistemas, ecología humana, psicología cognitiva y humanista. Instauran la ocupación cómo el motivo de investigación. La adecuación al medio,

es el comienzo de la transformación. El comienzo de la transformación del cambio es la adaptación al medio. El constante de función/ disfunción tiene que ver con sentido que le proporciona el usuario/cliente a la ocupación, en función de la valoración e importancia de las adecuaciones, el interés como el impulso de la adecuación y el contexto material y social.

Seguidamente se especifican los contextos de actuación de la terapia psicosocial⁷⁴, a continuación los fundamentos de actuación de la Terapia Ocupacional a través del modelo de la Ocupación Humana⁷⁵ y para finalizar un planteamiento orientativo de actuaciones para un futuro.

a) Mejoría de las intervenciones psicosociales

1. Cuidado de uno mismo
2. Actividades psicomotrices
3. Actividades de la vida diaria
4. Psicoeducación
5. Manejo del estrés
6. Déficit cognoscitivos
7. Habilidades sociales
8. Ocio y tiempo libre
9. Inserción laboral

b) Asesoramiento y soporte comunitario

10. Actividades de apoyo y soporte social
11. Integración comunitaria
12. Continuación comunitaria

c) Actuaciones con la familia

13. Orientación y soporte a la familia.
14. Plan establecido y en grupo, de psicoeducación y de orientación en la comunidad y adiestramiento para abordar diversas situaciones.
15. Asociaciones o grupo de soporte

d) Actuaciones en el contexto comunitario

16. Organización coordinada con recursos de la comunidad.
17. Fomento y soporte de redes sociales.
18. Asistencia en residencias.
19. Plan de continuidad o "case management".

La terapia ocupacional del presente, vista desde el **Modelo de la Ocupación Humana**

A) Progreso en la ejecución de la ocupación

1. Planificación de rutinas.
2. Actuaciones en el día a día.

3. Intereses, valores y metas.
4. Apreciación de habilidades y asumir responsabilidades.
5. Repercusiones ambientales.

B) Productividad

6. Papel del trabajador:
 - a. Contexto personal: valoración particular de competencias y dificultades, perspectivas de logros en lo laboral, acogimiento de obligaciones o compromisos.
 - b. Valores: obligaciones, metas.
 - c. Intereses: satisfacciones y beneficios.
 - d. Roles: identidad personal, impresión de posibilidades, predominio de otros roles.
 - e. Hábitos: profesionales, adecuación de hábitos para disminuir obstáculos.
 - f. Ambiente: profesional, colegas de profesión, familia.

C) Ocio y tiempo libre

7. Contexto individual: competencias particulares y dificultades, perspectivas, admitir cuando se pierde en el juego.
8. Valores: obligaciones y metas.
9. Intereses: placer y disfrute.
10. Roles: Identidad como jugador, perspectivas, apreciadas, predominio de otros juegos.
11. Hábitos: de ocio, costumbres y adecuación de hábitos.
12. Ambiente: sitio, colegas de juegos, componentes de ocio, reglas, ejecución de ocupaciones.

Cada vez más los terapeutas ocupacionales deben demostrar la evidencia⁷⁶ de que su trabajo marca una diferencia en el restablecimiento de las personas⁷⁷ y de que hay una base teórica y ética que marca su práctica clínica⁷⁸⁻⁷⁹. Ha sido ampliamente probado el Modelo de Ocupación Humana y tiene evidencia que los respalda⁸⁰⁻⁸¹. En años anteriores, ha existido un aumento especial del interés por implantar éste modelo para proporcionar unas vías de atención consistentes en las asistencias de terapia ocupacional⁸². El ejemplo más señalado es el United Kingdom Centre for Outcomes Research and Education (UKCORE)⁸³. Esta organización situada en Reino Unido, fomenta el uso del Modelo de Ocupación Humana y sus herramientas entre sus terapeutas ocupacionales para proporcionar un servicio más efectivo, enfocado en la ocupación y basado en evidencia científica⁸⁴. Sin embargo hay estudios que demuestran que los terapeutas se sienten incómodos cuando están obligados a usar un modelo impuesto por su centro de trabajo⁸⁵. Además, el terapeuta ocupacional, posee la obligación de buscar la evidencia sin aceptar simplemente las suposiciones teóricas⁸⁶, así que es fundamental llevar a cabo esta revisión sistemática.

