

Artículo de Reflexión/Ensayo

Desafíos de la terapia ocupacional en salud mental: reflexiones desde una experiencia de docencia

Desafios da terapia ocupacional em saúde mental: reflexões a partir de uma experiência docente

Challenges for occupational therapy in mental health: an approach from the teaching experience

Diana Milena Ramírez Osorio^a , Jeannette Amanda Méndez Montaña^b 

^aEscuela Colombiana de Rehabilitación – ECR, Bogotá, Colombia.


^bUniversidad Nacional de Colombia – UNAL, Bogotá, Colombia.

Cómo citar: Ramírez Osorio, D. M., & Méndez Montaña, J. A. (2022). Desafíos de la terapia ocupacional en salud mental: reflexiones desde una experiencia de docencia. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3222. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF246232223>

Resumen

Reflexionar la terapia ocupacional en salud mental desde la práctica docente, con enfoque cualitativo y crítico permite identificar desafíos profesionales en los contextos habituales de las personas y colectivos. Priorizar el contexto clínico para la atención ha condicionado la integralidad y continuidad de los procesos. La terapia ocupacional en salud mental debe transitar además por los contextos habituales, en los que las personas participan en ocupaciones. Este artículo presenta las reflexiones hechas, en torno a los desafíos de la terapia ocupacional en la atención integral en salud mental, desde la práctica docente. Dichas reflexiones parten del uso de técnicas cualitativas de análisis empleadas por las docentes del área psicosocial entre 2013 y 2020, entre las cuales se incluye la revisión y el análisis documental del marco normativo y conceptual, diarios de campo, documentos de sistematización de experiencias, observación participante y espacios académicos de discusión. Se observa que la terapia ocupacional en salud mental en Colombia, se ha estructurado principalmente en contextos clínicos, con enfoque resolutivo que frecuentemente da respuesta a necesidades individuales relacionadas con sintomatología asociada a los trastornos prevalentes; esta institucionalización de las prácticas limita la continuidad de los procesos. Es necesario realizar una aproximación a reflexiones que se vienen dando, en las que se reconoce al terapeuta ocupacional como el profesional que promueve el análisis, la interacción entre sistemas, contextos, personas, poblaciones y ocupaciones; perspectiva que permitiría responder a planteamientos actuales de política; de atención integral e inclusión social. La profesión debe contemplar el abordaje de

Recibido Dic. 2, 2021; 1ª Revisión Feb. 1, 2022; 2ª Revisión Feb. 22, 2022; Aceptado Jul. 1, 2022.

 Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

necesidades ocupacionales subjetivas en los contextos habituales, redimensionando el uso de la ocupación como herramienta para la autonomía e inclusión social.

Palabras-clave: Rehabilitación, Promoción de la Salud, Prevención, Salud Mental, Terapia Ocupacional.

Resumo

Refletir a terapia ocupacional em saúde mental desde a prática docente, com enfoque qualitativo e crítico, permite identificar desafios profissionais nos contextos habituais das pessoas e coletivos. Priorizar o contexto clínico para o atendimento condicionou a integralidade e continuidade dos processos. A terapia ocupacional em saúde mental deve transitar também pelos contextos habituais, nos quais as pessoas participam de ocupações. Este artigo aborda reflexões desde a prática docente sobre os desafios da terapia ocupacional na atenção integral em saúde mental. Essas reflexões são baseadas no uso de técnicas de análise qualitativa utilizadas por docentes da área psicossocial, entre 2013 e 2020, entre os quais se inclui a revisão e análise documental do marco normativo e conceitual, diários de campo, documentos de sistematização de experiências, observação participante em espaços acadêmicos de discussão. Observa-se que a terapia ocupacional em saúde mental na Colômbia tem sido estruturada principalmente em contextos clínicos, com enfoque resolutivo. Frequentemente dá resposta a necessidades individuais relacionadas com a sintomatologia associada aos transtornos prevalentes; esta institucionalização das práticas limita a continuidade dos processos. É necessário realizar uma aproximação a reflexões que vêm se dando, nas quais se reconhece o terapeuta ocupacional como o profissional que promove a análise, a interação entre sistemas, contextos, pessoas, populações e ocupações; perspectiva que permitiria responder a abordagens atuais de política de atenção integral e inclusão social. A profissão deve contemplar a abordagem de necessidades ocupacionais subjetivas nos contextos habituais, redimensionando o uso da ocupação como ferramenta para a autonomia e inclusão social.

