



# Calidad de vida, un reto para el terapeuta ocupacional en salud mental comunitaria

## Quality life a challenge for the Occupational Therapist in community mental health

*Para Sanabaco*

### Resumen

Este artículo, intenta aproximarse al “saber hacer” del terapeuta ocupacional dentro del campo de la Salud Mental Comunitaria, conceptos de importancia en el panorama Mundial en lo que atañe a la situación psicosocial de la población, aspecto preocupante en Colombia debido a los factores sociales, económicos y políticos del momento. En este sentido, se hace un recorrido desde diferentes autores de la disciplina y de otras corrientes, con el fin de desarrollar y plantear “el qué, para-qué y cómo”, del actuar del terapeuta ocupacional dentro del sector de la Salud Mental Comunitaria. A lo largo del escrito se mantiene el interés por la importancia de la

dinámica Ser humano-Ocupación-Sociedad desde los conceptos de calidad de vida, competencia ocupacional y cultura, dentro de los procesos del terapeuta ocupacional en el entorno comunitario donde le corresponda actuar, y sobre cómo puede contribuir desde la naturaleza ocupacional individual y colectiva, al desempeño ocupacional y la competencia psicosocial de las personas, y así, favorecer su calidad de vida, entendiendo que lo anterior se convierte en el reto prioritario para este profesional en relación con las respuestas sociales que demandan las necesidades psicosociales de la población.

MARTA LUCÍA SANTACRUZ GONZÁLEZ

\*Terapeuta Ocupacional.

Universidad del Rosario.

Especialista en Docencia Universitaria.

Universidad del Rosario.

Profesional especializado de la Secretaría

Distrital de Salud y Docente del programa

de Terapia Ocupacional de la Facultad

de Rehabilitación y desarrollo humano.

Universidad del Rosario.

san\_abaco@hotmail.com.



**Palabras  
claves**

Salud mental - calidad de vida - competencia ocupacional – transculturización compatibilidad cultural.

**Abstract**

This article tries to come closer to the “know how” of the occupational therapist in the community mental health field, important concepts in the world outlook that concerning to the psychosocial situation of the population, this fact is worry in Colombia because of social, economic and policy factors in this moment. In this way, it is a path from different authors of the discipline and the other sources with the objective to develop and to give “ what, what for and how” of the acting of the occupational therapist in the community mental health field. This lecture keeps the interest for the importance of the dynamic between human being- occupation-society from the concepts of quality life, occupational competence and culture, into the process of occupational therapy in the community environment where occupational therapist must act and how he or she can contribute from individual and collective occupational nature, to the occupational performance and people psychosocial competence and then the occupational therapist promotes in people the quality of life. Thee previous written constitutes in the principal challenge for this professional in relation with the social responds that it demands in front of the population psychosocial needs.

**Key  
words**

Mental health, quality of life, occupational competence, transculturization, compatible cultural

**Introducción**

Esta temática, surge de reflexiones a partir de la experiencia con población con trastorno mental y en situación de vulnerabilidad, así como de la convivencia diaria con el propio ser, el de otros y las cifras actuales sobre salud mental en el país.

Para su desarrollo, se revisan los fundamentos teórico-prácticos de la Terapia Ocupacional en salud mental comunitaria y en el sector social, y las condiciones psicosociales y de calidad de vida actuales de la población Colombiana; se presenta una propuesta que identifica el actuar y las competencias transculturales de este profesional en lo que se refiere a la salud mental comunitaria como componente de la calidad de vida y la relación ser humano-ocupación-sociedad, además, se identifica la disciplina como generadora de procesos ocupacionales saludables de individuos y colectivos en diferentes contextos culturales y dentro de la dimensión psicosocial del ser humano.

En el año 1997, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (1), definió las habilidades psicosociales como la habilidad para interactuar en la sociedad a partir del desarrollo de: procesos emocionales, identidad, valores, intereses, autoconcepto, roles, comportamientos sociales, habilidades interpersonales, auto expresión y manejo equilibrado del tiempo, de ahí, que para el terapeuta ocupacional la salud mental del individuo sea un componente vital de adaptación, que implica la capacidad para adquirir y desempeñar los roles ocupacionales, como autocuidado, productivo y de esparcimiento, así como tener pertenencia familiar, social y laboral, en una interacción dinámica que satisface sus expectativas internas y externas.

Teniendo en cuenta que estas habilidades y la salud mental se considera

necesaria para la convivencia de los pueblos, todos los países deben asumir dentro de sus políticas en salud programas de atención primaria en el área psicosocial (Restrepo, Espinel, 1996)(2), sin abandonar la población que ya padece algún tipo de patología mental, pues los trastornos mentales muestran un claro crecimiento a nivel mundial y nacional, aspecto que desde la perspectiva de terapia ocupacional, se evidencia como factor desencadenante de desórdenes en el desempeño ocupacional competente de las personas, lo que a su vez altera la calidad de vida a nivel familiar y social.

En este campo, el terapeuta ocupacional enfatiza dentro de sus programas de atención y participación social, el estudio y abordaje de la ocupación y los estilos ocupacionales como esencia de sus principios filosóficos referentes a "*el hacer da bienestar, propósito a la existencia de las personas y promueve el desarrollo social*", especialmente cuando está afectada la capacidad para participar, construir y ser productivo dentro de un contexto ; además, como especialista en el manejo del desempeño ocupacional del ser humano éste profesional cuenta con estrategias para el abordaje de problemáticas de orden ocupacional en individuos y grupos que presentan imbalance en su desempeño ocupacional, o bien, en población que está expuesta y en riesgo de perder el equilibrio en sus roles ocupacionales, a causa de una enfermedad mental o por factores de orden social y cultural.



