



Entrevista a Coral Navarro

La terapia ocupacional en el hospital, durante y después de la pandemia por Covid-19

Junta de Gobierno:

Decano: **Sr. Àngel Pérez de Gracia**

Vicedecana: **Sra. Jèssica Garrido**

Secretaria: **Sra. Mar Busquets**

Tesorera: **Sra. Jennifer Calvo**

Vocal de prensa: **Sra. Mar Busquets**

Vocal de formación continua: **Sr. Néstor Aparicio**

Vocal de difusión: **Sra. Jennifer Calvo**

Vocal de legislación: **Sra. Silvia Ramos**

Vocal de competencias: **Sr. Víctor Lamor**

COTOC

Dirección: **C. Vilapicina núm. 49 bxs., 08031, Barcelona**

Teléfono: **93 008 56 78**

Correo electrónico: **info@cotoc.cat**

Página web: **www.cotoc.cat**

Diseño y maquetación: **Ariadna Garcia**

Traducción y corrección: **Ariadna Garcia**

Tirada: 62

Depósito legal: B 14781-2013

ISSN: 2339-8035

La Revista del COTOC acepta la diversidad de opiniones de sus colaboradores, de la que no se hace responsable.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| EDITORIAL | 5 |
| NOTICIAS DEL COTOC | 6 |
| PRODUCTOS DE SOPORTE | 10 |
| BIBLIOTECA | 12 |
| ACTIVIDADES COLEGIALES | 13 |
| COMPARTIENDO CONOCIMIENTO | 14 |
| Entrevista a Coral Navarro | 21 |
| La terapia ocupacional en centros ocupacionales | 22 |
| 80 días de viaje | 24 |
| Gestión de la Covid en la residencia Sant Víctor | 27 |
| SERVICIOS AL COLEGIADO | 32 |
| DESCUENTOS | 33 |
| NORMAS DE PUBLICACIÓN | 34 |



Apreciadas colegiadas y colegas,

Estamos viviendo una pandemia a nivel mundial que ha condicionado nuestro hacer y nuestro ser como personas y como terapeutas ocupacionales. Son momentos de incertidumbre y cambios que requieren una capacidad de adaptación al contexto constante. La nueva realidad incluye una participación social más reducida en la que hemos convertido en cotidiano el uso de la mascarilla y el gel hidroalcohólico. No sabemos lo que durará esta pandemia, pero lo que sí sabemos es que todos lo estamos haciendo bien y que saldremos adelante.

Desde la Junta de Gobierno del COTOC os queremos agradecer vuestra capacidad de adaptación en estos momentos tan difíciles. Gracias por haber seguido adelante a pesar de las adversidades y dificultades que nuestro colectivo profesional ha encontrado en su lugar de trabajo. Gracias por hacer visible nuestra profesión en vuestro día a día, y especialmente a todos los que habéis estado en la primera línea de la pandemia.

De los momentos de crisis y cambios siempre nacen oportunidades, y es por eso que el año 2021 nos presenta nuevos horizontes. El COTOC está trabajando en nuevas iniciativas, proyectos y oportunidades, tanto a nivel privado como público, para que se incluya a los terapeutas ocupacionales. Una de estas oportunidades surge de la nueva ley de educación (Ley Orgánica de Modificación de la LOE [LOMLOE], conocida como ley Celaá), aprobada recientemente en el Congreso de los Diputados, en la que, junto con el decreto ley 150/2017 de la Generalitat, la educación inclusiva pasa a ser una prioridad. Se potencia la incorporación de nuevos perfiles profesionales definidos en la bolsa PAS (personal administrativo y de servicios) en educación. Este Colegio ha vuelto a solicitar la inclusión

de los terapeutas ocupacionales en esta bolsa, argumentando las competencias de la terapia ocupacional y su perspectiva en el ámbito educativo.

Por otro lado, durante este año se ha trabajado y colaborado en la elaboración del Plan Estratégico de Servicios Sociales 2020-2024 del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, que tiene como objetivo principal avanzar hacia un sistema de servicios sociales universal y de cobertura global, que ponga en el centro a la persona y a la acción comunitaria y preventiva. Dentro de este plan se prevén diferentes acciones en las que el COTOC colaborará para dar visibilidad a la profesión en este futuro sistema.

A pesar de la situación epidemiológica que estamos viviendo, se nos presenta un nuevo año lleno de oportunidades en las que el terapeuta ocupacional tiene mucho que aportar. Nuestro Colegio, gracias a sus comisiones y grupos de expertos, estará atento a estos acontecimientos y continuará luchando para introducir al terapeuta ocupacional donde debe estar.

Queremos recordar que en 2021 se celebran las elecciones del COTOC para escoger una nueva Junta de Gobierno. Estamos seguros de que la Junta elegida seguirá trabajando con ilusión y esfuerzo por el bien común de la profesión y el reconocimiento de la labor de las y los terapeutas ocupacionales.

De nuevo, gracias por el esfuerzo que estáis haciendo todas y todos frente esta pandemia, juntos conseguiremos salir adelante.

Ángel Pérez de Gracia Pérez

El pasado **25 de mayo del 2020**, la junta de gobierno del COTOC se adhirió al manifiesto **«Profesionales del ámbito social reclaman una respuesta efectiva a las administraciones públicas»**. En este manifiesto se reclamaba que se hiciera efectivo, con la mayor rapidez, el Plan Estratégico de Servicios Sociales (PESS), con un calendario y una dotación económica específicos, que permita ordenar los servicios sociales en Cataluña y poder afrontar con garantías la actual emergencia sanitaria de la Covid-19.

El **2 de junio de 2020** se publicó el **Documento Técnico General de Salud Mental y Terapia Ocupacional** elaborado por el Grupo de especialización en salud mental del COTOC.

El **14 de junio de 2020** se publicó el artículo **«Los terapeutas ocupacionales se reivindican»** en el diario *L'Economèic*, adjunto a *El Punt Avui*.

El pasado **22 de junio de 2020** se publicó el libro ***Petits consells per a grans persones*** (Pequeños consejos para grandes personas), en el cual el COTOC ha hecho el asesoramiento y la revisión, junto con el cuerpo de Mossos d'Esquadra.



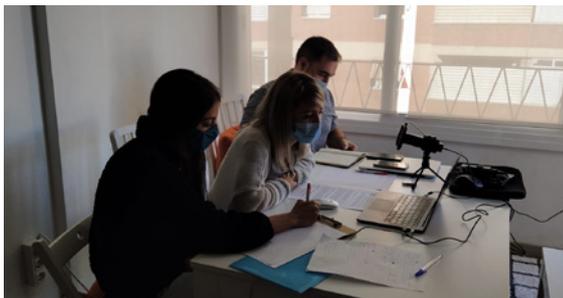
El **27 de junio de 2020** se publicó una entrevista a los dos terapeutas ocupacionales que han trabajado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Vall d'Hebron durante el pico de la pandemia de la Covid-19, titulada **«Veus amables a l'UCI»** (Voces amables en la UCI) en el periódico *El Punt Avui*.



El **15 de julio de 2020** el COTOC se adhirió al **Decálogo para la Reforma del Sistema de Salud de Cataluña**, en el que los profesionales de la salud reclaman la necesidad de llevar a cabo reformas profundas y urgentes en el Sistema de Salud de Cataluña.

La secretaria del COTOC fue entrevistada el pasado **24 de julio** en el programa «**Sense Vacances**» de *Ràdio 4* para explicar el papel de la terapia ocupacional en tiempos de pandemia.

El **3 de octubre de 2020** se celebró la **XII Asamblea General Ordinaria** a través de una plataforma digital, siguiendo las recomendaciones sanitarias del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y el Real Decreto Ley 8/2020. En la asamblea participaron 50 personas colegiadas entre asistentes y votos delegados.



El **12 de octubre de 2020** se publicó el artículo «**Dos meses en coma: así funciona la terapia ocupacional post-Covid**» en el periódico *El Nacional*.

El día **27 de octubre** el COTOC celebró el **Día Mundial de la Terapia Ocupacional** con una mesa redonda con cuatro terapeutas ocupacionales que explicaron cómo ha cambiado la esencia del hacer en su vida laboral o de estudiantes:

- **Montserrat Gabaldà**, terapeuta ocupacional de De bat a bat - Turisme rural i malaltia neurològica: Replantear la propia ocupación laboral. Dejar

el hacer para emprender durante la pandemia.

- **Núria Espluga**, estudiante de terapia ocupacional de la Universidad de Burgos: El dominio de la terapia ocupacional en tiempos de pandemia.
- **Ginés Ruiz**, terapeuta ocupacional de Tot Teràpia: Cambios de estrategias de tratamiento durante la pandemia.
- **José Madrid**, terapeuta ocupacional del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu: ¿Las visitas virtuales funcionan?

Para seguir con la celebración del Día Mundial de la Terapia Ocupacional, se hizo pública una ayuda de carácter anual dirigida a proyectos de investigación en terapia ocupacional que estén liderados por uno/a terapeuta ocupacional, llamada «**Endavant TO**» (Adelante TO). También se hicieron públicos dos premios dirigidos al mejor Trabajo de Fin de Grado y el mejor Trabajo de Fin de Máster desde una perspectiva de la terapia ocupacional.



El **4 de noviembre de 2020** se publicó la entrevista a la terapeuta ocupacional **Mònica Sabat** sobre la gestión de una residencia desde la perspectiva de la terapia ocupacional en tiempos de pandemia en el periódico *El Punt Avui*.