Palavras-chave: Reabilitação, Promoção da Saúde, Prevenção, Saúde Mental, Terapia Ocupacional.

Abstract

Reflecting on occupational therapy in mental health from an academic practice while utilizing a critical qualitative approach allows one to identify professional challenges in the daily live contexts of individuals and groups. Prioritizing the clinical context to care has conditioned integral and continuous processes. Occupational therapy in mental health must also transit the daily contexts in which people participate in occupations. This article reflects on occupational therapy challenges in mental health care from academic practice. These reflections are based on the use of qualitative analysis techniques used by two educators in the psychosocial area between 2013 and 2020, among which are included the documentary revision and analysis of the normative and conceptual framework, field journal, documents of systematization of experiences, participant observation and academic spaces for discussion. It allows us to observe that occupational therapy in mental health in Colombia has been structured mainly in clinical contexts, with a resolutive approach. It frequently responds to individual needs related to symptoms associated with prevalent disorders; this institutionalization of the practices limits the continuity of the processes. It is necessary to recognize the current reflections in which occupational therapists are valued professionals who promote the analysis and interaction between

systems, contexts, people, populations, and occupations. This dynamic would allow responding to current policy approaches, comprehensive care, and social inclusion. The profession must contemplate subjective occupational needs in daily life contexts, making use of occupation as a tool for autonomy and social inclusion.

Keywords: Rehabilitation, Health Promotion, Prevention, Mental Health, Occupational Therapy.

A Manera de Introducción

Asumir la práctica docente desde la perspectiva política, crítica y dialéctica implica traer las tensiones sociales a los espacios de formación con el propósito de reflexionarlas y transformarlas; en este sentido la construcción de conocimiento situado permite hacer visibles situaciones que pueden estar implicando estereotipos, prejuicios, estigmas y barreras como punto de partida para configurar nuestras prácticas.

Este artículo presenta reflexiones sobre los desafíos que afronta la terapia ocupacional en salud mental, a partir de la práctica docente, frente a las tendencias actuales que exigen el fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención y la continuidad e integralidad en los procesos de atención, con enfoque comunitario.

Las reflexiones surgen de la aplicación de estrategias de investigación cualitativa como la observación participante, el análisis cualitativo de documentos de marco normativo y conceptual y de las experiencias registradas en diarios de campo y documentos de sistematización. En coherencia con lo planteado por Creswell, como se citó en Vasilachis et al. (2006), en la investigación cualitativa, como proceso interpretativo, quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas y conduce el estudio en una situación natural.

Las reflexiones se presentan de acuerdo con las experiencias de acompañamiento docente; los materiales recolectados tras la experiencia personal permiten, en palabras de Denzin y Lincoln, como se citó en Vasilachis et al. (2006), indagar en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan; para lo cual se analizan registros anecdóticos que describen momentos habituales y problemáticos y algunos de los significados atribuidos por las personas, en los contextos de atención en salud mental en los cuales se acompañaron las prácticas académicas entre el 2013 y el 2020.

En primer lugar, se presentan tensiones y diálogos necesarios para la transformación de las prácticas de formación y del actuar profesional y docente; en este apartado se ponen como punto de partida, elementos conceptuales y normativos que se asumen como base para la atención integral en salud mental en Colombia. Posteriormente se presentan las reflexiones surgidas tras la interpretación de dichos elementos y el acompañamiento docente de prácticas en salud mental, se identifican algunos interrogantes que interpelan el quehacer del Terapeuta Ocupacional. Finalmente, a manera de conclusión, se comparten algunos desafíos del quehacer docente.

