

El terapeuta ocupacional del servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal

Edith Pérez Hernández 41556524-D

Terapeuta ocupacional, Hospital San Juan de Dios de Palma de Mallorca. Experta en neurorrehabilitación. Técnica superior en Prevención de Riesgos Laborales con especialidad en Ergonomía y Psicosociología Aplicada.

Diana Carolina Quiroga Parada 46379166-B

Terapeuta ocupacional, Hospital San Juan de Dios de Palma de Mallorca. Máster en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud.

RESUMEN

En la confluencia entre los recursos sociales y sanitarios, existe cada vez más la necesidad de crear nuevos espacios de intervención que permitan abordar los procesos de salud-enfermedad a través de programas de promoción de salud y prevención de discapacidad. En este contexto, el rol de terapeuta ocupacional transita hacia espacios comunitarios, atendiendo a necesidades ocupacionales que disminuyen la probabilidad de producir un deterioro ocupacional acelerado e influir de forma positiva en la calidad de vida de las personas. Este artículo muestra la experiencia de intervención de terapia ocupacional en un programa de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal en la isla de Mallorca.

PALABRAS CLAVE: promoción de salud, discapacidad funcional, autonomía funcional, prevención de enfermedad. .

INTRODUCCIÓN

Estamos viviendo un cambio de paradigma en el abordaje de los problemas relacionados con la salud, debido a la creciente prevalencia de los estilos de vida vinculados a las enfermedades crónicas, las cuales requieren un alcance más efectivo y una provisión sistemática de actividades orientadas hacia la educación para la salud, comunicación efectiva y estrategias que permitan desempeñar un papel activo en el manejo de la salud (1).

Hasta ahora, el terapeuta ocupacional (TO) ha realizado su práctica profesional en el área de la prevención terciaria (2), donde el trato con la persona se lleva a cabo cuando la enfermedad ha impactado de forma severa y es necesaria la rehabilitación para el restablecimiento de funciones corporales que se han visto afectadas. En este nivel asistencial, la práctica está centrada en el diagnóstico y en la recuperación funcional dentro de un entorno institucionalizado, pero sin llegar a atender a las necesidades que emergen después de haber recibido tratamiento durante los tiempos establecidos (3) y, en consecuencia, sin poder transferir a su vida diaria las capacidades y destrezas trabajadas.

Este escenario ha impulsado a los terapeutas ocupacionales a una reflexión crítica del papel de TO en los espacios de promoción de salud y prevención de los posibles trastornos en el desempeño ocupacional dando cabida a la realización de actividades que

retrasan la aparición de una disfunción ocupacional en una población de riesgo y disminuyendo la probabilidad de un deterioro ocupacional (2).

En los procesos de salud y enfermedad confluyen multitud de relaciones que pueden favorecer o inhibir la participación en actividades de autocuidado, participación social o del disfrute del tiempo libre. Es a través de la ocupación que los terapeutas ocupacionales tienen la oportunidad de facilitar a las personas el reconocimiento de sus capacidades, potencialidades individuales y crear conciencia del papel que juegan en el desarrollo y bienestar de su comunidad (4). No se puede olvidar que las personas participan y se nutren de procesos sociales que las influyen y que forman parte de un contexto familiar que satisface necesidades de tipo afectivo (5), así como las relaciones con otras personas por cercanía (amigos, vecinos, etc.), introduciendo la noción de interdependencia y donde en situaciones determinadas como la vejez, enfermedad o vulnerabilidad las personas necesitan nutrirse de una red social de apoyo (6) que permita seguir participando de la vida en sociedad.

El TO juega un papel importante como articulador dentro de los equipos de trabajo tanto del área social como sanitaria. Su visión sistémica para comprender la interacción del ser humano y su interés por el entorno a través de la ocupación permite identificar los problemas que atañen a la vida diaria de las personas con disfunción ocupacional y profundizar en el análisis de situaciones discapacitantes.

En el año 2017, el Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) dicta la resolución de adjudicación del contra-

to relativo a la creación de una red coordinada de servicios de promoción de la autonomía a personas con discapacidad física sobrevenida en la isla de Mallorca. La red se estructura en tres tipos de servicios y siete lotes según la zona de actuación territorial, estos son: Servicio de Promoción, Mantenimiento y Recuperación de la Autonomía Funcional (PROA) correspondiente a los lotes 1, 2 y 3; Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía, lotes 4, 5, 6; Servicio de Habilitación y Terapia Ocupacional, lote 7. Al Hospital San Juan de Dios de Palma de Mallorca se le concede poner en marcha el programa PROA que da servicio a la zona de Palma e Inca y desde este recurso es donde ha sido posible el desarrollo de un programa de carácter interdisciplinar que actualmente sigue en funcionamiento y objeto del presente artículo.

Terapia ocupacional del programa PROA

Es de destacar que el equipo profesional nace desde un recurso hospitalario donde se hace valer el dominio de la técnica, y que la participación en un programa de carácter social ha supuesto un ejercicio de reflexión colectiva y de transformación progresiva de la propia praxis a la hora establecer relaciones horizontales con las personas, salir del setting convencional o realizar intervenciones conjuntas con otros profesionales. Para las terapeutas ocupacionales del PROA, ha supuesto una oportunidad para poner en valor la influencia positiva en la salud cuando las personas se mantienen involucradas en ocupaciones significativas y ocurren en un entorno social enriquecedor.

¹ Lote 1 y 4: zona de Palm; lote 2 y 5: zona de Inca; lote 3 y 6: zona de Manacor; lote 7: toda la isla..