Uno de los modelos originarios que aparecieron para guiar al terapeuta ocupacional en la práctica⁸², fue el Modelo de

Ocupación Humana y existen estudios que evidencian que es uno de los modelos centrados en la ocupación humana más usados internacionalmente⁸⁷.

TERAPIA OCUPACIONAL Y RECUPERACIÓN EN LA SALUD MENTAL

Un vehículo fundamental en el restablecimiento de los pacientes, es la terapia ocupacional, para que consigan involucrarse y así poder desempeñar su día a día de la forma más normal posible⁸⁸, con autonomía y una adecuada calidad de vida. Tal y como señala Gómez⁸⁹, para la estructuración de la actuación en salud mental, se deben considerar algunas preguntas fundamentadas en el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner referidas a la identidad y competencia laboral. En definitiva, por medio de la utilización de distintas terapias, se puede intervenir en diferentes vertientes ocupacionales de la vida de pacientes con alguna alteración mental. La conjugación que resulta de la medicación, unido a tratamientos psicológico, puede ser la opción que más óptimas consecuencias propicios producen para prevenir reincidencias y progresos relevantes en relación a la variedad de síntomas que se derivan de la alteración bipolar, disminuyendo de esta manera los ingresos hospitalarios y reincidencia en pacientes con alteración bipolar.

En salud mental, la aplicación del Modelo de la Recuperación, está basado en un enfoque holístico, caracterizado por el calor humano y la empatía, valores centrales del mismo. De ahí que, las enfermeras deben liderar este movimiento conjuntamente con los pacientes y sus familiares.

El uso de éste modelo, ofrece a los pacientes con alguna patología mental la oportunidad, de permanecer realmente implicados en su rehabilitación y de poder elegir de manera considerada acerca de tu tratamiento, medicamentos e ingreso hospitalario. Además potencia el cuidado de sí mismo.

El restablecimiento o recuperación de la persona, hace referencia a las maneras en que un individuo gestiona una dificultad de salud mental intentando restablecer o progresar una significación de propiedad y un significado óptimo de identificación autónomo de dicha dificultad. El restablecimiento o recuperación es una situación de modificaciones a través del cual las personas optimizan un estado saludable salud, y manejan su vida con autonomía y trabajan para así lograr su potencial más óptimo. La asistencia enfocada hacia el restablecimiento o recuperación, es a lo que los responsables del tratamiento y de la terapia en salud mental, dedican para favorecer el gran trabajo de restablecimiento del paciente crónico.

El fomento del buen estado de salud a través del cuidado de sí mismo e intervenir precozmente, ya sea de forma física como mental, es un aspecto fundamental de la misma. La asistencia enfocada al restablecimiento o recuperación, exige que los pacientes en situación de mejoría o recuperación se involucren en todas las vertientes y estadios del proceso de la asistencia.

El modelo de la recuperación se aparta de la enfermedad y se aproxima al estado de salud, solidez, resistencia y al

vínculo de apoyo del equipo multidisciplinar con respecto al usuario dejando apartado el patrón especialista - usuario. Por este motivo, la asistencia centrada en el restablecimiento o recuperación de la persona, se respalda ya sea en las características individuales del equipo de profesionales, así como en sus estudios y posibilita el progreso de competencias tales como la confianza, el ingenio, la atención, ponerse en el lugar de los demás, la creatividad, la autenticidad, la fortaleza, resistencia y la capacidad de adaptación.

Los elementos primordiales del desarrollo del restablecimiento o recuperación, relevantes para Andresen, Oades & Caputi, serían:

1. Hallar ilusión y conservarla, aceptarse así mismo, autocontrolarse y ser positivo mirando a tiempos futuros.
2. Recuperación de una identificación óptima, es decir hallar una renovada identificación que tenga en cuenta la patología, aunque manteniendo un significado óptimo propio.
3. Confeccionar una vida que tenga significado, entendiendo la patología, hallar un significado aunque esté la patología, en definitiva centrarse en vivir.
4. Acepta compromiso y dominio de la patología, percien-do que de domina la patología y se controla la vida.

