

EL MONITOR EN LA TERAPIA OCUPACIONAL: REFLEXION TRAS 25 AÑOS DE TRABAJO

**Comunicación presentada el 28 de Octubre de 1994 en la Jornada de XXV
Aniversario de la Laborterapia-Terapia Ocupacional del Hospital de Bermeo**

MARIASUN	GARAY	(Psicóloga del Hospital Psiquiátrico de Bermeo)
FEMARI	APRAIZ	(Monitora del Hospital Psiquiátrico de Bermeo)
ELISA	ARTETA	"
MANOLI	BADIOLA	"
ITZIAR	BILBAO	"
JULIA	CALVO	"
J.RAMON	GALDONA	"
ARANTZA	MEÑAKA	"
ITZIAR	MUGICA	"
AMAIA	URDANETA	"
JULEN	URKIDI	"

Es inevitable el reconocer que el primer impulso que motivó el tema de esta ponencia tenía un carácter fundamentalmente sentimental, proveniente de un estado vivencial de insatisfacción indiferenciada hacia nuestra labor general en Terapia Ocupacional, y, en concreto, hacia nuestra figura profesional como monitor.

El sentarnos a hablar, nos ha permitido dejar de un lado los apasionamientos y comenzar a reflexionar sobre nuestra situación real y objetiva: sobre lo ejecutado, lo ejecutando, y lo ejecutable.

Esquemáticamente, realizaremos un pequeño recorrido histórico sobre lo que consideramos crucial de lo ocurrido en estos 25 años contrastándolo con nuestro haber actual.

Comenzamos, pues, haciendo un poco de historia:

La Reforma Psiquiátrica tuvo su auge ideológico y técnico a finales de los años 60 y principios de los 70, mas su articulación en nuestro país no comenzó a producirse hasta una década después. Este cambio se plantea en un contexto en el que las características fundamentales de la organización de los servicios psiquiátricos eran las siguientes:

- El objetivo primordial era la custodia de los pacientes psiquiátricos.
- La asistencia hospitalaria tenía connotaciones de tipo benéfico.
- La inespecificidad de la atención psiquiátrica se combinaba con la heterogeneidad de los pacientes.
- Inexistencia de asistencia primaria y terciaria.
- Falta de coordinación entre los diversos Servicios que imposibilitaba la planificación.
- Los hospitales psiquiátricos carecían de una personalidad jurídico-administrativa que los identificara. (Ozámiz,1988).

Imbricado inevitablemente a este marco de funcionamiento general, el perfil del profesional que desarrollaba su labor en las Instituciones Asistenciales y Terapéuticas se agrupaba en dos colectivos claramente diferenciados:

- Los profesionales reconocidos ya desde hace tiempo: maestros, psicólogos, psiquiatras, etc., cuya aportación era considerada "científica" y bien enmarcada teórica y prácticamente.
- Y, segundo, los cuidadores, celadores, guardadores, etc. cuyas funciones giraban alrededor de la "vida cotidiana". Este personal "no técnico" tenía como misión las tareas más duras, ingratas, menos reconocidas socialmente y por tanto poco valoradas y gratificantes.

Teniendo como punto de partida esta situación, encontramos que había dos niveles susceptibles de reconversión; uno aglutinante, global, el eminentemente Institucional, y otro más particular e incisivo, el del perfil profesional. Entendemos que la Terapia Ocupacional como Disciplina propició el progreso de este primer nivel, siendo la gestación de la nueva figura del Monitor la que fructificó el segundo.

Nuestra historia de trabajo con talleres comienza su andadura en el año 1969. Entonces el Hospital contaba con una sección específica de Laborterapia, no organizada, pero sí con intenciones de planificación futura.

Conceptualizada la Laborterapia como la rehabilitación del paciente a través del trabajo, se crearon diferentes talleres especializados (carpintería, cartonajes, raíles, imprenta, etc) en los que se procuró un tipo de actividad de carácter eminentemente industrial regido primordialmente por la productividad económica.

El objetivo pretendido era el de implementar un hábito de trabajo desarrollando aspectos tales como la atención, el cumplimiento de un horario, la recepción de un salario..etc, en definitiva la consecución de una disciplina laboral que favoreciera una adecuada reincorporación del paciente al medio laboral y a la sociedad.