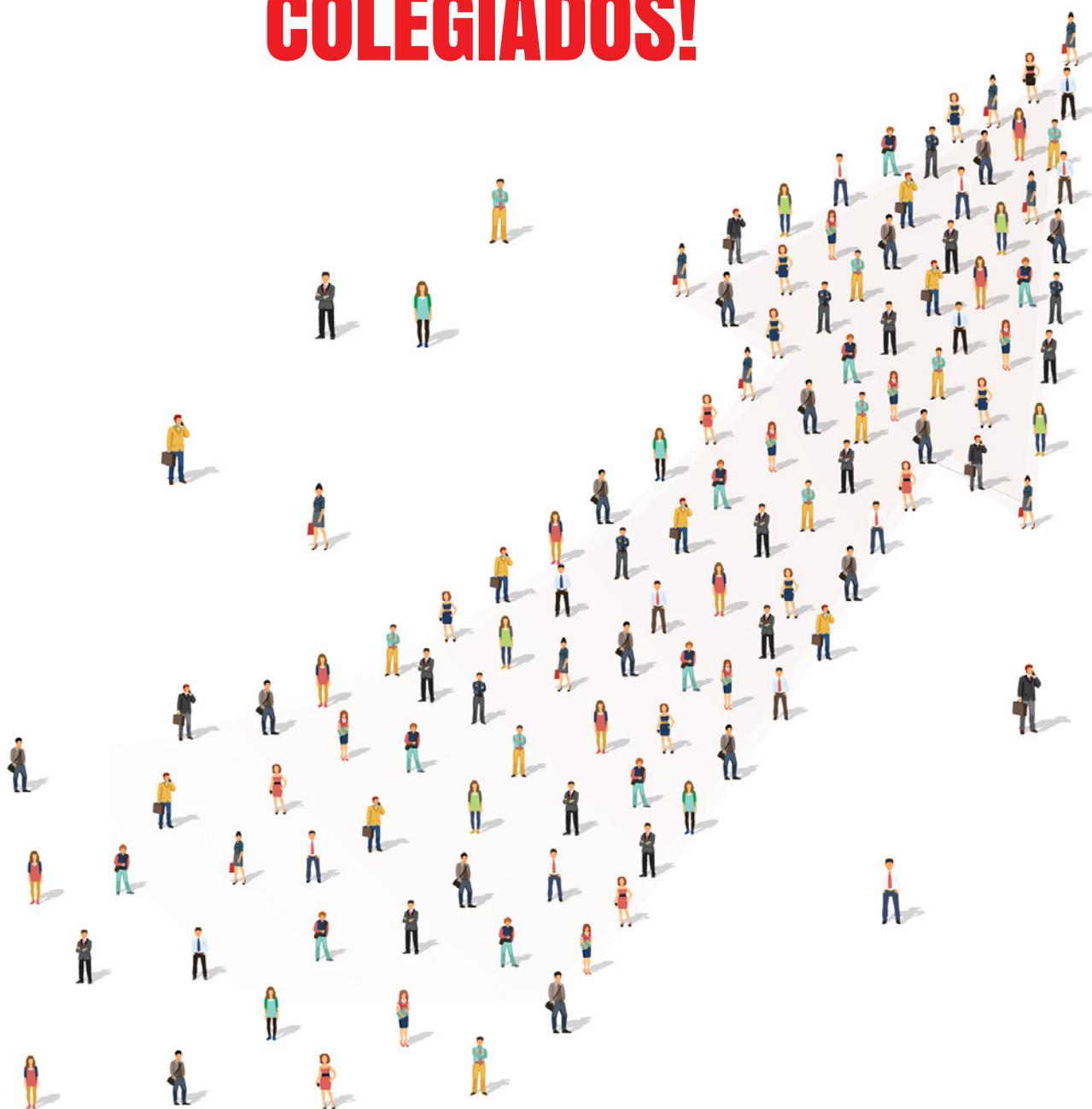
Reportajes

El día **20 de noviembre** se publicó el reportaje «**Seqüel·les de la Covid: Sobreviure és el primer pas. Qui se'n surt, però, no torna fàcilment a la vida d'abans**» (Secuelas de la Covid: Sobrevivir es el primer paso. Quien lo supera no vuelve fácilmente a su vida de antes) en el diario *La República*. Este reportaje, de la mano de Mercè Miralles, explica la dureza de las secuelas físicas, cognitivas y mentales de la Covid-19 a través de testimonios en primera persona y de terapeutas ocupacionales y doctores. Este reportaje pone en valor el trabajo de la terapia ocupacional y hace una llamada a la necesidad de estas personas de poder acceder a un terapeuta ocupacional dentro del sistema público.

Míriam Sanjosé, del hospital Arnau de Vilanova, el día **13 de diciembre** explicaba en el diario *El Segre* qué secuelas ha comportado la Covid-19 para las personas y cómo se ha intervenido desde la terapia ocupacional en el artículo "**Aprender a vivir de nuevo**".



YA SOMOS 800 COLEGIADOS!



PRODUCTOS DE SOPORTE

Silla de ruedas de ducha basculante Atlantic

Fabricante: Ayudas Dinámicas

Descripción técnica: Silla de ducha y WC basculante fabricada en aluminio y acero inoxidable. Bascula entre 6° y 25° mediante dos pistones de aire. Dispone de reposacabezas y reposapiés regulables en altura, reposabrazos abatibles y respaldo plegable. Dispone de una tapa en el asiento que se puede poner y quitar para facilitar la higiene íntima. También consta de frenos en las cuatro ruedas para bloquearla y evitar riesgos. Es un producto de soporte que se adapta a espacios reducidos ya que tiene un ancho total de 54 cm y aguanta un peso de hasta 120 Kg.

Indicación terapéutica: Indicada para personas que requieren de asistencia y que principalmente, presentan poco control del tronco. Hay que tener en cuenta que, a pesar de ser una silla basculante, en el mercado hay otras sillas que pueden bascular más grados para ofrecer más contención.

Más información:

www.ayudasdinamicas.com/silla-de-ducha-basculante-atlantic



Soporte de brazo universal Jumborest

Fabricante: Ugari Geriátrica

Producto de soporte: Posicionamiento

Descripción técnica: Soporte para brazo universal, portátil y ajustable a la mayoría de mesas. De fácil montaje, instalación y transporte, se puede usar en distintos entornos (en casa, en el trabajo, en un restaurante, etc.) y para desarrollar distintas actividades. La zona de apoyo es suave y fácil de limpiar. El brazo de apuntalamiento se puede montar en tres posiciones distintas (a la izquierda, en el centro y a la derecha); de este modo se ofrece más espacio debajo, por ejemplo, para mejorar el acceso a la mesa de las sillas de ruedas con reposabrazos. Es resistente y puede soportar un peso de hasta 100 Kg. En esta línea también encontramos la Jumborest Access y la Jumborest Mini Access, que son mesas portables que se pueden colocar en mesas de escritorio para promocionar un espacio de trabajo funcional adicional para aquellas personas que precisan de más superficie.

Indicación terapéutica: Para personas que precisan un soporte para una o ambas extremidades superiores para mantener una correcta sedestación en la mesa. Es una ayuda interesante para personas con hemiplejía, especialmente de tipo hipotónico.

Más información:

www.ugari.es/listado_productos/mobiliario-adaptado/mesas-de-altura-variable/apoyabrazos-universales-jumborest/7_48_77_0/1

www.ugari.es/producto/mobiliario-adaptado/mesas-de-altura-variable/apoyabrazos-universales-jumborest/apoyabrazos-universal-jumborest/668/0/0



¡La biblioteca del COTOC sigue creciendo!

Os recordamos que ya podéis consultar y coger en préstamo los libros que queráis en horario de atención al colegiado en la sede. Seguimos trabajando para poner en marcha el servicio de préstamo virtual. Si estáis interesados en ese o cualquier otro ejemplar de la biblioteca, podéis contactar directamente con la sede en info@cotoc.cat.

Novedades bibliográficas

Terapia ocupacional en geriatría

Rodríguez Martínez, M^a del Carmen; Toledano González, Abel; Bermúdez Bayón, Uxía
Editorial Síntesis, 2019, 1^a edición.



Este manual ofrece una visión general de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la geriatría, teniendo en cuenta desde los modelos de intervención convencionales hasta nuevos enfoques. Abarca tanto la intervención en población sana como con algún tipo de diversidad funcional. Además, se presentan casos para fomentar el razonamiento clínico y se incluyen temas muy recientes como las nuevas tecnologías, la conducción y la terapia asistida con animales, entre otros. Esta lectura para estudiantes universitarios, profesionales de la Terapia Ocupacional y otras disciplinas afines a las Ciencias de la Salud. Por este motivo, los contenidos están estructurados de manera gradual, para que el lector pueda comprender mejor el proceso de envejecimiento y la intervención desde la Terapia Ocupacional.

Terapia ocupacional en actividades de la vida diaria

Rodríguez Bailón, María; Navas Fernández, Raquel; Garrido Cervera, Jose Antonio
Editorial Síntesis, 2018.



Las actividades de la vida diaria (AVD) son las que se llevan a cabo con frecuencia con el objetivo de cubrir las necesidades más básicas, como puede ser comer o lavarse, pero también comunicarse o vivir la espiritualidad. En el viaje al conocimiento de las AVD, esta lectura se aparta no solo de las patologías como punto de partida, sino de todos aquellos factores, derivados o no de las condiciones de salud específicas que se ponen en juego cuando una persona se está ocupando. Este libro expone de forma clara, directa y práctica cuales son estos factores y de qué manera los terapeutas ocupacionales pueden identificarlos e intervenir en ellos. Por este motivo, se presentan multitud de evaluaciones, los principios de intervención generales y las técnicas específicas para permitir el cumplimiento óptimo de las AVD.

PROTOCOLO DE PRÉSTAMO

NUEVA IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA COLEGIADA

Ya no es necesario el carné de colegiado para usar los servicios que ofrece la Biblioteca: consulta, préstamos, conexión a la red wifi de la sede, etc. La persona colegida se podrá identificar con el número de colegiado y el certificado de colegiación o el DNI.

¡Estamos trabajando para digitalizar el carné!

¿Cómo se pueden consultar qué ejemplares hay disponibles y cómo se pueden pedir en préstamo?

- Presencialmente, durante el horario de atención en la sede.
- Via telefónica durante el horario de atención en el teléfono: 930085678.
- Podéis consultar el enlace www.cotoc.cat/contactar.