La perspectiva del restablecimiento o recuperación "recovery" en el contexto de la salud mental implica una postura valiente por situar al paciente diagnosticado con un contratiempo de salud mental como auténtico actor principal de su desarrollo terapéutico y del desarrollo como persona.

En esta perspectiva, la idea de restablecimiento o recuperación, no se refiere a la simple recuperación sintomatológica, que sería equivalente a curación, o de retomar la postura previa al contratiempo de salud mental. Esta perspectiva pone la relevancia en la manera en que el individuo hace frente a su vida y no se centra en sintomatología o la propia patología. Se instruye a que el individuo optimice su competencia de poder vivir satisfactoriamente, con respecto a sus valores, intereses, objetivos y medios posibles, incluso si persistiera la sintomatología de su dificultad de salud mental.

El proceso de restablecimiento o recuperación es definido como un transcurso "sumamente particular" y exclusivo que considera el progreso de un reciente concepto y motivo en la existencia por encima de las consecuencias desfavorables los efectos negativos del inconveniente que conlleva la salud mental. Consiste en un desarrollo persistente, que se basa en alcanzar o recobrar diversas variantes del día a día de los individuos, que se hayan podido extraviar a consecuencia que derivan del trastorno mental.

Indica recobrar la autogestión de su vida. Lo que implica detectar un significado óptimo de él mismo, admitir enfrentarse a la vida real de cualquiera que sea el inconveniente o inhabilidad constante, hallar sentido en los propios hábitos, solventar dificultades individuales, comunitarios o de interacción con las personas, que pueden colaborar a hacer frente a los contratiempos vinculados con el trastorno mental.

En el origen de la recuperación se encuentran una serie de valores acerca del derecho de un ser humano a desarrollar por él mismo una vida con significado, con la constante disposición o no, de indicios de una patología de un trastorno mental. El restablecimiento se fundamenta en las nociones de autodeterminación y control de sí mismo. Resalta la significación de la creencia para conservar la incentivación y sostener las perspectivas de una vida completa (Shepperd et al, 2008)⁹¹.

Según Díaz F⁹², las premisas del paradigma Recovery son las perturbaciones por el individuo, tomar decisiones, el acompañar y la creencia. Conseguir avivar en los paciente la creencia de la transición.

También manifestó que se puede establecer el Recovery en el conjunto de la salud y la sociedad con grupos de trabajo adaptables, uso de redes sociales, prototipos sociales y de salud mental óptimos, guías y precursores de la transformación dirigida a una cultura comunitaria de inclusión y disponibilidad a actuar con pacientes experimentados. En esta dirección, el reto para el sistema sanitario es "la modificación de las atenciones y procedimientos para conseguir respuestas de restablecimiento o recuperación".

El restablecimiento de la persona o recuperación es una concepción que se refiere al desarrollo del mismo, conforme el cual un ser humano puede llevar a cabo una vida de forma satisfactoria, con ilusiones y creencias de vida, con compromiso a la hora de tomar decisiones y con aptitud para cooperar en la comunidad aún por la patología mental de la persona.

Incorporar la visión del restablecimiento o recuperación en las propuestas programadas de rehabilitación supone modificaciones: modificaciones en la planificación de las instalaciones, en las particularidades del trabajo diario del equipo multidisciplinar, modificaciones en el vínculo profesional-paciente y en el vínculo del paciente con él mismo.

En éste trabajo, por tanto se plantea, la necesidad de interpolar la praxis en el ámbito de la salud mental, comprendiendo que el punto de vista del restablecimiento o recuperación no es inseparable a las distintas asistencias de rehabilitación con aquellos que puede o no incorporarse, si bien un proceder y una forma de trabajar que se debe mantener dinámicamente.

El hecho de haberse incorporado la concepción de recuperación a las distintas asistencias de salud mental⁹³ supone en ellos modificar el núcleo de asistencia de las señales de la patología a las competencias de los usuarios para así aumentar la confianza en sí mismo, el sentido, la autonomía, el empoderamiento, la creencia e ilusión y el significado de vivir. La facilitación de dichos componentes y con los mismos el restablecimiento o recuperación, a través de intervención activa del propio paciente se posiciona en el quehacer ocupacional, favoreciendo ser pudiendo ser este el impulsor de tal facilitación desde la praxis enfocada en el usuario. La meta global es posicionar el quehacer ocupacional como susceptible de variación en el restablecimiento o recuperación de los usuarios con patología mental.