## Referente conceptual

El recorrido teórico del presente artículo, intenta articular los conceptos de trastorno mental, calidad de vida, desempeño ocupacional y competencias transculturales del profesional con las posibles estrategias desde Terapia ocupacional para generar respuestas sociales a las necesidades psicosociales y ocupacionales de la población colombiana, enmarcado en las cifras actuales de salud mental en el país, los lineamientos de la política de salud mental para Colombia y de manera importante la evolución del papel del Terapeuta en la salud mental individual y comunitaria.

Este contexto es liderado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, con planteamientos y estrategias que guían las acciones para atacar las consecuencias de la hambruna, violencia y exclusión que experimenta buena parte de la población de los denominados países tercermundistas, incluso en los países desarrollados e industrializados. Dentro de estas condiciones, está incluida la salud mental como la más vulnerable ante el detrimento en la calidad de vida, la pérdida de valores, de canales de comunicación, de redes afectivas, los cambios demográficos y por los efectos de la violencia que se vive en diferentes países y con mayor complejidad en Colombia. (Restrepo, Espinel, 1996) (2).

El Psiquiatra Pedro Gómez Méndez, en la Revista Colombiana de Psiquiatría, (2001) (3), presenta un análisis del

concepto de salud mental y contextualiza la visión actual de la enfermedad mental en el país, afirmando que “en Colombia, como cualquier otro vecino subdesarrollado, hay altos niveles de pobreza, desnutrición, analfabetismo, aislamiento, que constituyen sin mayor discusión, factores de riesgo serios para la salud mental de cualquier grupo humano. Además de estar inmersos desde hace veinte años, por lo menos, en un conflicto que está llevando a una situación insostenible, con desplazamientos internos de miles de personas, atrocidades como el secuestro, las matanzas de campesinos, los permanentes combates en los cuales se ha involucrado la población civil y también cientos de jóvenes mutilados y un estado de zozobra permanente, que está ocasionando crisis de la salud mental de toda una generación de Colombianos”.

En este contexto, el psiquiatra Carlos Felizzola, (2002) (4), señala “que cada día más personas demandan atención en salud mental, ya que en este país la guerra ha generado cambios en el campo de las relaciones, afirma, que en medio de esta guerra civil se acumulan problemas de desempleo, desplazamiento de miles de personas, matanzas, maltratos y abuso sexual infantil, crecimiento exagerado de la pobreza y hambre. En este sentido, propone acciones dirigidas a las comunidades, con características de acompañamiento terapéutico, el compromiso del rescate de la dignidad humana, para suscitar procesos que

promuevan la elaboración de los dueños, pues estas poblaciones no padecen patologías demostrables, son las comunidades, las redes de apoyo social y las familias las que sufren, se deterioran o se dañan, a veces irremediablemente, heredando las próximas generaciones patrones patológicos, donde se combinan los comportamientos antisociales de unos, con la sumisión y desesperanza de otros”.

De acuerdo con el estudio Nacional de Salud Mental del 2003, ocho de cada veinte colombianos, tres de cada veinte y uno de cada catorce presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en su vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los del estado de ánimo y el uso de sustancias. Afirman, que en los países en vías de desarrollo, a la mayoría de personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la dependencia a drogas, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en sujetos de estigmatización y discriminación. En esta medida, los trastornos mentales se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, sus familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y la discapacidad que generan ( estudio Nacional de Salud Mental, 2003) (5).

Por su parte, La OMS, (2001) (6), identifica la participación en ocupaciones

como el constituyente de la vida en comunidad y el mayor elemento del funcionamiento humano, a su vez, la restricción en la participación sería la medida de discapacidad.

En este marco, el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES- Social, diseñó los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia, (2003) (7), cuyos contenidos se centran en acciones para poblaciones con trastornos mentales, aquella con problemas psicosociales y población en general, con propósitos dirigidos a promover la salud mental, prevenir el impacto de los problemas psicosociales y reducir el impacto negativo de los trastornos mentales, mediante líneas de acción como investigación, vigilancia, fortalecimiento del recurso humano, provisión de servicios e inclusión social.

De otro orden, el Psiquiatra Carlos Gómez Restrepo (2003) (8), expone que “es necesario tener en cuenta los factores psicosociales del postconflicto en Colombia, pues de todas las estrategias planteadas para abordar dicha problemática, las de carácter psicológico quedan casi de lado, lo cual, aunque se introduce dentro de lo humanitario y social, amerita un tratamiento especial debido al lamentable privilegio e importancia que se ha ganado a lo largo de la guerra, lo que se corrobora, en la relevancia clínica y epidemiológica que tienen todos los trastornos y situaciones derivadas de la violencia, y sus consecuencias a me-

diano y largo plazo sobre el individuo y sus familias, hechos que demandan intervenciones en las múltiples vivencias de duelos, pérdidas, odios, deseos de venganza, trastornos psiquiátricos, entre otros”.

Teniendo en cuenta este panorama y que la enfermedad mental no esta reducida a un sujeto que por alguna circunstancia la padece, si no, abarca factores sociales pluridimensionales en su origen y atención, implica que los profesionales y por tanto el terapeuta ocupacional contemporáneo posean

competencias para abordar el campo de la salud mental desde los determinantes sociales que la influyen, su compleja diversidad, comprender la transculturación, las diferencias poblacionales, las diferentes formas en que se presenta la enfermedad mental y de manera importante, flexibilizar el manejo de la ocupación adaptándola a los diferentes contextos del suceder humano en que la disfunción psicosocial afecta la competencia ocupacional de individuos y grupos, o bien se encuentra en situación de vulnerabilidad.