Fueron años de gran auge en los que los ecos de la Reforma se hicieron sentir en la Desinstitucionalización pareja a notables éxitos de Rehabilitación y Reinserción Comunitaria.

Desgraciadamente, la situación no se sostuvo demasiado tiempo; en 1978, diferentes factores, entre los cuales destaca la conversión del Hospital en un centro exclusivo de crónicos, motivaron cambios externos e internos. El Departamento de Laborterapia y Terapia Ocupacional quedó carente de planificación y objetivos nuevos, y aunque pudo sostenerse durante unos años gracias a la inercia del pasado fructífero, finalmente la labor que durante años fuimos realizando terminó por decaer y degenerar, abocando en un estado generalizado de vacío conceptual, y terapéutico.

Ciñéndonos al segundo nivel señalado, constatamos que el nacimiento de nuestra profesión de Monitores de Terapia Ocupacional estuvo ligado al cambio de la concepción ideológica de los 70 y su desarrollo paulatino se produjo paralelamente a la evolución de la que se beneficiaron Instituciones y Servicios. Así, en nuestra Institución conmemoramos en estos momentos el 25º aniversario del que fue el primer engranaje en la preparación específica de los monitores; la impartición del primer Curso de Monitores de Terapia Ocupacional, surgida ante la necesidad acuciante de una figura terapéutica formada para tratar cercana y directamente con los pacientes en el ámbito de trabajo de la vida cotidiana. Este campo de trabajo hace surgir un espacio profesional que intenta dotarse de un carácter teórico y técnico propio. Para ello, el monitor especializado recurre a las disciplinas ya establecidas;

psiquiatría, pedagogía, psicología, sociología...etc. Su formación tiene una base inespecífica y partiendo de otros saberes es desde donde elabora su propio curriculum.

A pesar de que su ámbito de actuación , la vida cotidiana, está perfectamente delimitado, la referencia a otras disciplinas plantea enormes dificultades a la hora de concretar la profesión del monitor especializado y definirla diferencialmente.

En síntesis, estas dos situaciones reflejadas ; a nivel general, la cronificación del funcionamiento de la Terapia Ocupacional que escasamente ha sabido adaptarse a las nuevas exigencias provenientes del giro socio-sanitario, y a nivel particular , la indefinición de funciones y roles del monitor, nos hacen detenernos hoy en una reflexión conjunta sobre cuál es nuestro sentir personal y dónde está nuestro trabajo profesional aquí y ahora.

Ya en los 90, la identificación Laborterapia= Terapia Ocupacional= Trabajo = Producto Material constituye un reduccionismo que obliga a hacer una nueva reorientación del sentido y del hacer de esta Disciplina. Consecuentemente perdemos un indicador tangible y permanente de nuestra labor con los pacientes , lo que nos hace buscar nuevas metas centradas en las habilidades y capacidades del paciente que requieren una nueva forma de abordaje y tiene un logro más inaprensible y menos constatable.

Desde una intervención fundamentada en las necesidades del paciente, se hace imprescindible la Planificación Individual y la adaptación de los programas terapéuticos a las características de los pacientes . La población con la que actualmente contamos se puede clasificar en:

- crónicos jóvenes que han utilizado diversos recursos asistenciales.
- crónicos con largos años de internamiento.
- psicogerítricos
- oligofrénicos severo- profundos.

Estos pacientes en función de su edad, nivel de deterioro bio-psico-social, cobertura socio-familiar, grado de institucionalización...etc pueden dividirse desde el criterio de la reinserción en dos grupos:

- aquellos que puedan acceder a una reinserción comunitaria.
- aquellos que permanecerán en la situación de internamiento.

Esto nos exige replantearnos el antiguo objetivo antes mencionado de conseguir una "disciplina laboral" y ampliarlo. Actualmente, el objetivo de la Terapia Ocupacional no es específico y está centrado en el desarrollo de la Rehabilitación, Reinserción, aumento de la Calidad de Vida, Prevención y Paliación.