Las reflexiones transcurren específicamente en tres categorías: contextos: institucional, familiar, comunitario, laboral y escolar; enfoques: asistencial, de promoción y prevención, rehabilitador e inclusión social; e impactos: individual, familiar y colectivo (ver Tabla 1), a

partir de las cuales se interpretan las prácticas formativas actuales en salud mental, el quehacer del Terapeuta Ocupacional y sus desafíos.

Tabla 1. Estructura para el análisis del quehacer del terapeuta ocupacional en salud mental.

CONTEXTO	INSTITUCIONAL	FAMILIA	COMUNIDAD	LABORAL/ TRABAJO	ESCOLAR
ENFOQUE	Asistencial/ Resolutivo	Promoción Prevención Inclusión social	Promoción Prevención Inclusión social De derechos	Promoción Prevención Inclusión Laboral Reubicación	Promoción Prevención Inclusión educativa
IMPACTO	Individual Autocuidado Bajo impacto en la familia Ningún impacto en los contextos comunitario, laboral y educativo	Individual Familiar	Individual Familiar Colectivo (social)	Individual Colectivo (social)	Individual Familiar Colectivo (social)

Fuente: Elaboración propia de las autoras, 2020.

Tensiones y Diálogos Necesarios para la Transformación

La salud mental es una prioridad para la salud pública en Colombia por su alta incidencia, potencial de cronicidad y graves consecuencias que ocasiona en individuos, familia y comunidad. Aspectos que se asocian a detección tardía; características de oportunidad, integralidad y continuidad de los servicios de salud y a determinantes sociales relacionados con violencia, desplazamiento, consumo de sustancias y transformaciones en la estructura familiar y social (Colombia, 2003).

Lo anterior, representa un desafío para la terapia ocupacional, en la transformación de prácticas tradicionales y la estructuración de procesos de atención integrales, con perspectiva de transcurrir vital, que aborden los contextos institucional, ambulatorio, hogar, escuela/trabajo y social (American Occupational Therapy Association, 2010). A manera de introducción, se describen brevemente los contextos, enfoques e impactos de la atención en salud mental, que hoy demandan de reflexiones conceptuales y operativas, a partir de las reformas que plantea la estructura normativa en Colombia.

Contextos

Históricamente, la enfermedad mental transitó entre explicaciones naturalistas, sobrenaturales, religiosas, biológicas y deterministas, lo que contribuyó a su tardío reconocimiento como problema de salud. En el Siglo XVIII, las personas con enfermedad mental eran consideradas un peligro para la sociedad, por esto se crean asilos (Sánchez et al., 2013). Colombia adopta los asilos en 1870 y son usados como centros de formación médica (Rosselli, 1999), junto con los credos religiosos, las leyes e imaginarios determinan su comprensión y manejo. Esta intervención basada en el aislamiento generó dinámicas de exclusión, marginalidad y estigmatización en las sociedades (Salaverry, 2012).

Hoy, los principios de la atención en salud mental establecen que las personas deben recibir tratamiento en lugares donde haya mayor libertad, se respete su posición social, trabajo, vida cotidiana y derechos sociales (Organización de las Naciones Unidas, 1991). En la práctica, esto significa promover la atención basada en comunidad y solo recurrir a tratamientos

institucionales en circunstancias excepcionales que impliquen riesgo para su vida o la de quienes le rodean (Organización Mundial de la Salud, 2003) ya que aislar al enfermo de su medio genera una mayor discapacidad social (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

La renovación de los servicios de salud mental en Latinoamérica se ha dado a partir de la desconcentración de los servicios hospitalarios y la asignación de recursos para la implementación de acciones de Atención Primaria en Salud (APS) (Organización Panamericana de la Salud, 2006a). Lo que impulsa la desinstitucionalización y promueve la rehabilitación psicosocial e inclusión en programas extra-hospitalarios (Berlinck, 2009). Desafíos que asume Colombia en su Plan Obligatorio de Salud (POS) (Colombia, 1994), que en la actualidad se denomina Plan de Beneficio en Salud.

La *Ley 1616 de 2013* reconoce la salud mental como derecho y su garantía mediante la implementación de acciones de promoción, prevención y atención integral e integrada que fortalezcan la base social (Colombia, 2013); lo que concuerdan con el artículo 49 de la Constitución Colombiana, e implica un abordaje integral en los contextos institucional, familiar, comunitario, laboral y escolar, aún deficiente, por la priorización de la atención institucional.