Los estudiantes de Grado de Terapia Ocupacional tienen permitida la consulta de libros en la Biblioteca presentando su carné universitario. Tienen excluido el servicio de préstamo.

¿Cuántos documentos se pueden tener en préstamo y durante cuántos días?

- Número de documentos: se pueden tener en préstamo un máximo de 5 documentos a la vez.
- Días de préstamo: el préstamo tiene una duración de 30 días, con la posibilidad de renovación mediante cualquiera de las vías de préstamo.

¿Qué documentos no se pueden coger en préstamo?

Los documentos que pertenecen a la sección del fondo documental se pueden consultar en la sede, pero no están disponibles para préstamo.

Reservas

Se pueden reservar 3 documentos que estén reservados. Si pasan 15 días desde que el documento se ha devuelto y no se recoge la reserva, esta se anula automáticamente.

Renovaciones

Se puede renovar un documento hasta dos veces si otro usuario no lo ha reservado o no se ha excedido el plazo de devolución. Pasadas las dos renovaciones, deberán pasar un mínimo de 3 meses para volver a pedirlo en préstamo. La renovación hay que hacerla efectiva antes de que se agote el plazo de préstamo, y se puede hacer a través de cualquiera de las vías de préstamo.

¿Cuáles son las sanciones por no devolver los documentos a tiempo o perderlos?

- Por cada día de atraso y por cada documento se acumula un punto de demérito. Por cada 50 puntos acumulados, se excluirá del servicio de préstamo durante 15 días.
- Si se pierde o se daña uno de los documentos, habrá que comprar un ejemplar nuevo en un plazo de 30 días. De lo contrario, se cargará el importe en el próximo cobro de la cuota de colegiado.

ACTIVIDADES COLEGIALES

Las comisiones del COTOC

¿Quieres participar activamente en gestiones que se llevan a cabo desde la Junta del Col·le-gi? ¿Te gustaría colaborar con las siguientes comisiones?

Prensa: Podrás participar en la elaboración de la Revista del COTOC, entrevistar a personas relacionadas con la Terapia Ocupacional, buscar información relevante de la disciplina, redactar noticias, participar en el proyecto de la Biblioteca del COTOC, entre otras muchas actividades. ¡Hay sitio para ti, te esperamos! ¡Ponte en contacto con premsa@cotoc.cat para participar!

Difusión: ¿Quieres colaborar para dar a conocer el rol del terapeuta ocupacional y el COTOC? ¿Te interesa defender las funciones específicas de la profesión y actuar en casos de intrusismo profesional? ¡Ven a formar parte de la Comisión de Difusión o la de Competencias Profesionales! Contacta con vdifusio@cotoc.cat.

Científica: Tenemos la misión de contribuir en el desarrollo científico de la Terapia Ocupacional, ampliar las evidencias científicas propias de la disciplina y promover el espíritu de investigación en nuestra profesión. Anímate y ponte en contacto con vicedeganat@cotoc.cat.

Consejo deontológico: El Consejo se creó el 30 de noviembre de 2018 para hacer difusión, dinamización y formación sobre el código deontológico, valorar posibles casos de conflicto ético de ciudadanos o de los mismos colegiados, aplicar el código deontológico del COTOC y crear una hoja de ruta y un protocolo de demanda y valoración de situaciones que contengan conflicto ético. ¡Contacta con legislacio@cotoc.cat si quieres participar!

Las secciones del COTOC

¿Quieres compartir experiencias profesionales, poner en marcha proyectos y participar en la promoción de la terapia ocupacional?

Grupos de Especialización: ¿Tienes un tema de interés específico? Propón la creación de un grupo de especialización y desde el COTOC haremos un envío a todas las personas colegiadas para buscar aquellas que compartan tu interés. En este momento, hay activos los siguientes grupos: el Grupo de gente mayor, el Grupo de especialización en productos de soporte y adaptación funcional del hogar, el Grupo de infancia y juventud y el Grupo de salud mental. Si quieres saber en qué están trabajando, contacta con secretaria@cotoc.cat.

Grupos territoriales del COTOC

Actualmente en activo solo hay el Grupo territorial de Girona, pero la intención es fomentar la participación en la Cataluña Central y Cerdanya, Lleida y Tarragona. Si estáis interesados, contactad con secretaria@cotoc.cat.

Grupo territorial de Girona: Las participantes del grupo se informan de distintos recursos del territorio, acuerdan temas de interés para los encuentros, potencian la formación en su provincia y trabajan para la figura del terapeuta ocupacional en distintos centros, recursos y entidades. En definitiva, es un espacio en el que compartir inquietudes de nuestro ámbito de trabajo.

¡Y recuerda! Por participar activamente en una comisión o una sección, dispondrás de un **certificado acreditativo** y disfrutarás de un **descuento del 5%** en un curso organizado por el COTOC. Puedes consultar el funcionamiento de las comisiones y de los grupos de especialización en nuestra web!

COMPARTIENDO CONOCIMIENTO

Entrevista a Coral Navarro: *La terapia ocupacional a l'hospital, durante y después de la pandemia por Covid-19*

Actualmente trabajo en Rehabilitación Física en el Hospital de Bellvitge (HUB). De hecho, siempre he trabajado en este ámbito. Cuando acabé la carrera en la Escola Universitaria de Terrassa, en 1997, empecé a hacer suplencias en el Hospital Vall d'Hebron y en el Hospital de l'Esperança, compaginándolo con RHB domiciliaria en Fisiogestión. Desde el año 2002, dejé los domicilios y estoy trabajando exclusivamente en el Hospital de Bellvitge (HUB).

Desde que acabé la carrera, he seguido formándome en lo que más me gustaba y era de interés para mi día a día profesional. Sobre todo, me he formado en Neurología, Rehabilitación del Miembro Superior, Confección de Férulas y en Movilización Segura de Pacientes. Primero empiezas formándote y después pasas a ser docente. He hecho de ponente y he dado clases sobre todo en tema de férulas y en Movilización Segura de Pacientes, y actualmente formo parte del Grupo de Trabajo de Ergonomía y Accesibilidad (GTEA) en el hospital, para introducir el uso de productos de apoyo y formar al personal sanitario.

Evidentemente, si desde que acabé Terapia Ocupacional estoy en RHB física es porque me gusta. Me gusta poder trabajar en un hospital de agudos, con patología grave y aguda, que normalmente mejora día a día, y también hacer el seguimiento de pacientes a nivel ambulatorio, donde se te presentan nuevos retos para hacer que cada paciente siga el mejor curso posible. Tengo la suerte de trabajar con todo tipo de personas, de todas las edades, con patologías muy variadas y en diferentes estadios de recuperación. Cada día en el hospital es distinto, y eso siempre enriquece.

Pero hace más de 20 años que trabajo en hospitales como terapeuta ocupacional en rehabilitación física y nunca hasta ahora había vivido una situación similar a la que ha provocado la pandemia de la Co-

vid-19. Creo que, evidentemente, habrá un antes y un después de esta crisis mundial, a nivel social, económico y, sobre todo, en sanidad.

¿En qué consiste la rehabilitación post-Covid?

Pues depende mucho de la afectación del paciente. Es cierto que, para la mayoría de personas (81%), la infección por Covid-19 supone una enfermedad moderada. Pero en mayores de 65 años y con comorbilidades previas, la infección puede tener consecuencias graves. Algunas, propias de la misma enfermedad, como los síntomas respiratorios –por ejemplo, el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)–, y otras secundarias, vinculadas a las largas estancias en la UCI. Nos hemos encontrado con muchas complicaciones como las miopatías y polineuropatías del paciente crítico, lesiones de nervios periféricos, contracturas musculoesqueléticas, úlceras por presión, entre otras. Son complicaciones que dificultan la recuperación posterior. Ara que os hagáis una idea, a nivel funcional, los pacientes de la primera etapa de la pandemia era gente con afectación cardiorrespiratoria, disnea, poca tolerancia al ejercicio, fatiga severa, debilidad muscular, neuropatías y contracturas muy severas, sobre todo a nivel proximal de extremidades superiores. A nivel cognitivo, podían presentar alguna alteración en la atención y la memoria, o desorientación debido a las consecuencias del delirio en UCI y al trastorno de estrés postraumático, pero no muy severas. En el aspecto anímico, a pesar de la situación dramática –recordemos que los mismos pacientes habían perdido familiares en la misma pandemia, recibían muy pocas o ninguna visita, a menudo estaban aislados en habitaciones, solos o acompañados de otro paciente...–, estaban bastante serenos. Sí que a muchos se les hacía interconsulta con psiquiatría, pero a mí esta serenidad me ha sorprendido.

¿Cómo fueron los primeros días de pandemia en el hospital? ¿Cómo os organizasteis los terapeutas ocupacionales?

Como toda la población general, cuando a mitades de marzo la OMS declaró la pandemia en relación a la infección por SARS-CoV-2 (1-5), las escuelas empezaron a enviar a los niños a casa, las empresas aconsejaban el teletrabajo a sus empleados... Creo que aún no éramos conscientes de todo lo que estaba por llegar.

También en los hospitales se enviaba a la gente a casa; es decir, el ambulatorio cerró, con la idea de que era algo temporal. Recuerdo avisar a los pacientes que venían de manera ambulatoria de que no vinieran, se les dio pautas para continuar los tratamientos en casa con la idea de volver después de Semana Santa. Eso creíamos. Y a parte del personal de atención en el ambulatorio o consultas externas también se lo mandó a casa.

Nosotras somos tres terapeutas ocupacionales para todo el hospital, María Miñana, Arantza Garrido y yo. Lo que hicimos fue repartirnos el trabajo: una hacía intervención telefónica para hacer el seguimiento de los pacientes que hasta entonces eran ambulatorios, otra hacía asistencia in situ en el hospital para atender las urgencias, por ejemplo, las férulas de los pacientes con intervenciones quirúrgicas o los pacientes no-Covid que seguían ingresados. A partir de finales de abril ya trabajamos las dos jornadas de TO presencialmente.