CONCLUSIONES

Existen estudios que hacen referencia al concepto de Ocupación como medio o herramienta del Terapeuta Ocupacional para intervenir en los procedimientos de la salud mental, que avalan la importancia y aporte de ésta disciplina en el contexto de la salud mental.

Concluimos constatando la significación y valor de la ocupación del ser humano, de acuerdo a la documentación bibliográfica verificada, como vehículo rehabilitador para conservar un buen estado de salud satisfactorio, con autonomía e independencia y en definitiva un bienestar de vida saludable. De manera que el individuo permanezca mayor cantidad de tiempo operativa y con un nivel óptimo de independencia. Se requiere de una adecuada guía ocupacional del individuo, apoyándole a hacer sus propias sobre sus tareas ocupacionales adecuadas, en función a las particularidades y requerimientos propios de cada individuo, para que así la tarea u ocupación a desempeñar logre obtener los resultados provechosos y productivos que se quieren conseguir.

En esta revisión, se puede afirmar como se ha podido demostrar la relevancia del quehacer ocupacional del ser humano y por la que por medio de la misma, se afianza cómo una ocupación adecuada de la persona, va a facilitar y apoyar una optima situación saludable de la persona y en consecuencia, mayor bienestar vital en el desarrollo de su restablecimiento o recuperación.

Cabe hacer referencia a una de las investigaciones recientes⁹⁴, en el que diferentes especialistas en las II Jornadas de Terapia Ocupacional, designadas "Salud Mental y Ocupación: sinergias en el equipo interdisciplinar", señalan que la profesión de terapia ocupacional, concebida como una composición organizada de trabajo de distintas materias, fomenta el bienestar vital de los humanos que padecen algún trastorno mental.

En dicho evento, se plantea la relevancia de la introducción del profesional de la terapia ocupacional en el equipo multidisciplinar con la meta de establecer un lugar para reflexionar o aportar conocimientos con todos. Y dónde los terapeutas de dichas Jornadas, han explicado que "como expertos en el ámbito sociosanitario no se debe dejar de lado el indicio que establecemos con cada uno de nuestros actos, por ello es preciso recapacitar acerca de la práctica e intercambiarla con el equipo de profesionales".

Es precisa una adecuada información ocupacional del individuo, apoyándole a realizar la elección de una ocupación adecuada, en función a las particularidades y menesteres personales del individuo, de esta manera la actividad u ocupación a desarrollar consiga tener los efectos beneficiosos que se esperan de la misma.

Por lo tanto se puede considerar la terapia ocupacional como una disciplina clave en el ámbito del proceso rehabilitador en psiquiátrica que proporciona un potente cimiento reflexivo y de discernimiento unido a procedimientos y experiencias personales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. María José Poblete, Francisco Troncoso, Rodrigo Burgos. Experiencias de Terapia Ocupacional en Salud Mental Infanto Juvenil: una aproximación a prácticas de derecho y participación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Vol.16, Nº 2, 2016.
2. Begoña Polonio López, Pilar Durante Molina, Blanca Noya Amaiz. *Conceptos fundamentales de la terapia ocupacional*, 1ª.ed. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
3. Kielhofner. G, *Fundamentos Conceptuales de la terapia ocupacional*. Médica Panamericana. 2006. Zemke, P y Clark, F. 1996.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Definición de Salud Mental* 2011.
5. Ley 1616 de 2013 (Congreso de la República, 2013)
6. Asociación Americana de Terapia Ocupacional. 1981. *Definición de Terapia Ocupacional*.
7. Labrador, C. *Definición de Terapia Ocupacional*. Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, 2004. [revista en internet], 10.
8. *Definición de TO según la OMS*.
9. *Definición de la American Occupational Therapy Association (AOTA) de 1986*.
10. Labrador, La World Federation of Occupational therapy (WOFT). *Definición de Terapia Ocupacional*. 2010.
11. Creek J. *Occupational Therapy: New perspectives*. London: Whurr Publishers Ltd.;2002.
12. *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da. Ed.) (2010)*, 35.
13. Miralles, P. y Valverde. *Terapia ocupacional en salud mental*. Masson. 2011.
14. versión On-line. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso 2ª edición*. Vol. 37 nº 131 Madrid ene./jun. 2017.
15. Trombly C. *Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms*. *Am J Occup Ther*. 1995.
16. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional Vol. 4, 2017. Formación Profesional de Terapeutas Ocupacionales: la Actividad Terapéutica como Herramienta de Intervención*.
17. Documento técnico Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. *Intervención drogas, terapia ocupacional. Protocolo de Intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD del Instituto de Adicciones*. Edición digital. Madrid. 2013
18. *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da. Ed.) 2010 (10 -13)*.