## **Competencia ocupacional vs disfunción ocupacional**

Hablar de competencia ocupacional implica remontarse a la visión de ser humano y su naturaleza ocupacional, la cual se proyecta en el desempeño ocupacional humano, concepto que hace referencia al sujeto que piensa, siente y actúa a partir de su motivación interna para realizar ocupaciones que le ofrezcan sentido. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, (1991,1997) citado por McColl, Paterson, Davies, Doubit y Law , (2000) (9), describe éste concepto constituido por el autocuidado, la productividad y el esparcimiento, el cual es influenciado por el ambiente, los roles personales y el nivel de desarrollo del individuo, y a la persona la describe constituida por la dimensión de la ejecución, la cual es objetiva y la dimensión de la satisfacción, la cual es subjetiva mostrando un interjuego de

elementos subjetivos y objetivos que ocurren de manera simultánea en tiempo y espacio, con el ser, como responsable de la acción y sus consecuencias.

En relación con esto, para Delespau citado por Fidler (1995) (10), menciona que el uso de ocupaciones implica la asignación de tiempo en varias actividades y representa la capacidad de la persona para participar en actividades de la vida diaria, así mismo, para Fisher (1999) (11), el uso del tiempo se emplea como medida de la participación y el impacto de la discapacidad en la vida diaria y en su vida en comunidad. Esta correlación tiempo-ocupación, está alterada en personas con una problemática psicosocial e imbalance en sus vidas, debido a la presencia de una enfermedad mental o

bien por causas de orden socio-cultural, las cuales, afectan de manera importante su motivación interna, identidad, confianza, dimensión relacional, sentido de pertenencia, la capacidad

para utilizar sus habilidades en un desempeño ocupacional competente y de manera importante su sentido de vida, la proyección de un proceso vital y su participación en comunidad.



## Calidad de vida vs sufrimiento existencial

Diferentes autores han descrito la calidad de vida desde variados puntos de vista de acuerdo a la disciplina que pertenecen, Albert y Fitzpatrick, (1994), citados por Katsching, (2000) (12), refieren que el interés por el tema surgió como consecuencia de la percepción de desigualdades en la distribución de los recursos y el bienestar en la sociedad y de la preocupación por el crecimiento poblacional y los problemas de desarrollo en los países subdesarrollados.

Desde la perspectiva ocupacional, Alicia Trujillo (2002) (13), la define como un sentimiento, lo cual hace que ésta tome un valor individual para cada ser humano. Incluye el área ocupacional, la cual influye en la gratificación personal al realizar una actividad productiva, y por ende genera un sentimiento de bienestar. Así mismo, la describe como el bienestar producto de una construcción en búsqueda de la realización personal.

Este sentido de autorrealización en las personas con enfermedad mental esta trastocado por su misma condición y así mismo su calidad de vida según Katsching (2000) (12), está influida por tres falacias, la falacia afectiva,

la falacia cognitiva y la falacia de distorsión de la realidad, estos sujetos, además de tener necesidades adicionales específicas de tratamiento, están en desventaja puesto que habitualmente tienen menos recursos para afrontar los problemas de la vida, menos habilidades sociales y cognitivas, y menos ventajas del entorno, especialmente dinero.

Para Finzen y Hoffman, (2000) (12), además de lo anterior, la calidad de vida de las personas con enfermedad mental se ve afectada no sólo por la enfermedad y las discapacidades que ésta genera, sino también por las reacciones de sus semejantes : a través de lo prejuicios sociales, asignaciones de culpa, rechazo y difamación, entonces, sufren no sólo por su trastorno sino por las consecuencias de la estigmatización de su sufrimiento y por el daño a su identidad, lo que se da con mayor frecuencia en los casos de psicosis y esquizofrenia. Las personas con enfermedad mental sufren deprivación ocupacional, especialmente los fines de semana y en las noches, espacios de tiempo que los convierte en vulnerables para vivir experiencias negativas para sí mismos.

Sumado a lo anterior, según Warne, (1994), Ceowther et al, (2001), citados por Shimitras et al (2003) (14), la tasa de empleo en personas con enfermedad mental es notoriamente más baja, encontraron que las personas con esquizofrenia tienen mayor limitación para realizar ocupaciones productivas como trabajo y educación, restricción en la participación en actividades de esparcimiento y sociales, estas personas asumen roles pasivos en contextos sociales, consistentes con su pasividad física y estilos de vida poco saludables.

En relación con la calidad de vida de la población colombiana, se vive en el país un progresivo deterioro de los factores que la determinan, interviniendo fuerzas de diverso orden, como los hechos políticos, sociales, culturales, económicos y los cambios demográficos dados por el desplazamiento, todos, enmarcados dentro de un conflicto armado, la manifestación de diferentes formas de violencia, la cultura del narcotráfico, el fracaso del modelo económico neoliberal que ha llevado a la pobreza y la hambruna y en el comportamiento corrupto de los entes estatales, todo protegido bajo una capa de impunidad, que más que beneficio, producen el deterioro de la sociedad, de sus valores y posibilidades de crecimiento. Esto afecta la salud del ser humano en todas sus dimensiones, desde estados de desnutrición a estados cronicantes de procesos de enfermedad, y en mayor medida, lo que compete a la salud mental y psicosocial de la población, ya que la mayor parte de los colombianos viven pérdidas, estados de tensión permanente, situaciones post-

traumáticas, altos niveles de ansiedad y fuertes montos de agresividad que se manifiestan en intolerancia y violencia intrafamiliar, laboral y social.

Lo anterior, causa disminución en la capacidad productiva de las personas, deterioro social, cambios poblacionales, empobrecimiento, pérdida de valores, disminución de oportunidades para las nuevas generaciones y menor disponibilidad de recursos que garanticen la satisfacción de las necesidades humanas básicas, en términos de bienestar, salud, educación, recreación, trabajo y espiritualidad.