En el hospital, en las plantas de hospitalización el trabajo no paró, pero sí que hubo reubicaciones constantes. Tal y como lo oíamos en las noticias, cada día había más ingresados por Covid-19, urgencias y los servicios de UCI no daban abasto. Recuerdo que cada semana el supervisor nos informaba de qué plantas habían dejado de ser planta de servicio habitual y pasaban a ser planta Covid-19, es decir, todos los pacientes que había en ellas estaban infectados por el SARS-CoV-2. Y plantas que hasta entonces habían sido de hospitalización «normal»

pasaban a ser UCI. Hay que reconocer el papel que tuvieron los profesionales de mantenimiento del hospital para adaptar las infraestructuras existentes a las nuevas necesidades, y de forma tan rápida.

Por lo que a los pacientes que no tenían infección por Covid-19 respecta, evidentemente, el hospital necesitaba camas, y estos pacientes se intentaban derivar a otros hospitales lo más rápido posible. Si los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) y los protocolos en salud cada vez se intentan hacer con el menor número de días de hospitalización posibles y derivar el paciente a casa o al centro que le corresponda cuanto antes mejor, en esos primeros meses fue exagerado. Pacientes que deberían haber estado 3-4 días, por ejemplo, una intervención de prótesis de cadera, estaban 2 días. Eso quiere decir que teníamos que hacer la Educación Sanitaria, la movilización precoz, la sedestación, la bipedestación y la marcha, y el reentrenamiento en AVD en la mitad de tiempo. Seguramente era una necesidad priorizar a qué se destinaban los recursos sanitarios, ya de normal escasos, pero en esos meses se vivieron situaciones realmente complicadas.

Además, hay que recordar que los familiares no podían entrar en los hospitales, ni para los pacientes no-Covid. Si normalmente un ingreso hospitalario ya es una situación difícil para el paciente y para su familia, imaginad sí, además, esto se vive solo (por parte del paciente) y a distancia (por parte de la familia).

Estas circunstancias en la planta nos hicieron cambiar la forma de trabajar. Era necesario hacer intervenciones más precipitadas, concretas y sintetizadas. También empezamos a hacer la Educación Sanitaria, que normalmente hacemos a pie de cama, por teléfono. No se si os habéis encontrado en esta situación, pero explicar por teléfono unas pautas, por ejemplo, de prótesis de cadera o de activación en AVD en un paciente hemipléjico... No es lo mismo que hacerlo en directo.

Afortunadamente, la incidencia de personas afectadas por Covid-19 desde junio es menor, tanto en

número como en afectación. Ya se detectan antes, se tratan antes y pasan muchos menos días en la UCI. Por tanto, todas las complicaciones secundarias asociadas a las largas estancias en UCI ya no las sufren. De hecho, de los últimos ingresos en Covid-19, muy pocos han requerido de TO, porque no tenían dificultad en las AVD ni limitaciones añadidas.

¿Cuándo y cómo empezasteis con los pacientes con Covid-19?

A pesar de que en un principio no se hacían interconsultas a TO, por lo que nos explicaban nuestros compañeros fisioterapeutas y las probables secuelas de las que hablaba toda la bibliografía relativa a Covid-19 y otras infecciones similares, era evidente que la repercusión de la enfermedad a nivel de la funcionalidad en las AVD, laboral, de ocio y social tenía que ser grave. Eso justificaba la intervención de TO en estos pacientes. Entonces, el problema fue la falta de EPIs.

En la UCI, valoramos o no la conveniencia de ir, como se hacía en otros hospitales, pero considerando los recursos del HUB, pensamos que aún estábamos demasiado afectados para que pudiéramos intervenir a nivel de activación en AVD y Técnicas de Orientación a la Realidad (TOR). A la UCI iban nuestros compañeros fisioterapeutas principalmente a hacer fisioterapia respiratoria y movilización precoz. De hecho, hubo que reforzar la fisioterapia en UCI. Vimos que, con los pocos recursos de TO de los que disponíamos éramos más útiles para los pacientes Covid de planta no UCI. Inicialmente, lo que pasaba era que los pacientes que se podían beneficiar de TO estaban repartidos por todo el hospital, y eso suponía una mala gestión de los EPIs. Cuando los pacientes Covid empezaron a estar agrupados por plantas de hospitalización y pudimos definir qué tipo de paciente Covid se beneficiaría más de nuestra intervención ya establecimos un circuito de interconsulta e intervención desde TO.

Actualmente el suministro de EPIs ya no es un problema, y se hace la intervención de TO esté donde esté el paciente.

A grandes rasgos, ¿qué aspectos importantes hay que tener en cuenta para diseñar un programa de Terapia Ocupacional de rehabilitación post-Covid?

Pues, supongo que como todos, investigamos lo que se estaba haciendo en otros hospitales, en otros países... Una de las cosas buenas de esta pandemia es que ha unido a la gente para luchar contra el virus. Así, recuerdo hablar con Gina Martínez, de Vall d'Hebron, y Anna Monsó, del Pere Virgili, e intercambiar información sobre la TO en los pacientes con Covid. Desde la misma COTOC hicisteis un InstagramLive con ellas, muy interesante. Aprovecho para mandarles recuerdos desde aquí. Un documento que recomiendo es el que publicó COP-TOCAM, la Guía clínica de intervención de terapia ocupacional en pacientes con Covid-19, porque hace una buena recopilación de la intervención de TO en todos los niveles asistenciales.

Como terapeutas ocupacionales, en el HUB dirigimos nuestras tareas a facilitar las AVD, adaptándonos, a las necesidades de cada paciente.

En esta secuencia de fotografías podéis ver como, por ejemplo, en alimentación empezamos trabajándolo de forma asistida hasta llegar a ser independientes.



usamos el material que teníamos de Educación Sanitaria en las Técnicas de Ahorro Energético (TAE) para pacientes con patología cardiovascular. Pero pronto vimos que el paciente afectado de Covid no era exactamente el mismo perfil. Sí que podían presentar disnea en el esfuerzo y sobre todo fatiga, pero no era lo más invalidante. Además, es un paciente que, en principio, tiene que mejorar con el tiempo, por lo tanto, las TAE tienen que ser más específicas y puntuales. Por eso elaboramos un documento específico para pacientes afectados de Covid.

Paralelamente, como tampoco se sabía cuando se recuperaría la actividad «normal» en los hospitales, y desde el HUB se hacían grupos de Educación Sanitaria en TAE en patologías cardiopulmonares, y esta actividad sí que se preveía no recuperarla en un tiempo, se hizo un vídeo explicando las TAE, con la idea de que sirviera tanto para pacientes Covid como para más adelante para los pacientes que habrían sido candidatos a los grupos presenciales de TAE, que, de hecho, aún no hemos retomado a septiembre de 2020:

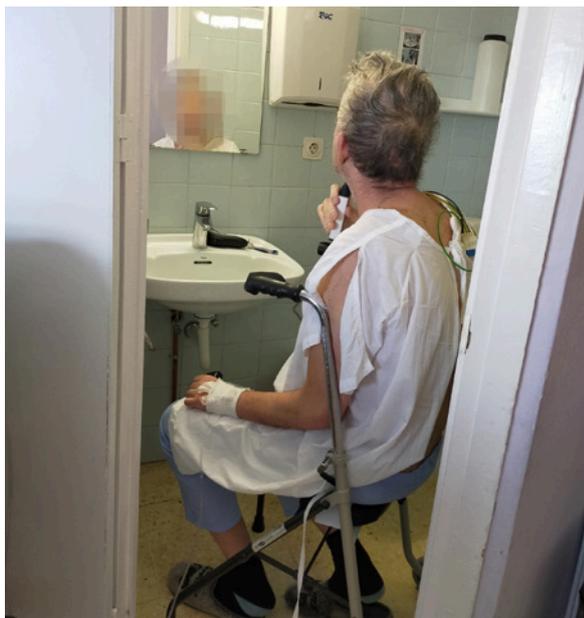


youtu.be/OgVrZyATIXM

El link o el código QR se lo dábamos a los pacientes para facilitar el aprendizaje de las TAE y a los familiares para implicarlos en la RHB, aunque fuera a distancia. Es un vídeo que se hizo con el apoyo del equipo audiovisual del hospital, a quienes agradezco sinceramente su tarea, porque cuando lo hicimos todos estábamos sobrepasados de trabajo y con muchos frentes abiertos a la vez.

Por otra parte, la falta de autonomía que presentaban los pacientes Covid en las AVD muchas veces no se debía al déficit respiratorio. Como ya he explicado, nos encontramos con una serie de complicaciones añadidas derivadas de largas

estancias en la UCI, encamados largos, posición de prono, lesiones musculoesqueléticas, miopatías de todos los grados... Hacían que cada paciente, como siempre pero especialmente en esta pandemia, fuera único. Por eso había que estudiar dónde residía la dificultad en cada caso y trabajarla.



También hemos usado las actividades funcionales de siempre para mejorar la función de extremidades superiores, ganar equilibrio articular, fuerza de prensión, coordinación... Pero con menos material. Pensad que en las habitaciones se podía entrar lo mínimo, y que lo que entraba no podía salir. Por eso usamos revistas, mandalas, gomas, vasos de plástico...



Y, cuando fue posible, usamos también las tablets de los propios pacientes para estimular el aspecto cognitivo y también la función de las manos. De hecho, gracias a la pandemia, hemos conseguido alguna tableta para TO para usar en plantas de ingresados ¡Otra cosa buena de la pandemia!



¿Qué dificultades te has encontrado en la práctica?

Primero, y sobre todo al principio, la impotencia. Saber que había muchos pacientes ingresados en el hospital, a los que podía ofrecer un poco de mejora, por poca que fuera, y llevaba muy mal no poder ir.

Cuando empezamos a intervenir en pacientes con Covid y vimos que aportábamos nuestro granito de arena, ya fue otra cosa.