19. Rogers, J. C., & Holm, M. B. (1994). Assessment of self-care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), *Functional performance in older adults* (pp. 181–202). Philadelphia: F. A. Davis.
20. Christiansen, C. H., & Hammecker, C. L. (2001). Self care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), *Functional performance in older adults* (pp. 155–175). Philadelphia: F. A. Davis.
21. Mosey, A. C. (1996). *Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation* (2nd ed.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
22. Parham, L. D., & Fazio, L. S. (Eds.). (1997). *Play in occupational therapy for children*. St. Louis, MO: Mosby.
23. Mosey, A. C. (1996). *Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation* (2nd ed.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
24. Hakansson, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2006). Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science*, 13, 74–82.
25. Crepeau, E. (2003). Analyzing occupation and activity: A way of thinking about occupational performance. In E. Crepeau, E. Cohn, & B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10th ed., pp. 189–198). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
26. Libro blanco de terapia ocupacional en Salud Mental en Castilla la Mancha. Versión Revisada 2016
27. Crepeau, E., Cohn, E., & Schell, B. (Eds.). (2003). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
28. Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack.
29. Punwar, A. J., & Peloquin, S. M. (2000). *Occupational therapy principles and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
30. Cohn, E. S. (2001). Parent perspectives of occupational therapy using a sensory integration approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 285–294. Cohn, E. S., Miller, L. J., & Tickle-Degnan, L. (2000). Parental hopes for therapy outcomes: Children with sensory modulation disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 36–43.
31. Gitlin, L. N., & Corcoran, M. A. (2005). *Occupational therapy and dementia care: The Home Environmental Skill-Building Program for individuals and families*. Bethesda, MD: AOTA Press. Gitlin, L. N., Corcoran, M. A., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W. W. (2001). A randomized controlled trial of a home environmental intervention to enhance self-efficacy and reduce upset in family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41, 15–30.
32. Gitlin, L. N., Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. (2003). Effects of the Home Environmental Skill-Building Program on the caregiver-care recipient dyad: Six-month outcomes from the Philadelphia REACH initiative. *The Gerontologist*, 43, 532–546. *Revista TOG*. Vol 6. Supl 5. 2009
33. Kielhofner, G. *Fundamentos Conceptuales de la terapia ocupacional*. Médica Panamericana. 2006.
34. Kielhofner, G. *A model of human occupation. Theory and application* (2ª ed). Baltimore. Williams & Wilkins. Kielhofner 1995.
35. Kielhofner, G (cap. 3, "El desarrollo del conocimiento de la terapia ocupacional", pag 43, libro: "Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional". Autor: 3ª Edición. Médica Panamericana, 2004.
36. Zemke R., & Clark, F. (1996). *Occupational science: An evolving discipline*. Philadelphia: F. A. Davis.
37. Christiansen, C., Baum, M. C., & Bass-Haugen, J. (Eds.). (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.
38. Crepeau, E., Cohn, E., & Schell, B. (Eds.). (2003). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
39. Hinojosa, J., & Kramer, P. (1997). Fundamental concepts of occupational therapy: Occupation, purposeful activity, and function [Statement]. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 864–866.
40. Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W., & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (pp. 29–56). Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.
41. Nelson, D., & Jepson-Thomas, J. (2003). Occupational form, occupational performance, and a conceptual framework for therapeutic occupation. In P. Kramer, J. Hinojosa, & C. Brasic Royeen (Eds.), *Perspectives in human occupation: Participation in life* (pp. 87–155). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
42. Zemke R., & Clark, F. (1996). *Occupational science: An evolving discipline*. Philadelphia: F. A. Davis.
43. Aguilar-Parra JM; Padilla Góngora, D; Manzano, A. Importancia de la Ocupación en el desarrollo del mayor y su influencia en la Salud. Universidad de Almería (España) 2016. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. *Revista de Psicología*, N°1-Vol.1, 2016.
44. Reed, K. y Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy*. 4ª ed. Baltimore. Lippincott Williams and Wilkins.
45. Moruno Millares, P "La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental" <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion>.
46. Wilcock, A. A., & Townsend, E. A. (2008). Occupational justice. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*