Entonces, la población colombiana más que un sufrimiento psicológico presenta sufrimiento existencial, el cual se enmascara entre problemáticas psicosociales y un diagnóstico psiquiátrico para un individuo, sin tener en cuenta que es la familia y el grupo el que presenta el trastorno, como ocurre en las personas que viven en situación de desarraigo debido al desplazamiento o la desmovilización, los dos con trasfondos de violencia, pérdida y sentimientos de desarraigo. Estas situaciones, la enfermedad mental y el desplazamiento, producen sentimientos de vacío existencial que se manifiesta en la falta de motivación, la pérdida de valores, intereses, identidad, de sentido de pertenencia, en aburrimiento, distorsión de la realidad y de las relaciones interpersonales y de manera preocupante la carencia de metas y de un proyecto vital que de sentido y propósito a su vida.

Para el terapeuta ocupacional la calidad de vida va ligada al bienestar personal-social y el sentimiento de

autorrealización ocupacional y éste a su vez, depende del nivel de competencia ocupacional que tenga el individuo, el grupo y las condiciones del entorno, desde esta perspectiva, la

salud mental responde acciones integrales e integradas dentro de los conceptos existencialistas, sociales, políticos y económicos enmarcados en las particularidades culturales.



## **Terapia ocupacional en Salud mental, un rol que va desde el ser en la ocupación a la cultura y el bienestar humano**

La participación del terapeuta ocupacional en el área psicosocial, plantea que éste profesional debe asumirse como experto en la naturaleza ocupacional del ser humano y la sociedad, como sujeto social de derechos, comprender y sensibilizarse ante la realidad social para contextualizar su ejercicio profesional en la realidad nacional, sumado a lo anterior, debe conocer y comprender la complejidad de la dimensión psicosocial del suceder humano, conocer cuáles actividades son óptimas para lograr la respuesta adaptativa esperada y alcanzar habilidades que le permitan al individuo sentirse seguro, establecer relaciones, lograr un nivel de competencia interpersonal y de dominio cultural.

Este rol del terapeuta ocupacional en Salud Mental, se ha venido modificando gradualmente adaptando sus fundamentos conceptuales de intervención y desempeño profesional a factores cambiantes en lo científico, político, económico, cultural y social, planteando nuevas alternativas de intervención, diseñando programas comunitarios de promoción y prevención,

de manejo en el hogar y el trabajo del usuario, asumiendo un abordaje psicoeducativo del enfermo mental, su familia y la comunidad, es decir, las terapeutas ocupacionales han desarrollado una estructura psico-educacional encaminada a modelos instruccionales orientados a la independencia en actividades de la vida diaria, en aspectos como manejo del estrés, distribución del tiempo, manejo de la enfermedad, habilidades interpersonales, autorregulación, auto-cuidado y habilidades para la solución de problemas en individuos con disfunción psicosocial (Grossman, 1990) (15).

En relación con los cambios y alcances en el campo de la salud mental comunitaria, diversos estudios la presentan como un área en expansión en Terapia Ocupacional, de acuerdo con una investigación realizada por Craik et al (1998) (16), sobre las técnicas de abordaje comunitario más utilizadas por Terapeutas ocupacionales en este campo, se encontraron las siguientes actividades como las que se manejan con mayor frecuencia: orientación, apoyo y asesoría, técnicas para el

manejo de ansiedad, entrenamiento para la solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, educación en manejo de tiempo libre, asesoría formal, educación en productividad, entrenamiento en técnicas de relajación, exploración vocacional, terapia para manejo de duelo, educación en actividades de la vida diaria, grupos con orientación psicodinámica, entrenamiento para el manejo de ira y agresividad, educación para el manejo de tareas en el hogar, orientación en comunidad, entrenamiento en habilidades de dominio y competencia y técnicas para manejo del dolor.

Desde otra visión, Frances Heather, (2003) (17), concluye que es mediante el uso de técnicas proyectivas grupales, que el terapeuta ocupacional desempeña un rol importante en grupos de personas con enfermedad mental.

Estos resultados, para Harrison (2003) (18), son parte de otros estudios que pretenden delimitar si el rol del terapeuta ocupacional en Salud Mental es de carácter genérico o especializado, ésta autora afirma que el terapeuta contemporáneo debe encontrar la forma para identificar y satisfacer las necesidades de salud mental de las personas y participar dentro de equipos terapéuticos mostrando de manera clara el tipo de abordaje que la define y a su vez fortalecerlo, para esto, se hace necesario combinar competencias de orden genérico, con habilidades específicas, pero de manera importante mantener sus acciones sobre el desempeño ocupacional, como aquello que define su rol e implica una visión holística del sujeto que permita

determinar como intervenir en todas sus áreas de funcionamiento de la vida diaria.

Craik et al (1998) (16), encontraron que las terapeutas ocupacionales que trabajan en salud mental ofrecen técnicas genéricas como asesoría y talleres para el manejo de ansiedad, en éste sentido, Forsyth and Summerfield-Mann citados por Cook (2002) (19), plantean que el terapeuta puede utilizar técnicas genéricas siempre y cuando el foco de su intervención se centre sobre el desempeño ocupacional, esto lo reafirma la National service framework for Mental Health (DH 1999) (19), la cual asegura que se requieren terapeutas más flexibles que puedan responder a los cambios, pero que sean capaces de mantener su visión práctica sobre la ocupación.