Al empezar a intervenir, me he encontrado con las mismas dificultades que el resto de profesionales: trabajar con EPI no es fácil, pero se puede hacer (ayuda que puedas tolerar bien el calor). Porque realmente se suda, se empañan las gafas... y sobre todo, supone una barrera con el paciente. Con EPI, todas las personas somos bultos con gafas. Si incluso costaba reconocer a los compañeros, imaginad los pacientes, que veían entrar a su habitación a todos los profesionales igual. De aquí la importancia de presentarse siempre, de recordarles a qué venías...

Trabajar sin la familia también es una dificultad añadida. En el hospital aprovecho mucho el apoyo de la familia para estimular al paciente, hacer Educación Sanitaria, hacerles copartícipes de la recuperación... En los pacientes con Covid eso al principio era imposible. Por eso también utilizábamos el contacto telefónico con la familia para explicarles nuestra intervención con el paciente, su evolución y las indicaciones de alta, sobre todo si era alta en el domicilio.

Más adelante ya abrimos una franja de visitas, y entonces intentaba coincidir con la familia para hacer esta intervención conjunta.

¿Cómo ha sido la vuelta a la llamada «nueva normalidad»?

Supongo que en el caso del HUB podemos considerar vuelta a la «nueva normalidad» cuando reiniciamos la actividad en el ambulatorio, concretamente el 7 de mayo. Me acuerdo perfectamente porque durante los meses de confinamiento, en el ambulatorio, desde TO solo nos encargábamos de las férulas urgentes de los recién intervenidos de patología de la mano. ¡Curioso cuanta gente se lesionó estando encerrados en casa! Pero, evidentemente, en circunstancias normales les habríamos hecho la férula y habríamos iniciado el protocolo de RHB inmediata. Al estar confinados, se les daban pautas y para casa. Recuerdo estar esperando con ansias a abrir el ambulatorio para recuperar todos esos pacientes que habían quedado en stand-by. La primera en empezar con TO fue una chica a la que habían operado durante el confinamiento a quien, afortunadamente, le fue muy bien, a pesar de empezar la RHB a posteriori.

Otro de los cambios es que hemos tenido que reorganizar las tareas y horarios de las terapeutas ocupacionales para no coincidir las dos en la sala de TO y así nos aseguramos menos pacientes a la vez. Por lo que a las normas de higiene respecta, tenemos que limpiar los materiales entre paciente y paciente, las sillas... Por eso intentamos ahorrar material, pensar mucho más los cambios de actividad...

Por otro lado, como hasta ahora no se han podido llevar a cabo actividades grupales, también se han suspendido los grupos de Educación Sanitaria en preparatorios de prótesis de cadera. Igual que hicimos el vídeo de TAE, también pasamos a formato vídeo en Youtube la charla que hasta antes de la pandemia hacíamos presencialmente.



youtu.be/wjB8dYy66Ng

La idea es que ahora en la visita virtual preparatoria que hacemos, damos el link de este video para que puedan verlo antes de la intervención. Una vez más, la tecnología y la comunicación en línea nos han sido muy útiles. Pero personalmente creo que el ideal sería combinar el vídeo, como soporte, con la intervención presencial entre profesional y paciente para asegurar que ha llegado bien la información. Ya veremos como lo gestionamos en el futuro.

¿Qué aporta la Terapia Ocupacional en la rehabilitación post-Covid?

De momento, en TO ambulatoria presencial del HUB no estamos viendo pacientes post-Covid. Sí que viene alguno puntualmente a hacer 5 sesiones de fisioterapia respiratoria, cuando desde el Servicio de Neumología se detecta alguna complicación añadida al respecto.

Tampoco tratamos las lesiones neurológicas o musculoesqueléticas consecuencia de la hospitalización por Covid. Me consta que algunos sí se están tratando en centros de atención primaria, rehabilitación domiciliaria... También es cierto que los pacientes más afectados se derivaron a Centros Sociosanitarios para continuar ahí la RHB, y puede que aún estén en ellos.

A mí, cuando el paciente se deriva a un CSS siempre me queda la duda de si habrá continuidad en el tratamiento de TO (activación en AVD, FFSS...),

porque desafortunadamente me consta que la ratio de pacientes/TO en algunos CSS no son las más óptimas precisamente. I en estos centros posthospitalarios de Convalecencia, Rehabilitación, RHB domiciliaria... creo que es especialmente importante la figura del TO para continuar mejorando y consolidando la autonomía y la funcionalidad de los pacientes, y su progresiva incorporación a la vida diaria.



Es importante crear evidencia científica del papel de la terapia ocupacional en la rehabilitación.



Lo que sí que hemos hecho desde TO del HUB ha sido continuar el seguimiento vía telefónica de los pacientes que habíamos visto nosotras mismas o los fisioterapeutas mientras estaban ingresados en el hospital. Concretamente mi compañera les hace el seguimiento telefónico para continuar con la Educación Sanitaria en TAE, darles pautas de actividades para mejorar la función de la Educación Sanitaria y las funciones superiores, hace asesoramiento para recuperar el equilibrio ocupacional... Una nueva tarea de TO resultado de la pandemia.

¿Qué acciones crees que harían falta para potenciar la presencia de terapeutas ocupacionales en equipos de rehabilitación?

Precisamente una de las cosas buenas de esta pandemia es que no ha hecho movernos por partes del hospital por las que habitualmente no íbamos antes. Es cierto que en UCI no intervinimos directamente con los pacientes, pero contactamos con su personal de enfermería e intervinimos en algún

caso en particular. Fruto de esta colaboración han contado con nosotras y el equipo de fisioterapeutas para revisar el Protocolo de Decúbito Prono, que creo que es bastante importante.

También, durante estos meses he tenido la suerte de conocer otros Servicios, profesionales del hospital... y dar a conocer la tarea de la Terapia Ocupacional.

Desafortunadamente, no he coincidido con los directivos del hospital, que son los únicos a los que aún falta por convencer de la importancia de la TO en la RHB, porque creo que el resto de profesionales ya reconocen nuestro trabajo.

Por otra parte, también es importante crear evidencia científica del papel de la TO en la RHB, tanto en hospitales de agudos como en el paciente crónico. Como resultado de esta inquietud, y aprovechando las circunstancias de la pandemia que nos ha tocado vivir, hemos iniciado un proyecto de investigación de la TO en Covid. ¡A ver los resultados!

¿Alguna reflexión final?

Pasados los meses iniciales de la crisis del Covid-19, nos toca parar, mirar atrás, analizar cómo lo vivimos y cómo actuamos y reflexionar sobre qué hemos sacado de la experiencia que hemos vivido. De toda crisis podemos aprender algo si dedicamos tiempo a reflexionar sobre ello.

Personalmente, ¿qué he aprendido? A tener la muerte y, por tanto, la vida, más cerca. Yo, como terapeuta ocupacional, no he estado en servicios en los que los pacientes mueran a menudo. Evidentemente, trabajando en neurología, con pacientes graves... he tenido algunos que han muerto. Pero nunca en la cantidad de estos últimos meses. Esto hace que te des cuenta de la vulnerabilidad de la vida.

Pero, por otra parte, con los que han sobrevivido también he aprendido a valorar mucho más lo que tenemos. Lo que es importante y lo que es relativo.

Sonará a tópico, pero realmente ves que lo que importa es tener a la gente a la que quieres bien y cerca.

Por lo que a la intervención desde TO respecta, hemos hecho lo que hemos podido y lo que estaba en nuestras manos. ¿Lo habríamos podido hacer mejor? Con la experiencia que tenemos ahora, seguramente.

Pero mirando atrás, mientras escribo estas líneas, veo que nos hemos movido para estar ahí y que hemos aportado a los pacientes con Covid lo que nuestra profesión tiene: una visión muy holística de la persona y una intervención integral y facilitadora. Además, tampoco hemos dejado de atender al paciente no-Covid en la medida que el confinamiento nos lo permitía.

Finalmente, yo diría que he aprendido mucho de esta crisis, tanto a nivel profesional como a nivel personal. Me ha ayudado a crecer, lástima que haya sido en estas circunstancias.

“

*Toca parar,
mirar atrás, analizar
cómo lo vivimos y cómo
actuamos y reflexionar
sobre qué hemos sacado
de la experiencia que
hemos vivido.*

”

La terapia ocupacional en centros ocupacionales

En la mayoría de los centros ocupacionales de Catalunya no trabajan terapeutas ocupacionales, pero, por el contrario, sí que disponen del servicio de terapia ocupacional y, de hecho, ese es el principal servicio que ofrecen. En algún centro ocupacional hay algún terapeuta ocupacional, pero no contratado como tal, y a menudo bajo la responsabilidad de un profesional con otra titulación.

¿Por qué no hay terapeutas ocupacionales en los centros ocupacionales? ¿Puede que el motivo sean unas condiciones «injustas» y, por lo tanto, un puesto de trabajo «poco atractivo» para la mayoría de terapeutas ocupacionales? ¿Cómo es que no hay terapeutas ocupacionales en sus equipos técnicos? ¿Esto está permitido?

La normativa marca, en los artículos 53.1 y 62.1 de la Ley 13/1982, de 7 de abril (LISMI), que la finalidad de los centros ocupacionales es la de asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a sus usuarios, en los que la atención y la prestación de servicios tienen que orientarse, dirigirse y llevarse a cabo por personal especializado.

En los servicios propios de los centros ocupacionales –que son el STO (Servicio de Terapia Ocupacional), el STOA (Servicio de Terapia Ocupacional con Auxiliar) y el SOI (Servicio Ocupacional de Inserción)–, como es obvio, debería preverse el terapeuta ocupacional como personal especializado de forma imprescindible.

Queda muy claro en el Artículo 7.2.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que señala que «corresponde a los Diplomados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones». Desde el año 2009, la TO es una titulación de Grado, como

señala la Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la Terapia Ocupacional que, entre otras cosas, recoge las competencias formativas.