Así mismo, las áreas de ejecución de esta disciplina se han extendido y son:

Actividades de la vida cotidiana; Aseo personal, higiene oral, baño, vestido, alimentación y comida, psicomotricidad y socialización.

Actividad de trabajo; Manejo del hogar, actividades cognitivas de educación, actividades de ejecución laboral, actividades manuales.

Actividades de juego y ocio: Deportes, juegos, salidas y excursiones, tertulias de café dirigidas, organización y ejecución de

los programas festivos anuales.

Los métodos y técnicas utilizados para ello son de diferente orientación psicopedagógica dependiendo del tipo de paciente (edad, patología, nivel de autonomía ...etc).

Algunos de los grupos que se realizan son de estimulación sensorial, orientación a la realidad, contacto con la actualidad, organizacionales, de tipo relacional. etc. Se

desarrollan actividades de ejercitación cognitiva (lecto-escritura, cálculo, rompecabezas, sopas de letras..etc), gimnásticas, entrenamiento en destrezas de autocuidado y cuidado del entorno, actividades recreativas, lúdicas y artísticas, se producen tareas artesanales (cestería, trabajo en madera..etc) y de elaboración de muebles(sillas) que reportan una mínima retribución económica , teniendo este último carácter la limpieza de los coches y el trabajo realizado en la huerta.

Los medios profesionales con los que contamos son 10 monitores referidos a diferentes departamentos. Y los dispositivos en los que ejecutamos nuestra su labor son los talleres destinados a cada departamento, el taller específico de carpintería, en los departamentos, en el piso piloto perteneciente al recinto hospitalario, en el piso protegido , en la comunidad.

Esto ha supuesto un giro en nuestra rutina laboral, puesto que nuestra función ha trascendido al espacio y al tiempo ; hemos tenido que reubicarnos en nuevos espacio, ajenos a las paredes de nuestro taller y adaptar nuestros horarios a las nuevas programaciones, cambios que han supuesto, en ocasiones, un desequilibrio generador de tensión.

No es difícil entender que todos estos cambios mencionados y ocurridos en un período tan breve, hayan afectado , en primera instancia, a nuestro sistema de autovaloración, definible por una sensación de carencia, vacío e impotencia ante los nuevos retos, y en segundo lugar, a la concepción de nuestra labor, pues se nos califica de forma diferente y desconocida en el entramado institucional.

Somos conscientes de que los tiempos institucionales son más lentos que los individuales, y que todo el conglomerado teórico avanza mucho más rápidamente que el práctico. Es por eso que desde nuestra modesta situación , a pesar de este estado de desorientación, vamos lenta y progresivamente dando pequeños pasos en el hacer cotidiano que esperamos puedan abrir fisuras en la mencionada estructura anquilosada de la Terapia Ocupacional que aquí conocemos.

Queremos que el beneficio de nuestro trabajo pueda ir extendiéndose de una forma más sistemática a más pacientes, e instaurar un procedimiento de evaluación eficaz que objetivamente permita valorar nuestro trabajo.

Creemos necesario una formación continuada que nos permita adaptarnos con mayor facilidad y menor coste humano a la situación reflejada.

Finalmente apreciaríamos una clara voluntad colectiva, disponibilidad de recursos materiales, y la maduración conjunta con otros profesionales en un esfuerzo creativo e inventivo aunado en el objetivo de encontrar las claves del trabajo que nos permitan una transformación progresiva y progresista.

BIBLIOGRAFIA

- **Occupational Therapy . Overcoming Human Performance Deficits.**
AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (1991)

- **Psicosociología de la Salud Mental.** OZAMIZ (1988)

- **Occupational Therapy in Mental Health, principles in practice**
D.W.SCOTT & N. KATZ (1988)

- **Perspectiva histórica del Departamento de Laborterapia en el Hospital**

Psiquiátrico de Bermeo desde el año 1969 hasta la actualidad. Programa
actual.
M.ZUBIA, F. APRAIZ, E. ARTETA, M. BADIOLA, I. BILBAO, J. CALVO,
J.R.GALDONA, A. MEÑAKA, I. MUGIKA, A. URDANETA, J. URKIDI.
(1992)