- (11th ed., pp. 192–199). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
47. Corregidor, A.I., Moralejo, C. y Ávila, M.R. (2004). terapia ocupacional en psicogeriatría. Recuperado de [http://www. Psiquiatria.com/tratamientos/terapia-ocupacional-en-psiquiatria/](http://www.Psiquiatria.com/tratamientos/terapia-ocupacional-en-psiquiatria/).
 48. Moruno, P. (2002). La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental. Recuperado de [http://www. terapiaocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental. shtml](http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml).
 49. Kielhofner, G. (1995). A model of human occupation. Theory and application (2ª ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
 50. Moruno, P. y Romero, D. M. (2004). Terapia Ocupación en salud mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. Revista gallega de terapia ocupacional, 1, 1-18. Extraído el 18 de junio de 2009 desde <http://www.revistatog.com/num1.htm>.
 51. Definición de Salud según la OMS (1945): cita procedente del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100).
 52. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMERSO) Madrid. 2001
 53. Wilcock A, eta al. (1997) The relationship between occupational balance and health: A pilot study. Occupational Therapy International 4(1):17-30.
 54. Plata R, Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. Norte de Salud Mental. dialnet.unirioja.es. 2012.
 55. Cardoso P, Dias A, Henna J, Elkis H. (2003) Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. Rev Bras Psiquiatr 25(1):26-30.
 56. Legault E, Rebeiro KL. (2001). Occupation as means to mental health: a single-case study. American Journal of Occupational Therapy. 55(1): 90-96.
 57. Goldberg et al. (2002) The relationships between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. Occupational Therapy in Mental Health, 18(2), 17-44.
 58. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. (2008) The meaning and importance of employment to people in recovery form serious mental illness: Results of a qualitative study. Psychiatric Rehabilitation Journal 32:59-62.
 59. Avello Saez, D, Román Morales, A, Zambrano Constanzo.A. Abordaje de la intervención sociocomunitaria en programas de rehabilitación psicossocial: Un estudio de caso en dos dispositivos del sur de Chile. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, vol.16 nº.1. 2017. Scielo
 60. Sánchez, A., & Morales, F. (2002). Acción psicológica e intervención psicossocial. Acción Psicológica, 1(1), 11-24.
 61. Sánchez, A. (2013). ¿Es posible el empoderamiento en tiempos de crisis? Repensando el desarrollo humano en el nuevo siglo. Universitas Psychologica, 12(1), 285-300.
 62. Sandoval, C. (2010). Rehabilitación psicossocial: Reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales. Revista Cúpula, 25(1-2), 8-26.
 63. Aldaz, J., & Vásquez, C. (2011). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo Veintiuno.
 64. Martínez, V. (2016). La inclusión sociocomunitaria: Modelo de inclusión sociocomunitaria [presentación Prezi]. <https://la-inclusion-sociocomunitaria>
 65. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Versión completa. Última actualización 2009.
 66. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicossocial y tratamiento integral del trastorno mental severo, 2003.
 67. Oswalso Sosa.P.Terapia Ocupacional en Salud Mental y Rehabilitación Psicossocial. 2017.
 68. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).Definición de Rehabilitación Psicossocial.
 69. Rodríguez, A., Sobrino, T., Galilea, V., Colis, J., González, J y Orviz, S. Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos. En Rodríguez, A. (Ed.), Rehabilitación Psicossocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ediciones Pirámide.1997.
 70. Madrid Mazorra, F.J. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y TERAPIA: Una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. 2004. Terapia-Ocupacional.com. El portal en español de Terapia Ocupacional.
 71. Buchain,P.C;Vizzotto,A.D;Henna Neto, J; Elkis, H; en "Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia". Revista de Brasileira de Psiquiatria. 25(1): 26-30.2003.
 72. Valencia CM. En " Programa de intervención psicossocial para pacientes esquizofrénicos crónicos". En Salud Mental. Vol (22), pp128-37.1999
 73. Durante y Noya. Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y prácticas. Masson. Barcelona.1998
 74. C Gisbert, P Arias, C Camps, A Cifre, F Chicharro, J Fernández, J González, F Mayoral, J Moro, F Pérez, A Rodríguez, JJ Uriarte. "Rehabilitación Psicossocial del Trastorno Mental Severo. Situación Actual".
 75. De las Heras de Pablo, C.G. Manual " Rehabilitación y Vida". Modelo de Ocupación humana. Vol 1. Ed. Reencuentros. Centro de Rehabilitación Psicossocial.
 76. Otaño Lozano, M. Experiencias de los terapeutas ocupacionales usando el modelo de ocupación humana: una revisión sistemática. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, Nº. 26 V.1, 2017.