Enfoques

La culminación de la segunda guerra mundial trajo importantes cambios sociales y nuevas concepciones sobre los derechos humanos. En Europa se iniciaron experiencias en salud mental desde el interior de las instituciones que cuestionaron la estructura de control y generaron modalidades de comunidad terapéutica que “horizontalizaron” las relaciones entre usuarios y profesionales, las decisiones sobre el tratamiento y funcionamiento de las instituciones (Guajardo et al., 2016).

En el inicio del siglo XXI se supera la mirada sobre la disfuncionalidad y la patología y se promueve una mirada integral, que reconoce a las personas desde la capacidad, los significados otorgados a sus ocupaciones, las oportunidades para acceder a estas y las características de sus contextos cotidianos. Esto da importancia a la ocupación de las personas y comunidades y a la forma en que la terapia ocupacional aporta a la participación en ocupaciones significativas y satisfactorias (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, 2016). Lo anterior cuestiona los enfoques asistenciales y resolutivos tradicionales, en el marco de los cuales, la terapia ocupacional desde sus inicios en Colombia, en el año 1966, priorizó la noción de enfermedad biológica y mental y empleo la actividad como un medio/instrumento para reducir las disfunciones físicas o mentales. Esta posición fue coherente en su momento porque respondía al modelo de atención a la enfermedad (Trujillo, 2002), hoy la terapia ocupacional amplía su enfoque, desde una perspectiva de la ocupación en la que se promueve la justicia ocupacional, la participación social y la garantía de los derechos de las personas con trastornos mentales.

Impactos

La violación de los derechos humanos, la estigmatización, la privación de la libertad y la exclusión de las personas con trastornos mentales ha sido constante a través de la historia; la atención institucionalizada les ha atribuido la responsabilidad de la rehabilitación y restringido su participación en la vida cotidiana.

La actual brecha y las dificultades de acceso oportuno a servicios de salud son algunas de las principales barreras en los contextos latinoamericanos (Kohn et al., 2005); lo que contribuye a que la enfermedad mental sea percibida como una carga para las familias, quienes con frecuencia

optan por la institucionalización por vías legales. La interdicción, somete a las personas a tratamientos sin su consentimiento, prescritos por conceptos médicos y/o legales (Camacho et al., 2010), lo que impacta su autonomía, invalidando sus intereses, motivaciones y proyecciones.

La institucionalización, como acción legal, es el recurso que se presenta más viable para las familias y cuidadores quienes evidencian un impacto en sus propias ocupaciones y en su economía; asociado a la demanda de tiempo para el cuidado y a los costos de tratamiento. Se estima que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por trastorno mental o conductual (Organización Mundial de la Salud, 2004). La atención en salud mental debe proyectar el logro de la complementariedad entre los contextos institucionales y comunitarios, la eliminación del estigma y la vinculación efectiva de las personas con trastornos mentales a la cotidianidad (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Reflexiones Surgidas en el Acompañamiento Docente de Prácticas en Salud Mental

En el contexto institucional/clínico, el terapeuta ocupacional busca en estancias cortas mantener capacidades que permitan a las personas, continuar con el desempeño de roles y la participación en ocupaciones significativas, mediante actividades terapéuticas con propósito de tipo cognitivo, psicoeducativo, productivo, socioafectivo y/o psicomotoras, entre otras, según necesidad; en este proceso, uno de los principales propósitos del equipo interdisciplinario es que la persona tenga “*conciencia de enfermedad*” e identifique riesgos, situaciones detonantes y la importancia de la medicación, para facilitar el manejo de la enfermedad.

La búsqueda de conciencia de enfermedad puede generar un impacto contrario cuando se construye una identificación negativa y una condición de minusvalía asociada a la enfermedad, “yo no puedo... mi enfermedad... mi discapacidad me lo impide. Entonces, yo soy esquizofrénico”. Esto hace que las personas omitan sus potencialidades, situación que el profesional debe reconocer y atender.