También el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, en el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se refiere a la unidad de Terapia Ocupacional como aquella en la que, bajo responsabilidad de un terapeuta ocupacional, se usan actividades de autocura, trabajo y ocio con fines terapéuticos para que los pacientes adquieran el conocimiento, las habilidades y las actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y consigan el máximo de autonomía e integración.

Por otro lado, la Constitución Española, en el Artículo 36, establece que la Ley regulará el ejercicio de las profesiones tituladas, como es el caso de la Terapia Ocupacional y, por lo tanto, no se puede ejercer sin la titulación universitaria correspondiente.



En la Cartera de Servicios Sociales de Cataluña, en los servicios para personas con discapacidad intelectual se definen los centros ocupacionales como equipamientos de acogida diurna que ofrecen atención rehabilitadora y habilitadora a personas con discapacidad intelectual en edad laboral. El objetivo es capacitar a las personas beneficiarias para que consigan la máxima integración social a través de la ocupación activa. Los servicios que ofrecen estos centros son:

- Acogida diurna y convivencia (manutención, higiene personal, actividades grupales de relación, descanso, ocio, etc.).
- Programas individuales con diversos niveles de atención en función de los distintos grados de discapacidad:
 - Medidas rehabilitadoras-habilitadoras;
 - Terapia Ocupacional y mantenimiento;
 - Ajuste personal;
 - Actividades formativas y prelaborales;
 - Servicio ocupacional de inserción.

En el Anexo 3 de la Orden TSF/197/2017, de 22 de agosto, de convocatoria para la acreditación de Entidades Colaboradoras para la prestación de servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública para el año 2017, publicado en el DOGC (Nº 7442-28.2.2017), señala los requisitos mínimos obligatorios de personal de atención directa en los STO, los STOA y el SOI, y se considera personal de atención directa a los profesionales con la titulación pertinente para dar atención personal, psicológica y social, además de la persona responsable de la dirección técnica del equipamiento. En los criterios y condiciones relativas a la organización y al funcionamiento de los servicios (STO, STOA y SOI) en los centros ocupacionales para personas con discapacidad intelectual no cita al terapeuta ocupacional como personal profesional especializado de manera imprescindible.

Anuncia estos profesionales, de la siguiente forma:

- Monitores y monitoras especializados, terapeu-

tas ocupacionales o educadores y educadoras especializados;

- Personal auxiliar de monitor (solo en el STOA);
- Personal de psicología o pedagogía;
- Trabajador o trabajadora social.

Esto hace que, en la mayoría de los centros ocupacionales de Cataluña, contraten a profesionales sin la titulación correspondiente a la del terapeuta ocupacional, cosa que, a parte del intrusismo laboral, puede afectar notablemente a la calidad del servicio. No se debería permitir que la contratación de un terapeuta ocupacional sea a voluntad del centro. En otras comunidades autónomas, como es el caso de Navarra, se aplicaron las medidas oportunas para corregir las irregularidades y hacer cumplir la legislación en los centros ocupacionales.

Desde el Grupo Territorial de Girona creemos, y queda muy justificado, que es necesario incluir la figura del terapeuta ocupacional como profesional indispensable en los centros ocupacionales y esta figura debe ser de carácter obligatorio. No pretendemos suprimir a ningún otro profesional, atendiendo a que la figura del monitor o educador, la del auxiliar de monitor o educador, la del psicólogo o pedagogo y la del trabajador social también son imprescindibles en estos servicios. Pero los monitores y educadores no pueden ser los profesionales especializados en Terapia Ocupacional ni tener las mismas competencias que el terapeuta ocupacional. También cabe señalar que los monitores y educadores especializados en Terapia Ocupacional no existen, ya que no existe ninguna formación que lo acredite.

Con este escrito pretendemos expresar nuestro desacuerdo, dar a conocer esta problemática a los terapeutas ocupacionales de Cataluña y también apoyar a los y las terapeutas ocupacionales que se ven afectados por esta problemática en este sector.

Grupo Territorial de Girona

80 días de viaje

La verdad es que me gustaría empezar este viaje, que soy consciente que no es demasiado agradable, y aunque ha llegado a buen puerto, dando las gracias a todos los equipos médicos y paramédicos que han intervenido de alguna manera en mi recuperación dentro y fuera de los centros en los que he sido atendido. Dicho esto, y sin nombres para no olvidarme a nadie, paso a relatar mi aventura.

Alrededor del 10 de marzo de 2020 empecé a tener fiebre y decidí tomarme, como siempre, un antihistamínico y un poco de cama. Al segundo día parecía que estaba mucho mejor, así que decidí reincorporarme a mi trabajo (delegado de Mapfre en Barcelona) para continuar con mi trabajo. Ese viernes la fiebre fue muy alta, y un médico conocido nuestro casi nos exigió ir al Clínic con urgencia. Y así lo hicimos. El día 13 de marzo de 2020 ingresamos ahí. Sin tiempo de reacción, el día 15 estaba intubado y en coma inducido que duró casi veintidós días. Picos de fiebre de más de 40 grados, una neumonía, infección en el catéter, el «bicho de la UCI»... Si quedaba algo más para añadir a mi currículum, ya no quedaba hueco.

Hasta el día 32, que salí de la UCI hepática del Clínic (convertida en UCI Covid-19 en esas fechas), pasé los peores momentos de mi vida. Muchos sentimientos encontrados, muchas peleas mentales, miedos, inseguridades, pesadillas que sé que eran provocadas por la medicación pero que en ese momento no entendía.

El equipo de la UCI decidió un protocolo (que creo que es uno de los más acertados que conozco) de información a las familias. Cuando pude hacer uso del móvil, las llamadas con mi mujer eran lo que más deseaba.



Quien me conoce debe de pensar que no es posible que Mario esté sin hablar, y así me pasaba horas y horas, escuchando al puntal de mí vida. La familia, los amigos, los conocidos están, pero, como la mayoría sabréis, la persona a quien escoges para estar a tu lado es quien más te entiende, conoce tus defectos, virtudes y todo lo que te rodea. Yo por desgracia pasé mi 25 aniversario de bodas en la UCI, pero estoy contento de poderlo explicar.

“ *Un «buenos días», un apretón de manos, era suficiente para aguantar un poco más.* ”

Lo mejor que saqué de la UCI fue ese grupo humano que aún se emociona, igual que yo, cada vez que les hago una visita. Un «buenos días», un apretón de manos, era suficiente para aguantar un poco más. No nos podemos ni imaginar lo que debían vivir por dentro estos profesionales, que ven como cada paciente, como yo, después de cuatro meses, les vuelve a visitar para agradecerles todo lo que han hecho por mí, y a la vez toda es agente que ya no volverá, porque su viaje finalizó ahí mismo.

La intubación me hizo no poder hablar en mucho tiempo, y la sensación no se puede explicar con palabras. Poco a poco te das cuenta de

que lo que era algo normal y cotidiano se ha convertido en un suplicio, no poder mover el cuerpo de la cama, ni siquiera los brazos i las piernas. Repito, durísimo.

La salida de la UCI fue un paso más en mi recuperación, ya que pasar a planta es que la mejora es palpable. Unas semanitas a planta te devuelven a la realidad del sistema. La infinidad de recursos de las UCI no es comparable al de las plantas; no es ninguna queja, más bien una realidad.

En planta empecé, con mi terapeuta, a caminar y a ponerme de pie. Tenían que venir dos personas para poder ponerme en la silla, pero la falta de musculatura hacía que pasados 30 minutos me doliera mucho las nalgas. Los huesos de la cadera y el coxis se me clavaban en la silla, aún con cojines no podía aguantar mucho tiempo.

Después de la planta del Clínic, me derivaron al Pere Virgili, hospital para la recuperación de pacientes, donde mi terapeuta ocupacional empezó a orientarme en la forma de hacer las cosas que hasta hacía cuatro días eran normales y que, de repente, se volvieron difícilísimas. Levantar una pierna, un pie o una mano, abrir una botella de agua... Día a día, con nuestra fuerza de voluntad y el esfuerzo de todo el equipo médico pasaban las horas en una habitación que no tenía ni tele. Terapias, gimnasio, comida, descanso, más gimnasio, cena. Las horas no pasan tan rápido cuando estamos en un hospital. Gracias a mi compañero y amigo de habitación las horas se me hacían más cortas.

Las tareas de terapia son tan importantes como el seguimiento que nosotros mismos hacemos de ellas. Yo hacía todo lo que mi fisioterapeuta me decía, y el fin de semana, que no tenía gimnasio, también lo hacíamos los dos en la habitación. Rodillos, plastilina, gomas, sopladores, etc. eran las herramientas que usaba Pere (terapeuta ocupacional) del Pere Virgili. Te enseñan a moverte con el mínimo esfuerzo, que la energía es lo que más nos falta a todos en estos momentos.



“ *Te enseñan a moverte con el mínimo esfuerzo, que la energía es lo que más nos falta a todos en estos momentos* ”



El primer día me dijeron si quería ir al WC y aluciné (después de más o menos 50 días), una silla y para el WC. Tan cotidiano como que a continuación me dijeron si me quería duchar (ya fue el súmmum). Hechas estas dos cosas ya pasamos a otro nivel.

Después de llegar a casa empezó una recuperación con fisio en casa 3 días, y tras dos semanas entré en un programa del Instituto Guttmann de recuperación de enfermos con secuelas post-Covid. Dos meses intensos de recuperación.

Hoy, ya en casa con mi familia, feliz de poder abrazar a mi hijo, que hoy ha cumplido 18 años y no lo vi en 80 días, y a mi mujer en 70, querría hacer una reflexión.

La Covid-19 mata, ha venido (no pararemos a hacer reflexiones de desde donde) i se ha establecido en nuestras vidas como en su día la gripe u otras enfermedades. Seamos conscientes de lo que hacemos y consecuentes con lo que nos puede pasar. Repito, MATA, y nosotros tenemos la clave para poder paliar los efectos que puede producir en el cuerpo de las personas (a nivel físico y mental), quizá no erradicar, pero sí paliar. Los jóvenes no tienen la culpa. Quieren salir y ver a sus amigos, nada muy distinto a lo que quiero yo, pero si tenemos presente manos,

mascarillas y distancia, todo será mucho más fácil.