77. Recovering ordinary lives. College of occupational therapists. London. 2010.
78. College of occupational therapists. Code of ethics and professional conduct London: College of occupational therapists; 2015.
79. College of occupational therapists. Standards of proficiency: occupational therapists London: Health and Care Professional Council; 2013.
80. Keponen R, Launiainen H, Using the Model of Human Occupational to Nurture an Occupational Focus In the Clinical Reasoning of Experienced Therapists. *Occup Ther Heal Care*. 2008; 22(3): 95-104.
81. Heasman D, Morley M. Using the Model of Human occupational assessment tools to deliver clinical outcomes in mental health. *Ment Heal Occup The*. 2011;16(1):3-8.
82. Lee SW, Kielhofner G, Morley M, Heasman D, Garnham M, Willis S, et al. Impact of using the Model of Human Occupational: A survey of Occupational therapy mental health practitioners perceptions. *Scand J Occup The*. 2012;19:450-6.
83. Folland J, Frsyth K. UKORE practice development: using an innovative approach to transforming occupational therapy services. *Men heal Occup Ther*, 2011;16(1):12-5.
84. Forsyth K, Melton J, Summerfield Mann L. Achieving Evidence-Based Practice: A process of Continuing Education Through Practitioner-Academic Partnership. *Dev Evidence-Based Prctice Ski Pract*. 2005;19(1-2):211-27.
85. Owen A, Adams F, Franszen D. Factors influencing the model use in occupational therapy. *South African J Occup The*. 2014;44(1):41-7.
86. Hammell K. A skeptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Rev Can Dérgotherapie*. 2009;76(1):6-13.
87. Mentrup C, The fourth edition of Gary Kielhofner's book, *Model of human Occupation: Theory and Application*. *Occup Ther Heal Care*. 2008;22(2-3):201-2.
88. Rodríguez Martínez. M^a. C, Montero Sánchez. R M^a. La terapia ocupacional en personas con trastorno bipolar. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Vol. 17 Núm. 1 (2017): Junio
89. Gómez, C. *Intervención desde terapia ocupacional en salud mental*. Barcelona: Monsa-Prayma. 2013.
90. Andresen, R, Oades, L. & Caputi, P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37: 586-594.
91. Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. *Making Recovery a Reality*. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health. 2008.
92. Díaz. F^a. Psicóloga del Hospital de Día Cordillera. *Modelo Recovery*. Jornadas de salud mental y psiquiatría comunitaria. Publicado por González Vilches. A. En la UCSC. 9 May 2014.
93. García Borja. A. El desempeño ocupacional como variable en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave. *Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria*. Universitat Jaume I. 2015.
94. *II Jornadas de Terapia Ocupacional "Salud Mental y Ocupación. Sinergias en el equipo Interdisciplinar"*. Centro San Juan de Dios de Cien Pozuelos. 2018.