En estancias largas, se cuenta con talleres productivos en los que participan las personas según su nivel de funcionalidad, el objetivo desde terapia ocupacional es generar sentido de logro y mantener la ocupación, pero en ocasiones no hay relación entre las opciones ocupacionales ofertadas con los intereses y capacidades personales: “Nos obligan a participar en talleres que no son de nuestro interés, yo quiero que me devuelvan mi plantilla de braille para escribir en lugar de pintar”. Los estudiantes de práctica perciben restricciones en los propósitos relacionados con la proyección ocupacional de cada persona: “no hay acciones que sean creativas, enriquecedoras para el potencial ocupacional de las personas, sino que se restringen a acciones repetitivas”.

El abordaje institucional descrito, enfrenta el reto de articular acciones a otros contextos, como el familiar, por ejemplo, como lo reconoce una mujer mayor al momento de salir de la clínica: “A mí me fue muy bien en la terapia porque allí me entienden, pero el problema es en mi casa. ¿Cómo podríamos enseñarle a mi familia?” Lo que reafirma a la familia como un contexto promotor de bienestar o, por el contrario, de situaciones detonantes.

El terapeuta ocupacional desarrolla procesos psicoeducativos dirigidos principalmente al cuidador con el propósito de facilitar el manejo de la enfermedad en casa, debido a las restricciones en la continuidad y seguimiento interdisciplinar de los procesos en casa, con frecuencia su labor se restringe a dar indicaciones para favorecer la ejecución de las ocupaciones cotidianas y conservar el máximo nivel de independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

La terapia ocupacional para ir más allá, debe reconocer las dinámicas familiares y desarrollar acciones para prevenir situaciones que pongan en riesgo el equilibrio ocupacional y los roles de los miembros de la familia por las exigencias del cuidado. Como lo manifiesta un profesional: “La cronicidad de la enfermedad, su sintomatología y la carga económica que implica hace que las familias se desentiendan de ellos, porque tenerlos en casa requiere esfuerzos”. Lo que hace que las familias se desvinculen del proceso de rehabilitación y prefieran la hospitalización (Organización Mundial de la Salud, 2004), como lo manifestó un terapeuta ocupacional: “El tiempo de trascurso de la patología y el desconocimiento de su manejo es lo que desgasta a las familias. Ellos se vuelven agresivos, casi inmanejables en casa. Internarlos es la solución más fácil”.

La falta de apoyos en las familias altera sus dinámicas, lo que resulta nocivo para las personas y origina una identificación positiva con el contexto hospitalario porque muchas personas encuentran en él un respiro: “Aquí entra la gente y siente que es su sitio de confort...” “Aquí me dan de comer, duermo y tengo tiempo libre, que más quiero”.

En el *contexto comunitario*, el terapeuta ocupacional reconoce necesidades ocupacionales individuales y colectivas, aspectos de orden cultural, económico, social y político que determinan la calidad de vida; facilita la identificación de las personas como sujetos políticos, con derechos y capacidades para vincularse a escenarios de participación, formación e inclusión y tiene como propósito final la justicia ocupacional (Rojas, 2011). Aun, siendo este el deber ser, en la realidad, la sociedad estigmatiza a las personas y las subvalora al construir un imaginario en el que se piensa que su condición no les permite aportar a la sociedad.

El *contexto laboral* ha sido poco explorado por la terapia ocupacional como ámbito de acción en salud mental. En este, el terapeuta ocupacional gestiona programas de bienestar, estilos de vida y trabajo saludable, de orientación vocacional y profesional, de rehabilitación, calificación de la pérdida de capacidad laboral, valoración ocupacional, inclusión social y certificación de discapacidad (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, 2016). Es necesario reconocer como prioridad este contexto en salud mental como lo establece la ley 1616 y formular estrategias que respondan a las necesidades de las personas, las empresas y a requerimientos normativos.

Finalmente, en el *Contexto Educativo*, lidera procesos de orientación, inclusión escolar, asesorías y consultorías, programas de promoción, prevención, nivelación y remediación de los desempeños ocupacionales a través del juego y las habilidades relacionadas con el aprendizaje académico (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, 2016).