Recuerdo una cita de Oskar Schindler que dice, «Quien salva una vida, salva el mundo...». Si siquiera este escrito sirve para que una persona se conciencie sobre el tema ya me doy por satisfecho.

He empezado agradeciendo a equipos médicos y paramédicos, pero no querría olvidarme de todas las personas que han permitido que tengamos alimentos, medicamentos y toda una serie de cosas que damos por hecho y que olvidamos que podemos perder en días. Gracias también a Mar por su empeño, que ha hecho que su propuesta no fuera una reivindicación sino una aportación sobre lo que nos puede pasar. Solo tengo palabras de agradecimiento. También me ofrezco para poder hablar con gente sobre el tema, gente que ha quedado afectada o que aún no entiende qué ha pasado; os pueden ofrecer mi contacto en la comisión de prensa del COTOC.

Me despido con la voluntad de poder ayudar.

Mario Bruno Cordón

Gestión de la Covid-19 en la residencia Sant Víctor

La pandemia de la Covid ha tenido una gran repercusión en la residencia, Ha afectado tanto a los residentes, privados de las visitas con sus familiares, como a los familiares mismos, por no poder estar cerca de sus seres queridos. También se han visto afectados los trabajadores del centro, con la adaptación de estrictas medidas de seguridad tanto dentro como fuera de la residencia, por la responsabilidad de no ser los portadores del virus.

Al principio todo se vivió con mucha incertidumbre y equipamiento escaso. Por suerte, nuestra residencia decidió empezar a tomar medidas de seguridad desde mediados de enero, ya que surgieron algunos casos de gripe entre los residentes y, previendo la posible pandemia de la que ya se empezaba a hablar, empezamos a usar mascarillas. El hecho de tener mascarillas y equipos de protección individual antes de que se agotaran fue, con seguridad, una de las medidas que evitó la entrada del virus en la residencia. El material suministrado por el gobierno era insuficiente.

Además, una semana antes de declararse el estado de alarma, entre todo el equipo decidimos suspender el centro de día y las visitas a los residentes. De todos modos, se permitió la entrada en casos excepcionales, como familiares de personas que estaban en su fase final de la vida. En cualquier caso, para poder entrar tenían que ponerse el equipo de protección individual y mascarilla.

Una vez pasada la primera ola de la pandemia, se volvieron a permitir las visitas de familiares, pero siempre con elevadas medidas de protección, con distancia, con mascarilla y una mampara entre el residente y los visitantes. De esta forma también se protegía la salud de los demás residentes, ya que el contagio de uno de ellos se hubiera propagado rápidamente entre el resto.



A medida que ha ido avanzando la pandemia, hemos tenido que ir cambiando y ajustando los protocolos a la situación del momento. En muchos casos, hemos decidido según nuestro criterio, ya que nadie nos informaba de las medidas de protección que teníamos que adoptar.

Durante este período, la residencia, por protocolo, siempre ha tenido habitaciones libres para los casos sospechosos de ser positivos y para los residentes que venían del hospital. Como estos no podían salir de la habitación, los trabajadores del centro los visitaban con equipos de protección individual, guantes y mascarilla. Por suerte, y gracias a las medidas que hemos ido implantando, hoy en día todos los casos con sintomatología compatible con la Covid-19 han resultado ser negativos.

Otro tema que ha cambiado es la admisión de nuevos usuarios. Tienen que venir con una PCR negativa, pero, aun así, por protocolo y prevención, tienen que estar catorce días confinados en la habitación. Si durante este tiempo no presentan fiebre ni ninguna otra sintomatología se les permite salir.

Esta bienvenida a la residencia se vuelve fría y distante. Al llegar, lo único que ve el residente es una habitación en la que entran trabajadores vestidos con los EPI a visitarlos. Este confinamiento implica que el deterioro tanto a nivel físico como cognitivo se vean más afectados a causa de la reducción de estímulos externos, de las relaciones interpersonales y de ocupaciones.

Todos estos cambios han afectado a la manera de trabajar con los usuarios. Un ejemplo es que el material solo lo puede usar exclusivamente una persona y no se puede compartir con el resto sin antes desinfectarlo. Por este motivo, algunas actividades grupales se han tenido que cancelar y se ha redistribuido la planificación de actividades. La parte positiva es que el hecho de no poder compartir materiales ha llevado a plantear actividades más individualizadas. Por el contrario, se pierde el contacto y la relación entre los residentes.

La cuestión emocional también se ha visto afectada, ya que los familiares no han podido visitar a sus familiares y darles muestras físicas de cariño. Todo ha tenido que ser a distancia o a través de pantallas. En cualquier caso, aunque las videollamadas se han ido programando acorde a la disponibilidad y petición de las familias, el contacto es mucho más frío. En muchas ocasiones, los usuarios, al ver a sus familiares más cercanos en la pantalla, lloran o dan besos a la pantalla.

Los residentes se pueden diferenciar en dos grandes grupos: los que sufren demencia avanzada y los que tienen un deterioro cognitivo o físico leve. A las personas del primer grupo, el hecho de no ver a sus familias no les ha afectado tanto como a las del segundo grupo. De todos modos, prácticamente todos los residentes reaccionan emocionalmente al ver a sus seres queridos en la pantalla y cuando reciben visitas muchos quieren acercarse y abrazar a sus familiares. Para los familiares esta situación y



protocolos han sido bastante duros, aunque la mayoría han entendido la necesidad de tomar tantas medidas de protección e incluso nos han agradecido las normas, entendiendo que son para proteger la salud de sus familiares.

Otro aspecto a destacar son las medidas que hemos ido adoptando los profesionales. Al principio empezamos usando solo mascarillas y ahora llevamos un gorro para el pelo, doble mascarilla (FFP2 + quirúrgica), guantes, mampara protectora y uniforme de trabajo, que solo se usa en el interior de la residencia. El modo de trabajar también ha ido cambiando,

hemos evitado actividades grupales que requieran el uso de material compartido y hemos redistribuido la residencia para dividirla en sectores.

Lo que nos ha acompañado durante todo este tiempo es el miedo constante de ser nosotros los portadores del virus. Es por este motivo que tomamos tantas medidas de protección, porque en caso de no presentar síntomas, podemos proteger al usuario lo máximo posible. Además, para mayor seguridad, la residencia se ha encargado de hacer PCR esporádicamente a todos los trabajadores.

Ahora solo nos queda esperar e ir aguantando las diversas olas del virus que vendrán, e intentar proteger a los usuarios tanto con las medidas actuales como las que probablemente tengamos que implementar en un futuro cercano. También cabe destacar que, actualmente, desde el gobierno se nos van dando ayudas para afrontar la situación, aunque siguen siendo escasas.

Para acabar, me gustaría hacer una reflexión; aunque esta pandemia ha sido algo nuevo para nuestra sociedad, los profesionales de residencias hemos echado en falta el apoyo de los gobiernos, que se han centrado en sus propias batallas políticas mientras nosotros veíamos morir a nuestros seres queridos. Ha sido gracias a la inmediata actuación de la dirección del centro, tomando medidas de seguridad estrictas ya antes de decretarse el estado de alarma y financiando recursos que tenía que distribuir el gobierno lo que ha permitido que no hayamos registrado ningún caso de Covid-19, sin olvidar el enorme esfuerzo de todos los profesionales, tanto dentro como fuera de la residencia.

Pablo Narciso Millán

Normativa de barandillas

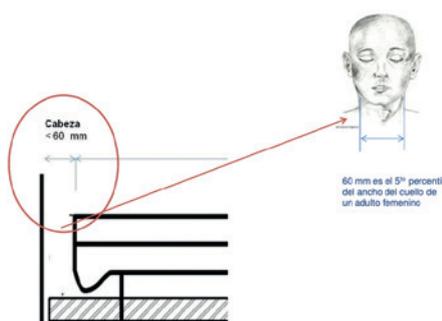
Las barandillas son barreras ajustables de distintos materiales que se usan como límite al borde de las camas.

En el año 2013 se publicó la nueva normativa para camas articuladas (**International Electrotechnical Commission) IEC 60601-2-52** de obligado cumplimiento a partir del abril de este año.

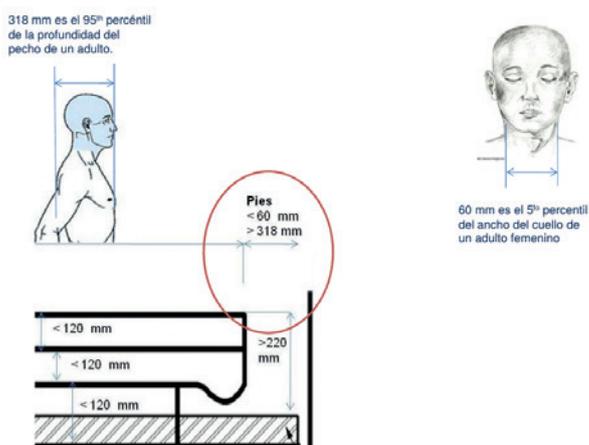
Desde el Grup de Productes de Suport i Adaptació Funcional de la Llar, hemos elaborado este documento como recordatorio de esta normativa. A continuación os presentamos un resumen y al final del documento encontraréis el enlace para acceder a toda la información.

A) Distancias de seguridad

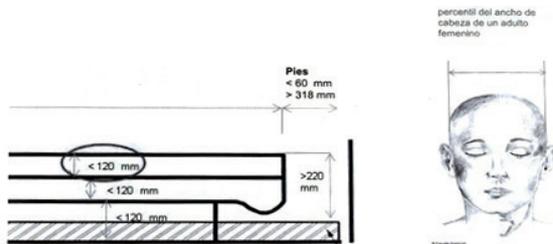
- La barandilla **siempre** tiene que ser más larga del 50 % del largo del somier.
- En la **sección de la cabeza** la distancia siempre ha de ser menor de 6 cm (60 mm).