Sin embargo, Susan Cook (2003) (19), refiere que las confusiones y discusiones sobre el rol del Terapeuta ocupacional en Salud Mental comunitaria giran en torno al tipo de rol, especialista o genérico, en este sentido, para Parker (2000) (20), éste profesional debe orientar sus procedimientos a mejorar los roles de automantenimiento, productividad y esparcimiento, siempre por medio de la actividad con propósito, ésta autora cree que el trabajo genérico, se ha dado por la misma confusión en el perfil profesional en salud mental comunitaria.

De otra parte, Basit y Choose, citados por Awaad, (2003) (21), desde su práctica con refugiados, plantean una evaluación psicosocial que agrupa muchos de los aspectos de la competencia ocupacional previa, donde evalúan

el nivel de lealtad de la persona a su cultura, su personalidad y su grado de aculturización, teniendo en cuenta género, edad, estado psicosocial, fase de desarrollo, la prevalencia etnográfica y la estructura familiar, además, recomiendan que la práctica no se debe generalizar y el tratamiento debe partir del enfoque de competencia cultural, es decir el terapeuta debe trascender la cultura propia y del usuario, mostrando conocimiento del ambiente socio-cultural, centrarse en el análisis del significado cultural para el usuario y en la calidad en la realización de sus actividades diarias, según ése referente cultural.

En este orden de ideas, para Munford, (1994), citado por Awaad, (2003) (22), las actividades que van más allá de la cultura son ideales dentro del proceso terapéutico, lo que implica la imparcialidad de los principios culturales, por su parte, Ballinger and Wiles (2001) (22), anotan que las áreas en las cuales la terapia ocupacional se interesa, son las ocupaciones particulares y los roles, ambos a la luz de la cultura ; es decir, el terapeuta debe ser capaz de integrar en una misma acción simbólica y real, actividades que trasciendan la cultura y se identifiquen con los roles que tienen un valor propio en la cultura del usuario y dentro de su propia interpretación.

Para lograr esta habilidad tan compleja, el profesional debe conocer el concepto de cultura y sus diversas connotaciones, en este sentido, Awaad, (2003) (21), define la cultura, apoyándose en Munford (1994), como un todo complejo, que incluye conocimiento, creencias, arte, moral, leyes, costum-

bres u otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre al ser miembro de la sociedad.

Acorde con el panorama de salud mental y socio-económico de la Colombia actual, el Terapeuta ocupacional debe consolidar y posicionar su modelo de atención primaria dirigido a población de todas las edades en riesgo psicosocial, a grupos vulnerables, a víctimas de la violencia y de los desastres naturales y fortalecer las acciones en las necesidades ocupacionales de las personas con trastorno mental; campos donde la meta de trabajo esté encaminada a potencializar las competencias ocupacionales en términos de capacidad adaptativa, autonomía, ejercicio de sus derechos, bienestar y calidad de vida del individuo y los grupos, utilizando como herramienta principal el manejo de la ocupación y los estilos ocupacionales.

En relación con lo anterior, en Colombia, la terapeuta ocupacional, Marta Torres (1988) (23), formuló un marco conceptual de desarrollo comunitario en el campo de la terapia ocupacional, donde la promoción de competencias ocupacionales está dirigida a facilitar que el grupo comunitario a través del desempeño ocupacional alcance a satisfacer sus propias necesidades, incrementando su necesidad de exploración, manejo y adaptación para satisfacerlas, buscando aunque sea en forma parcial y limitada, un auténtico desempeño. Es decir, según Caicedo (1997) (24), se trata de que las comunidades sean capaces de favorecer o modificar su forma de vida, hacerse responsables de su salud, campo donde el terapeuta ocupacional resulta

muy valioso siempre que sea capaz de analizar e intervenir en las ocupaciones rutinarias, considerando su marco cultural como explicativo de sentido y de las prácticas frente a la salud, la enfermedad y la muerte. Debe participar en programas contra la violencia a todos los niveles, en los de las víctimas de violencia colectiva como campos de desplazados, hogares sustitutos, programas de bienestar, lugares de reclusión, desmovilizados e indigentes entre otros, así como, dar atención especial al abuso de sustancias como el alcohol y las drogas con programas específicos que incluyan la información y la educación.

Estas propuestas pueden agruparse en estrategias desarrolladas con las personas y los colectivos como parte del rol del Terapeuta en el campo de la salud mental comunitaria, orientadas a:

- Promover en las personas su autonomía desde el ejercicio de su ciudadanía y sus derechos potencializando habilidades del desempeño ocupacional con beneficio en las áreas y roles ocupacionales.
- Formar en el manejo equilibrado de la ocupación en tiempo y espacio con la adecuada distribución de las actividades de la vida diaria.
- Desarrollar/mejorar/restaurar el desempeño ocupacional integrando elementos de autoestima, autodirección, competencia, satisfacción, sentido de vida y participación dentro de colectivos.
- Ofrecer orientación y promoción ocupacional para promover la apropiación del entorno y favorecer la adquisición de habilidades para mejorar la calidad de vida,
- Generar acciones que promuevan la inclusión social desde la formación de una sociedad inclusiva.



## **Acerca de los dominios culturales del Terapeuta Ocupacional**

El empoderamiento de la relación ser humano-ocupación-cultura, que debe demostrar el terapeuta ocupacional en sus procesos de intervención, hace referencia a "la competencia cultural", definida por Dillard, (1992), y retomada por Awaad (2003) (21), como el conocimiento y la sensibilidad para comprender el significado de la cultura, mientras que para Pope y Davis et al (1993) (21), la competencia cultural de las personas, es la capacidad de mo-

verse hacia un ser culturalmente desconocido y ser sensible a la cultura de otros, sus valores, creencias básicas y actitud abierta hacia las diferencias raciales.