Desde el abordaje institucional de la salud mental son pocas las acciones que se articulan a los procesos descritos en los contextos comunitario, laboral y escolar.

Algunos Interrogantes que Interpelan el Quehacer del Terapeuta Ocupacional

Según lo planteado en la Ley 1616 de 2013, el manejo integral e integrado de la salud mental, exige procesos de atención desde la perspectiva holística e interdisciplinar que articule, los contextos institucionales/clínico, comunitario, escolar y laboral. En la realidad, las acciones están desarticuladas y alcanzan un impacto parcial y segmentado en la recuperación de las personas. ¿Cómo lograr un impacto individual y colectivo en los procesos de atención en salud mental implementados por el Terapeuta Ocupacional?, si, el impacto se entiende como el logro del desempeño ocupacional autónomo y satisfactorio, y busca la plena capacidad para tomar decisiones acerca de su propia vida.

El abordaje del Terapeuta Ocupacional, desde los diferentes contextos, debe posibilitar la inclusión de las personas con enfermedad mental al tejido social (Sánchez et al., 2013). Para lograrlo, es necesario reconocer su historia ocupacional, su pasado, presente y proyección; comprender el valor que le dan a sus capacidades y ocupaciones, las características de sus contextos e identificar el éxito, satisfacción o frustración que experimentan al participar en ocupaciones. Lo anterior, permitirá diseñar procesos de atención significativos para las personas, que logren incluirlas en la sociedad (Rojas, 2011).

El momento de hospitalización implica un distanciamiento del tiempo y espacio real, sustituido por un tiempo y espacio clínico paralelo, en el que cada persona debe asumir su rehabilitación. Disminuir el impacto del distanciamiento y facilitar la continuidad de sus ocupaciones al momento de salir de la clínica, requiere de acciones de seguimiento pos hospitalario y de articulación con procesos comunitarios, que vinculen sus significados ocupacionales y faciliten el tránsito y la reinserción social.

En este sentido, la familia cobra un papel importante en los procesos de rehabilitación. Su abordaje se ha centrado en la dimensión clínica, la cual puede complementarse desde la perspectiva ocupacional que fomenta el desempeño ocupacional autónomo, como factor protector de las personas en sus contextos habituales. Debe considerar, el equilibrio ocupacional de cada miembro de la familia, con el propósito de disminuir la carga percibida por el cuidado y de identificar las redes de apoyo con las que cuentan para estos fines. Es necesario preguntarse: ¿Cómo lograr, mediante la articulación de los diversos contextos de intervención, procesos de atención en salud mental integrales y continuos que impacten la autonomía y la capacidad para tomar decisiones en las personas y sus familias?

En busca de la integralidad, complementariedad y continuidad de la atención en salud, se debe reconocer la interconexión de los diferentes aspectos inherentes a los tejidos sociales: relaciones personales, aspectos psicosociales, necesidades individuales y colectivas, ambientes físicos, constructos culturales, ejercicios de poder, entre otros. Entender la influencia de estas dinámicas en la ocupación humana, así como de las acciones que se desarrollan en los programas de salud pública y de atención basada en comunidad, le permitirá al Terapeuta Ocupacional diseñar estrategias que respondan a valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS (Organização Mundial de Saúde, 2007), dentro de los cuales se encuentra el de justicia social; en el que la terapia ocupacional como disciplina incluye como base de reflexión la justicia ocupacional.

Tener en cuenta el contexto laboral, es importante cuando se hace referencia a la justicia ocupacional, ya que es a través del trabajo que las personas satisfacen sus necesidades de supervivencia, satisfacción y logro. El Terapeuta Ocupacional tiene en cuenta: el nivel de satisfacción del trabajador con la labor desempeñada, las posibilidades de elección ocupacional, el sentido que le otorgan a sus ocupaciones, la valoración social que tiene su trabajo y cómo influyen las condiciones económicas del país, la oferta y la demanda de los mercados laborales. El Terapeuta Ocupacional enfrenta el reto de articular a los actores del contexto (empleadores, directivas y compañeros) a procesos de promoción, prevención e inclusión en salud mental.