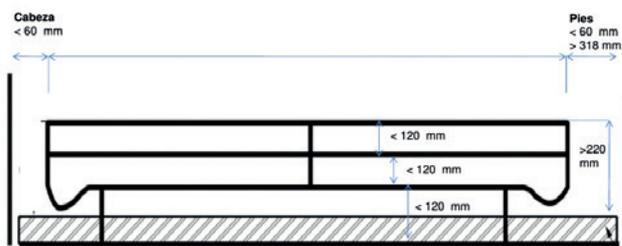
- En la **sección de los pies**, la distancia tiene que ser menor de 6 cm (60 mm) o mayor de 31,8 cm (318mm).



- La **distancia entre barras** tiene que ser igual o menor de 12 cm (120 mm).



- La distancia mínima del **colchón** hasta la **parte superior de la barandilla** tiene que ser igual o superior a 22 cm (220 mm). Cuidado con el uso de sobrecolchones o colchonetas de aire u otros materiales.



También tenemos que tener en cuenta la resistencia de las barandillas. Se usa el «test del cono», en el que se aplican 3000 ciclos de fuerza, y que tiene por objetivo garantizar la resistencia del producto.

B) Fuerza (resistencia)

Cada cama tiene que soportar unas determinadas unidades de Newtons;

- Camas domiciliarias (EN 1970): **30N**
- Camas hospitalarias (IEC 60601-2-38): **50N**
- Todas las camas en ambientes médicos o curas (IEC 60601-2-52): **500N**

Para más información, recomendamos la lectura de la normativa para camas (**International Electrotechnical Comission) IEC 60601-2-52**, que podréis encontrar en el siguiente enlace:

www.invacare.es/sites/es/files/product_documents/b7f1a4455dbfd3834ec804302eb9d0d6b49f2135_Normativas_Camas_01_2013.pdf

Bibliografía:

dignitasvitae.es/barandillas-en-las-residencias/

Test del cono:

www.finesoftware.es/ayuda-en-linea/geo5/es/prueba-de-penetracion-por-cono-cpt-01/

SERVICIOS COLEGIALES

Servicios al colegiado

Acceso al Área del Colegiado y Perfil: todos los colegiados disponen de un nombre de usuario y contraseña para acceder a un área de la página web con información relevante y restringida para los colegiados y de un perfil profesional en el que mostrar los datos que cada colegiado desee.

Comunicaciones: el COTOC edita La Revista del COTOC, una publicación semestral para sus colegiados, en la que se publica de manera regular noticias de actualidad relacionadas con la profesión. Mensualmente, se envía el Breus (breves), un boletín electrónico con algunas de las noticias más relevantes de este período.

Biblioteca: el COTOC tiene a disposición de los colegiados la Biblioteca, con un fondo documental al servicio de los colegiados.

Formación continua: los colegiados pueden disfrutar de descuentos especiales en los cursos que organiza el COTOC. También pueden beneficiarse de ellos las entidades con convenio firmado.

Jornadas del COTOC: el COTOC organiza jornadas durante todo el año, algunas de ellas gratuitas, como las del propio Colegio.

Intercambio profesional: desde el COTOC se organizan distintos espacios de intercambio como charlas, la celebración del día de la TO, intercambios formativos entre colegiados...

Comisiones delegadas de la Junta de Gobierno y secciones (grupos de especialización y grupos territoriales): son agrupaciones de personas colegiadas que desarrollan actividades relacionadas con una temática concreta en beneficio de sus propios objetivos y de las finalidades de la entidad.

Asesoramiento laboral, fiscal y jurídico: los colegiados disponen de asesoramiento sin coste adicional con una empresa externa y disfrutar de un descuento especial en las gestiones que se lleven a cabo.

Bolsa de trabajo: el COTOC organiza jornadas durante todo el año, algunas de ellas gratuitas, como las del propio Colegio.

Seguro de responsabilidad civil profesional: los colegiados pueden disfrutar opcionalmente de esta póliza colectiva a un precio muy reducido.

Descuentos en entidades con convenio: el COTOC dispone de convenios firmados con varias empresas para que los colegiados puedan disfrutar de varios descuentos en sus compras. ¡Puedes ver los descuentos en la página siguiente!

Descuentos para colegiados

J. Guzmán ayudas técnicas y ortopedia

10% de descuento en cualquier compra que realicen los colegiados y las colegiadas en las tiendas J. Guzmán. J. Guzmán es pionero en Barcelona, con la apertura de un establecimiento que tiene como principal objetivo la mejora de la accesibilidad en las viviendas y una cartera de viviendas y servicios para eliminar barreras arquitectónicas y para adaptar viviendas a personas con movilidad reducida.



EIO Asesores

Ofrece a los colegiados y colegiadas asesoramiento fiscal, laboral y jurídico gratuito para consultas generales (via telefónica o correo electrónico) y descuento del 20% en cualquier encargo, como rentas, presentaciones, consultas extensas no contempladas en la cuota del COTOC. Infórmate en info@cotoc.cat.



Axón librería médica

Se bonifica a los colegiados y colegiadas del COTOC con un 10% de descuento en libros, suscripciones a revistas, multimedia o cualquier artículo que se comercialice y se abone al contado. Los gastos de envío son gratuitos.



Ecoclima Barcelona S.L.

Ecoclima ofrece descuentos en servicios de climatización (aire acondicionado, bomba de calor y calefacción): un 15% de descuento en mano de obra en reparaciones o en la contratación del mantenimiento anual de climatización, y 10% de descuento en instalaciones nuevas de climatización.



Promentrada.com

Descuentos exclusivos que pueden llegar al 50% en Barcelona y Madrid. Contacta con info@cotoc.cat y te proporcionaremos el usuario y la contraseña para acceder a un espacio personalizado de Promentrada con el logotipo de COTOC.



Artgraf

Ofrece a los colegiados del COTOC un 10% de descuento en cualquier pedido de impresión o compra.



NORMAS DE PUBLICACIÓN

Normas de publicación en *La Revista del COTOC*

El COTOC ofrece un espacio a los profesionales y entidades vinculadas al mundo de la Terapia Ocupacional para publicar diferentes artículos de interés profesional en *La Revista del COTOC* que se edita semestralmente.

Las normas para la publicación de artículos en *La Revista* son las siguientes:

1. Idioma

Las lenguas del COTOC son el castellano y el catalán, y son las lenguas que se usan preferentemente. Aun así, si el autor quiere publicar el artículo en inglés o francés, también se aceptará.

2. Formato

Extensión: entre 2000 y 4000 palabras (6-14 páginas).

Fuente: Arial, 11 puntos.

Párrafo: interlineado sencillo. El espaciado entre párrafos tiene que ser doble, y no tienen que ir sangrados al inicio.

Títulos: la gradación tipográfica de los títulos depende de su jerarquía:

- Primer nivel: negrita, 14 puntos
- Segundo nivel: negrita, 12 puntos
- Tercer nivel: cursiva, 12 puntos

Se pueden incluir **imágenes, gráficos, tablas y figuras**. Este material hay que enviarlo en archivos separados, en formato PDF o JPG. Tienen que ir numerados consecutivamente con numeración arábiga, tienen que llevar un título claro y, si es necesario, una leyenda breve y descriptiva. Todas las descripciones hay que enviarlas en un documento de Word aparte.

- Un documento con el texto (Word).
- Un archivo para cada fotografía, tabla, figura o imagen (PDF o JPG).
- Un documento con las descripciones de todas las ilustraciones (Word).

3. Contenido

Los temas de los artículos tienen que estar vinculados al mundo de la Terapia Ocupacional. Basándonos en el concepto de multidisciplinariedad, entendemos que todos los profesionales se nutren de los conocimientos asociados a distintas ciencias.

Cuando se presenten casos, hay que proteger el anonimato de las personas o usuarios, y es responsabilidad de los autores preservar los aspectos éticos y garantizar que los casos expuestos cuenten con el consentimiento informativo adecuado.

El artículo debe incluir un resumen breve (*abstract*) en el que se introduzca el tema y el objetivo del escrito.

Los artículos deben especificar como mínimo tres palabras clave (*keywords*).

Si es un artículo de investigación, tiene que incluir también la metodología utilizada, los principales objetivos, la discusión de los resultados en relación al marco teórico escogido y las principales conclusiones a las cuales se ha llegado.

- Palabras clave: entre 3 y 8
- Resumen o *abstract*: entre 50 y 200 palabras
- Cada figura debe ir correctamente citada en el texto, en orden consecutivo.
- En el caso de incluir bibliografía, debe seguir la normativa de Vancouver.

4. Derechos de autor

Preferentemente, se publicarán artículos inéditos escritos por encargo al COTOC.

Una vez establecido el primer contacto, la Vocalia de Comunicacions del COTOC proporcionará un contrato bajo licencia *Creative Commons Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada*

3.0 *Unported*, que hay que devolver firmado por todos los autores en cada una de las páginas.

En caso de artículos enteros o reproducciones parciales publicadas con anterioridad, hay que ponerse en contacto con la Vocalia de comunicaciones, a comunicacions@cotoc.cat.

5. Fechas de entrega

Las fechas de entrega del material para publicar son:

- Fecha límite de entrega de material para la revista de junio: **abril**.
- Fecha límite de entrega de material para la revista de diciembre: **noviembre**.

6. Notificación de aceptación

Una vez recibido y revisado el artículo, la Vocalia de Prensa se pondrá en contacto con los autores para tal de notificarles la aceptación o no.

En caso afirmativo, cuando se publique el artículo en *La Revista del COTOC*, los autores recibirán un certificado en que se acredita la publicación del artículo y un ejemplar gratuito de *La Revista*.

7. Contacto

Los materiales deben enviarse por correo electrónico, como archivos adjuntos, preferentemente en una versión igual o superior a Word 97, a prensa@cotoc.cat.



COTOC



Col·legi de Terapeutes
Ocupacionals de Catalunya