En este contexto, el terapeuta debe tener la habilidad de ser transcultural, lo que implica el autoconocimiento y la autoevaluación, para contar con la habilidad de interactuar exitosamente con otros y poseer el conocimiento

específico de cada cultura, entonces, en relación con la competencia cultural, el terapeuta debe manejar tres temas básicos: entender la naturaleza del concepto de cultura y su misma esencia, triunfar dentro de las interacciones por medio del conocimiento y las habilidades, y utilizar adecuadamente la información cultural; esto implica que conozca su propio contexto cultural y sus valores, además de aquellos que competen a la terapia ocupacional.

Igualmente, Cook (2003) (19) retoma a Kelly (1995) y Finlay (1997), en sus afirmaciones sobre la competencia cultural del terapeuta, donde plantean la sensibilidad como elemento clave de su abordaje holístico, fundamentado en textos de Mosey (1981), Hume (1984), Mac Donald and Rowe,(1995) (19), quienes afirman que el ser profesional requiere comprender la cultura y promover la competencia ocupacional, teniendo en cuenta que en ninguna cultura la división mente-cuerpo existe, y que los conceptos de vida en balance en el individuo, se relacionan con la armonía interna dentro de las actividades que utiliza para manejar su tiempo.

De manera más reciente, Kronenberg en el (2005) (25), presenta el creciente interés de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional, WFOT, por el concepto de justicia social y las barreras sociopolíticas a la participación en ocupaciones dignas y significativas como un derecho humano, y muestra como acoge la Rehabilitación Basada en comunidad como estrategia de desarrollo comunitario y campo de parti-

cipación del terapeuta ocupacional desde la relación de la discapacidad como un asunto social y de desarrollo que incorpora inclusión y necesidades individuales y colectivas basadas en la ocupación. A esto se incorporan nuevos conceptos como: Apartheid ocupacional (Kronenberg & Pollard, 2005; Kronenberg, 2003, Simó Algado, mehta, Kronenberg et al, 2002), privación ocupacional (Whiteford & Wright-St-Clair, 2004; Duncam, 2004; Whiteford, 2000-2003), Justicia ocupacional ( Townsend, 2003; Townsend & Wilcock, 2003; Watson, 2004; Wilcock,1998) y desarrollo ocupacional (Fransen, 2005), conceptos que se articulan bajo la relación de bienestar ocupacional y factores sociales, que sobrepasa las acciones centradas en necesidades individuales a las lecturas colectivas bajo un enfoque de derechos e inclusión.

En esta medida, el rol del terapeuta en el campo de la salud mental comunitaria, muestra un giro substancial hacia un trabajo de participación política, social y económica sobre la base del vínculo entre ocupación y ciudadanía y participación en la comunidad (Kronenberg & Pollard) (2005) (25), que parte del empoderamiento de las personas como sujetos de derechos y esencialmente ocupacionales y activos.

En relación con lo anterior, desde Awad (2003) (22), quien se basa en diversos autores y Kronenberg (2005) (2006) (25), Pollard (2005) (26), entre otros, se presentan alternativas para alcanzar la competencia y la compatibilidad cultural dentro de la práctica del terapeuta Ocupacional:

- Identificar sus creencias y principios, desde este conocimiento estar abierta a la posibilidad de cambios personales, mantener una mente abierta, no emitir juicios, ser flexible y tener la habilidad para adaptar sus cualidades a la práctica basada en la competencia cultural, Hume,(1984) (19).
- Poseer conocimiento del ambiente socio-cultural, Guijral, (2003) (22), afirma, que el terapeuta debe conocer y apreciar la variedad de factores políticos, económicos, históricos y geográficos del entorno, los cuales influyen la cultura, al individuo y al grupo. Es decir, conocer la normas culturales, los comportamientos aceptados, y los que se esperan de sus individuos, los contratos sociales, costumbres, tradiciones, valores, taboos, la ética, el orgullo nacional, el impacto de las clases, el género, la edad, la raza y la religión.
- Centrar la evaluación en el individuo, Finlay, (1997) (23), establece que para lograr la competencia cultural en la práctica se requiere abordar al sujeto dentro de una evaluación global que tenga en cuenta su identidad cultural única.
- Towsend, citado por Iwama (2006) (27), expone que cualquier exploración se debe contextualizar en un marco que incluya todos los factores y los determinantes que afectan la salud mental, ser contemplados a través de la identificación de necesidades y recursos, considerando las fortalezas y habilidades. Son apropiados los métodos de evaluación y tratamiento que se enfocan en la capacidad para la solución de problemas que comúnmente emplean las terapeutas ocupacionales, pues estos aparecen como los métodos de intervención que soportan la diversidad cultural.
- La transculturalidad del terapeuta debe darse en diversos niveles, en la comunicación verbal y no verbal, el conocimiento de las normas específicas de cada cultura, sus simbolismos, idiomas, lenguaje e interacciones sociales. Tener en cuenta, el esquema personal individual, los roles esperados y las tareas dentro de la sociedad, así como, la interpretación y explicación que se tenga de la enfermedad (Iwama, 2006) (27).
- Shimitras, Fossey and Harvey, (2003) (14), concluyen que el terapeuta debe tomar un rol activo en investigar sobre la restricción en la participación de las personas con enfermedad mental y desarrollar estrategias innovadoras para crear las condiciones sociales y ambientales, que ofrezcan a tales personas el acceso a las oportunidades ocupacionales, elecciones, y apoyos que apoyen su calidad de vida y estilos de vida saludables.
- Galheigo, (2006) (28), le otorga al terapeuta ocupacional el papel de articulador social centrándose en la construcción de ambientes inclusivos que desestigmaticen al enfermo mental, fortalezcan los vínculos familiares y comunitarios promoviendo el sentido de conexión y pertenencia de esta población, a partir de acciones colectivas desde las organizaciones sociales.
- Días, Garcez y Esquerdo (2006) (29), plantean que el profesional debe apropiarse de los procesos de desinstitucionalización teniendo en

cuenta que: se deben resaltar las acciones transdisciplinarias; tener conocimiento antropológico y sociológico; considerarse como agentes políticos y sociales; tratar la actividad como un medio de socialización y de interrelación, de emancipación económica, laboral y social.