Los contextos laborales no pueden quedar fuera de los procesos de inclusión de personas con enfermedad mental, el Terapeuta Ocupacional debe formular intervenciones acordes a las necesidades y requerimientos normativos, que reconozcan las destrezas ocupacionales de las personas.

El contexto escolar demanda un abordaje integral que incluya a maestros, estudiantes, familia y comunidad. Los programas de promoción y prevención

intersectoriales no pueden ser ajenos a la realidad en la que está inmersa la institución escolar; las actuaciones del Terapeuta Ocupacional deben aportar a la articulación, para el mantenimiento del equilibrio ocupacional de los escolares.

Las características de intervención en salud mental en contextos clínicos, exigen al Terapeuta Ocupacional preguntarse por ¿Cómo transformar sus actuales prácticas para trascender hacia los contextos de vida cotidiana? El diseño de estrategias ocupacionales que den respuesta a esta pregunta dotará de significado el quehacer del Terapeuta Ocupacional en salud mental, aspecto fundamental para visibilizar el valor transformador de la ocupación.

Frecuentemente, en los contextos hospitalarios, los Terapeutas Ocupacionales experimentan frustración por la baja percepción de logro de sus intervenciones, debido a que los procesos de rehabilitación desde el modelo médico y asistencial difícilmente tienen continuidad y restringen la implementación de procesos ocupacionales que faciliten la inclusión social y disminuyan el reingreso a los servicios.

Ocasionalmente, el desconocimiento del quehacer del Terapeuta Ocupacional por el equipo interdisciplinario genera una subvaloración de la profesión y una percepción errónea frente a su incidencia en los procesos de rehabilitación. Este imaginario es reafirmado por los modelos médicos que focalizan el trabajo en el manejo de la sintomatología, desconociendo el potencial de la ocupación para posibilitar el retorno al trabajo, al hogar y a la comunidad de las personas.

Es necesaria, para la terapia ocupacional, la sistematización y publicación de experiencias de intervención en salud mental que respondan a los nuevos retos de atención, contribuyan al diálogo interdisciplinario y promuevan acciones ocupacionales renovadas y significativas en el país.

A Manera de Conclusión, Algunos Desafíos

Responder a los retos que afronta la salud mental, requiere procesos de intervención que sean transversales y continuos, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación integral (Organización Panamericana de la Salud, 2006b) y continuidad de los cuidados con las personas con trastornos mentales y sus familias; acciones que responden a la necesidad de inclusión social de las personas y sus familias.

Para el Terapeuta ocupacional, estos retos se expresan en comprender las dimensiones de la persona, considerar modelos de intervención innovadores y contextualizados y hacer uso de la actividad con propósito y significado, en tanto que la ocupación dota de sentido a las personas, las resignifica, genera bienestar, les permite definirse, participar en grupos sociales y a la vez diferenciarse, con sus particularidades y singularidades. De esta manera la enfermedad se entiende como una condición de la persona, pero no es la condición que la define.

Es importante definir las competencias del Terapeuta ocupacional en salud mental tanto para los contextos clínicos, como para la APS y describir su rol y aporte en escenarios interdisciplinarios. Así como transformar el enfoque de actividades dirigidas al manejo de la sintomatología o componentes del desempeño vistos de manera aislada y estructurar *procesos ocupacionales* que trasciendan la estancia hospitalaria y permitan a los usuarios proyectarse ocupacionalmente en su cotidianidad.

Estos retos que debe afrontar el terapeuta ocupacional transitan inicialmente en los escenarios de formación, la labor docente, debe promover en los estudiantes una perspectiva crítica y propositiva, que interpele la desarticulación de los procesos de

intervención clínica, comunitaria y propenda por generar acciones que den continuidad al acompañamiento de la persona y su familia, desde el contexto clínico hasta el proceso de inclusión social y de ser posible laboral o educativo.

De otra parte, la reflexión sobre la comprensión de la salud mental de las personas y los procesos de atención-acompañamiento del terapeuta ocupacional, deben ser tema de la relación estudiante – docente, además de aquellos que competen a las habilidades propias para el ejercicio profesional.