- Fransen (2006) (30), plantea como reto para el terapeuta conocer y comprender el contexto cultural para construir e implementar acciones bajo el principio de la compatibilidad cultural y satisfacer las expectativas psicosociales de las personas y grupos desde su particularidad.

A manera de conclusión se intenta definir el rol del terapeuta ocupacional en salud mental comunitaria integrado a los conceptos de competencias culturales y transculturales dentro de la dinámica Ser humano-ocupación-sociedad, orientado a que:

- El contexto actual de la Salud mental, por su diversidad y dinámica implícita, le exige a éste profesional una visión multidimensional del ser humano, la ocupación y la cultura y de las creencias del individuo y su grupo, de ahí, que los procedimientos que beneficien a ambos deben cumplir la misma función, es decir, toda acción que actúe sobre estos, debe incursionar en los cuatro niveles culturales, descritos por Krefling and Kefting (1991) (27): el primer nivel regional con los patrones comunes y visibles que identifican al grupo dentro de un lenguaje común y situaciones geográficas comunes que incluye las etnias populares; el nivel comunitario, el cual incluye

patrones comunes más pequeños y refinados como los factores socioeconómicos, por ejemplo; el nivel de la familia, el cual hace referencia a diferentes grados de adherencia a normas culturales, roles sexuales y la reacción a la enfermedad mental y por último, el nivel individual, o sea el contacto que hace cada persona con la cultura y la interpretación de la misma.

- El terapeuta ocupacional está en capacidad de abordar procesos de participación comunitaria desde la perspectiva de un desempeño ocupacional inmerso en los dominios de la cultura y de la ocupación como recurso que previene la enfermedad, promueve y restablece el estado de salud en el individuo y sus grupos.
- La diversidad en las características poblacionales y los sujetos en una situación particular, ameritan del terapeuta una visión universal y flexible del ser humano, la ocupación y la sociedad, conocer los determinantes sociales que influyen en el continuo función-disfunción ocupacional de manera diferencial en cada cultura y en cada ser, y conocer diversas estrategias culturales y sociales que afecten de manera positiva dichos determinantes y por lo tanto, la autonomía y calidad de vida de las personas con y sin discapacidad como sujetos de derechos.
- Lo anterior, deja entrever que la salud mental comunitaria, es un campo donde todo está por construirse, en especial en lo que compete al terapeuta ocupacional, en el sentido de utilizar la ocupación y la actividad con propósito, como medio que promueve el desarrollo,

restaura habilidades, organiza el comportamiento, produce bienestar a la persona, posibilita que el sujeto le de resignificación a su existencia, adquiera un sentido de vida y contribuya con el desarrollo social.

- Las acciones deben combinar enfoques modernos y tradicionales siempre en consonancia con los patrones culturales de la diada persona-familia.
- Las personas y sus familias son la principal fuente de información y guía, para orientar las acciones, lo que trasciende de una intervención centrada en la persona a acciones centradas en la familia y la comunidad.
- Las discusiones acerca del papel del terapeuta ocupacional en el campo de la salud mental comunitaria, tendrán fin cuando éste profesional se muestre como el verdadero experto en el manejo del desempeño ocupacional del ser humano, los grupos y la sociedad; y logre trabajar la actividad y la ocupación, desde su capacidad organizadora, simbólica, transcultural, relacional, de comunicación universal, de curación, aprendizaje, pertenencia y trascendencia, es decir, que sobreviva a cualquier contexto, individuo y cambio socio-cultural, sólo así, la preocupación por un rol genérico o especializado dejará de ser tan importante y la integración de estos en una acción oportuna, llegará a la esencia de las comunidades, y, sus necesidades psicosociales lograrán ser satisfechas a través del acto, la creación y el encuentro con el objeto y el otro.
- La trans-culturización de las acciones psicosociales desde Terapia Ocupacional, es urgente y necesaria, se deben flexibilizar los servicios y fortalecer los recursos terapéuticos adaptándolos al amplio rango y variación de las normas culturales de las personas, ya que los rápidos cambios poblacionales han llevado al incremento de una sociedad divergente. Entonces, la información requiere de fundamentos sobre la existencia de estructuras sociales, comportamientos y actitudes culturales, particularmente con referencia a los roles laborales, la concepción de salud y enfermedad mental y los abordajes que se hacen como tratamiento, ya que todo esto cambia según la cultura.
- El rol debe centrarse en el diseño de acciones sociales desde el dominio del desempeño ocupacional del ser humano, para dar respuesta a la exclusión social desde la ocupación como medio de inclusión social de personas y grupos que por su vulnerabilidad psicosocial no ejercen sus derechos sociales y de participación.
- Cualquier práctica dentro del ámbito social depende de la realidad social en que se vayan a centrar los esfuerzos, esto evita la duplicidad de servicios y el desperdicio de esfuerzos (Galheigo, 2006) (28), de igual forma, una práctica basada en la comunidad analiza los determinantes sociales y económicos que influyen en la población y una práctica basada en la población parte de marcos de referencia locales y culturalmente significativos, que analizan los factores humanos, financieros, geográficos y políticos y otras fuerzas que generan la injusticia (Towsend y Whiteford, ( 2006) (28).

- (1) Duncan, E. Occupational therapy in mental health: its time to recognise that it has come age. *British journal of Occupational Therapy*. 1999.62 (11).
- (2) Restrepo, Luis Carlos, Espinel, Manuel. *Semiología de las prácticas de la salud. Colección en administración en salud*. Bogotá. Centro Editorial Javeriano. 1996.
- (3) Gómez Pedro. Colombia y su Salud Mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen XXX. Número 3). (2001). 212.
- (4) Felizzola, Carlos. *Violencia y psiquiatría Colombianas*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2002. XXXI. Volumen 2. (2002). 96.
- (5) Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. *Estudio nacional de Salud mental Colombia*. Editado por Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. Colombia. 2003.
- (6) Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Comité Técnico del consejo distrital para personas que presentan limitaciones de carácter físico, psíquico y sensorial. Bogotá. 2001.
- (7) Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Editado por Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. Colombia. 2003.
- (8) Gómez, Carlos. El posconflicto en Colombia: desafío para la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen XXXII. Número 2. (2003) 130.
- (9) McColl, M. Paterson, M. Davies D. Doubt L, Law, M. Validity and community of the Canadian Occupational performance measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Volumen 67. Número 1. (2000). 22-29.
- (10) Fidler, Gail. Position paper: The psychosocial core of occupational therapy *American journal of occupational therapy*. Volumen 49. Número 10. (1995)
- (11) Cook, J. Innovation and leadership in a mental health facility. *The American journal of Occupational Therapy*. Volumen 49. Número 7. (1994).
- (12) Katschnig, H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona. Editorial Masson. 2000.
- (13) Trujillo, Alicia. *Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. 2002.
- (14) Shimitras, L., Fossey, E., Harvey, C.. Time Use of people living with schizophrenia in a North London Cathment area. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 2. (2003). 46.
- (15) Grossman, J. A prevention model for occupational therapy. *The American journal of Occupational Therapy*. Volumen 45. Número 1 (1990).
- (16) Taylor, A., Rubin, R. How do occupational therapist define: their role in a community mental health setting? *British journal of occupational therapy*. volumen. 62. Número. (2003).
- (17) Meeson, B.. Occupational therapy in community mental health, part 2: Factors influencing intervention choice. *British journal of Occupational Therapy*. 1998. 61(2). 57-61.
- (18) Harrison, D. The case for generic working in mental health occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. volumen66. Número 3. 2003).110.
- (19) Cook, Susan. Generic and specialist interventions for people with severe mental health problems : can interventions be categorised ?. *British Journal of occupational Therapy*. Volumen 66. Número 1. (2003). 17.
- (20) Meeson, B. Occupational therapy in community mental health, part 1: intervention choice. *British journal of Occupational Therapy*. Volumen 61. Número 1. (1988).7-11.
- (21) Awaad, Terry. Culture, cultural competency and Occupational Therapy : a Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 8. (2003). 356.
- (22) Awaad, T.erry. Culture, cultural competency and psychosocial Occupational Therapy: a Midle eastern Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 9. (2003). 409.
- (23) Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, ACTO. *Boletín informativo número 1*. Bogotá. 2000.
- (24) Caicedo, María Eugenia. *El terapeuta ocupacional y la rehabilitación en salud mental*. *Revista Ocupación Humana*. ACTO. Volumen 7. Número 1. (1997).

(25) Kronenberg, Fransen, Pollard. Una llamada a la profesión a comprometerse con población afectada por el Apartheid ocupacional. *Trascendiendo Fronteras*. Asociación Española de Terapeuta ocupacionales. Número 38. (2005).

(26) Pollard, Kronenberg. Una llamada a la profesión a comprometerse con población afectada por Apartheid ocupacional. *Trascendiendo Fronteras*. Asociación Española de Terapeuta ocupacionales. Número.38. (2005).

(27) Iwama M. Ubicación en el contexto. *Cultura, Inclusión y Terapia Ocupacional*.

*Terapia ocupacional sin Fronteras*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

(28) Galheigo S. *Terapia Ocupacional en el ámbito social*. *Terapia ocupacional sin Fronteras*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

(29) Dias, Garcez y Esguerdo. *Terapia Ocupacional social*. *Terapia ocupacional sin Fronteras*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

(30) Fransen H. Los desafíos de la Terapia ocupacional en Rehabilitación Basada en comunidad. *Terapia ocupacional sin Fronteras*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

### OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

(1) Arteaga Carlos. Salud mental: un objetivo inaplicable. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen. XXXI. Número 1. (2002) 6.

(2) Meeson, B. Occupational therapy in community mental health, part 1: intervention choice. *British journal of Occupational Therapy*. volumen 61. Número 1. (1988). 7-11.

(3) Heather, F. Pro-motion: a positive way forward for clients with severe and enduring mental health problems living in the community, part 2. *British Journal Of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 1. (2003). 25.

(4) Lampert, R. Occupation and lifestyle: implications for mental health practice. *British journal of occupational therapy*. Volumen 61. Número 5. (1988).

(5) Rebeiro, K. Occupation as means to mental health. *Canadian Journal of occupational therapy*. Volumen 65. Número 1. (1998).

(6) Santacruz, M. y cols. Salud mental, Competencia Ocupacional y calidad de vida, Una experiencia. *Institución Universitaria Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación*. (2003).

(7) Stoffel, V. Statement : Psychosocial concerns within occupational therapy practice . *The American Journal of occupational therapy*. Volumen 49. Número 10. (1995).

(8) Finlayson, M, Edwards, J. Integrating the concepts of health promotion and community into occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational therapy*. Volumen 62. Número 2. (1995). 76-80.

(9) Harries, P., Gilhooly, K. Generic and specialist Occupational Therapy casework in community mental health teams. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 3. (2003) 101.