Desde una perspectiva situada, el docente, debe acompañar al estudiante a descubrir su identidad profesional a través de su experiencia personal, como lo menciona García & Lozano (2019).

Una terapia ocupacional situada y localizada nunca se podrá teorizar desde la academia (García & Lozano, 2019, p. 167) ni desde ningún lugar. La comprensión viene dada de la práctica misma, la relación con los sujetos, el mirar al otro con los ojos de ese otro, no como una persona que se encuentra en una posición alienada sobre su vida y sus decisiones ocupacionales, no es alguien que desconoce o no sabe, es alguien que entiende el mundo de una perspectiva a la que posiblemente nos hemos cerrado desde nuestra propia formación.

El proceso formativo como acción política, puede implicar el empoderamiento y la generación de alternativas de abordaje diversas, que aporten a los procesos de atención convencionales y permitan la transformación permanente de nuestro quehacer profesional, de cara a las realidades sociales en las cuales nos desempeñamos.

Referencias

- American Occupational Therapy Association – AOTA. (2010). Specialized knowledge and skills in mental health promotion, prevention, and intervention in occupational therapy practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(Supl. 6), 30-43.
- Berlinck, M. T. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. *Salud Mental*, 32(4), 265-267.
- Camacho, J. D., Montoya, M. J., Franco, A., & Ramírez, A. C. (2010). *La esterilización forzosa de las PCD a través de los procesos de interdicción: una doble vulneración de derechos humanos y fundamentales*. Bogotá: Alamadigital S.A.S.
- Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional – CCTO. (2016). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Bogotá: CCTO.
- Colombia. (1994, 5 de agosto). Resolución nº 5261 de 5 de agosto de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, 138. Bogotá.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social – MINSALUD. (2003). *Estudio nacional de salud mental*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Colombia. (2013, 21 de enero). Ley nº 1616, de 21 de enero de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá.
- García, T. Y., & Lozano, P. J. (2019). *Terapia ocupacional andina: Nukanchipa Iachai. Construido con el Pueblo indígena Inga de Santiago-Putumayo* (Trabajo de grado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Guajardo, A., Córdoba, A. G., González, D. A., & Leiva, M. D. (2016). *Derechos humanos y discapacidad. Dialogos colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia*. Santiago de Chile: Editorial Universidad de Santiago.
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., & Saraceno, S. S. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-240.

- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posicionamiento de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas – ONU. (1991). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. 13. Recuperado el 2 de diciembre de 2022, de http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/1_Universales/B%E1sicos/4_Derechos_PPL/1145_Ppios_protecci%F3n_enfermos_mentales.pdf
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2003). *Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Ginebra: Editores Médicos S.A.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2004). *Invertir en salud mental*. Recuperado el 2 de diciembre de 2022, de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (1990). *Declaración de Caracas*. Caracas: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2006a). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. Organización Mundial de la Salud – OMS. (2006b). *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados*. Washington: OMS.
- Rojas, C. (2011). *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Rosselli, H. (1999). Rodrigo Muñoz y la Psiquiatría Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 28(3), 240-248. Recuperado el 2 de diciembre de 2022, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v28n3/v28n3a07.pdf>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148. Recuperado el 2 de diciembre de 2022, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Sánchez, R. O., Polonio, L. B., & Pellegrini, S. M. (2013). *Terapia ocupacional en Salud Mental: teoría y técnicas para la autonomía personal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Trujillo, A. (2002). *Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vasilachis, G., Ameigeiras, A. R., Chernobilsky, L. B., Giménez, B. V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., & Soneira, A. J. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Contribución de los Autores

Diana Milena Ramírez Osorio y Jeannette Amanda Méndez Montaña contribuyeron en la concepción del texto, organización y análisis de la información, la redacción, revisión final del texto y aprobaron la versión final.

Autor para la correspondencia

Diana Milena Ramírez Osorio
e-mail: diana.ramirezo@ecr.edu.co;
dramirezo@unal.edu.co

Editor de sección

Profa. Dra. Daniela Testa