Los modelos que nos guían en la práctica diaria son el Modelo de la Ocupación Humana y Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, el Marco de Trabajo para la Práctica de TO (7) y el Marco de la Justicia Ocupacional Participativa (POJF) (8). Estos sustentos teóricos son los que nos han permitido abordar la multidimensionalidad de los problemas que se presentan en el desempeño ocupacional (DO) sin tener que simplificar la intervención a una relación causal entre la dificultad de participación en actividades a causa de limitaciones funcionales; a su vez, nos ha permitido utilizar diferentes herramientas de intervención, como la Medida Canadiense del DO a la hora de detectar y priorizar los problemas percibidos en el DO, el Cuestionario Ocupacional para realizar un análisis de las actividades diarias en profundidad que incluye preguntas relacionadas con la causalidad personal, valores e intereses; el proceso de remotivación del Modelo de la Ocupación Humana (9) cuando la volición se encuentra disminuida e interfiere en la participación de actividades, o el POJF como guía del proceso de facilitación en actividades que ocurren en entornos comunitarios.

Podemos destacar como núcleo central de la experiencia desde TO en este programa la detección de necesidades ocupacionales y desafíos en la práctica que tienen que ver con: mantener en el tiempo las estrategias que se facilitan dentro de los talleres; la accesibilidad a canales de información para mantenerse involucrado con otros (uso del móvil, llamadas, acceso a la información); la necesidad de acompañamiento terapéutico a la hora de volver a conectar con una actividad previamente desempeñada o descubrir otra; la importancia del sistema familiar como entorno facilitador o inhibidor en la promoción de la partici-

pación ocupacional (equilibrio entre la comunicación y la acción); el aumento de percepción de la capacidad de desempeño y, sobre todo, la importancia del apoyo social para tomar consciencia de las potencialidades a través del establecimiento y fortalecimiento de relaciones de apoyo bidireccionales, entre iguales y en entornos comunitarios que permiten reconstruir una identidad social, así como desempeñar roles alejados de la enfermedad.

OBJETIVOS

General:

Mejorar la participación ocupacional de las personas que acuden al programa PROA a través de la intervención con actividades interdisciplinarias que mejoren su desempeño en el día a día.

Específicos:

- Incidir en la construcción y mantenimiento de hábitos, rutinas y roles necesarios para mantenerse activo e influir de forma positiva en la salud.
- Promover y mantener el interés por una ocupación significativa mediante el proceso de remotivación
- Disminuir posibles factores de riesgo a través del conocimiento y la práctica de medidas preventivas (ergonómicas, seguridad, modificaciones contextuales).

METODOLOGÍA

Este programa está destinado a personas con discapacidad física sobrevinida en fase postaguda pertenecientes al lote 1: zona de Palma y lote 2: zona de Inca (situada al nordeste de Palma).

Existen tres vías de derivación, una primera vía interna desde los diferentes servicios sociales de las zonas y redirigidas por el propio IMAS, una segunda vía, desde el Hospital San Juan de Dios donde pueden acceder personas que han pasado por una fase previa de rehabilitación intensiva y una tercera vía personas individuales que demandan por el programa a la oficina central del IMAS.

Como criterios de inclusión se consideran personas mayores de 16 años con daño físico sobrevinido con reconocimiento del grado de discapacidad mayor al 33% y con capacidad de mejoría en su autonomía.

El programa tiene un tiempo máximo de duración de tres años.

El circuito terapéutico se inicia con la derivación por cualquiera de las tres vías comentadas anteriormente. Se realiza una valoración inicial por parte del médico rehabilitador y la trabajadora social. Se utiliza el cuestionario WHODAS (versión 2.0); esta herramienta diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), permite evaluar las limitaciones en la actividad y restricciones de participación que experimenta la persona independiente del diagnóstico médico (10), de esta manera, es posible identificar entre los seis dominios evaluados (comprensión y

comunicación, movilidad y desplazamiento, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas, participación social) cuáles son los que están influyendo en el rendimiento ocupacional.

Tomando como base el objetivo de la persona, sus necesidades y según las áreas que se perciben con mayor dificultad se realizan las valoraciones por los distintos profesionales.

En la valoración específica del TO, se elabora el perfil ocupacional y se indaga cuál es la capacidad de desempeño percibida por la persona, hábitos, rutinas y roles, así como los ambientes en que interactúa. Posteriormente, se realiza una reunión con el equipo para elaborar el Plan Terapéutico Común (PTC) de la persona. En dicha reunión, se valora la adecuación a los diferentes talleres y proyectos del programa teniendo en cuenta su objetivo personal e intereses detectados, los problemas priorizados por la familia y la disponibilidad horaria.

Las dinámicas de las intervenciones son en su mayoría de carácter grupal, resaltando la influencia positiva de la interacción social y acompañada por más de un profesional; esto permite que cada uno tenga objetivos específicos de su área, pero trabajados de forma conjunta y en algunas ocasiones realizando un trabajo transdisciplinar. Todas las actividades diseñadas en el programa nacen de necesidades comunes expresadas por los participantes, por lo que el programa es flexible a crear oportunidades de participación que aún no estén realizando

² El reconocimiento de la discapacidad se realiza según el diagnóstico y el puntaje en función de la necesidad de ayuda de una tercera persona o de movilidad, este término es a nivel legal; busca el reconocimiento de las personas a obtener beneficios sociales para transformar aquellas desigualdades que perduran en las estructuras sociales y que no solo se remiten a las diferencias interpersonales sino a las condiciones que las desencadenan como los prejuicios, paternalismo o discriminación (6).

Se programan revisiones de PTC cada tres o seis meses donde se comenta el impacto que las intervenciones han producido en la rutina y en la experiencia vivida de quienes participan, también la adecuación a las mismas en ese momento y si es necesario el ajuste de actividades (cambiando o añadiendo talleres y/o proyectos). A continuación, se muestra el esquema metodológico de la intervención de TO (figura 1).

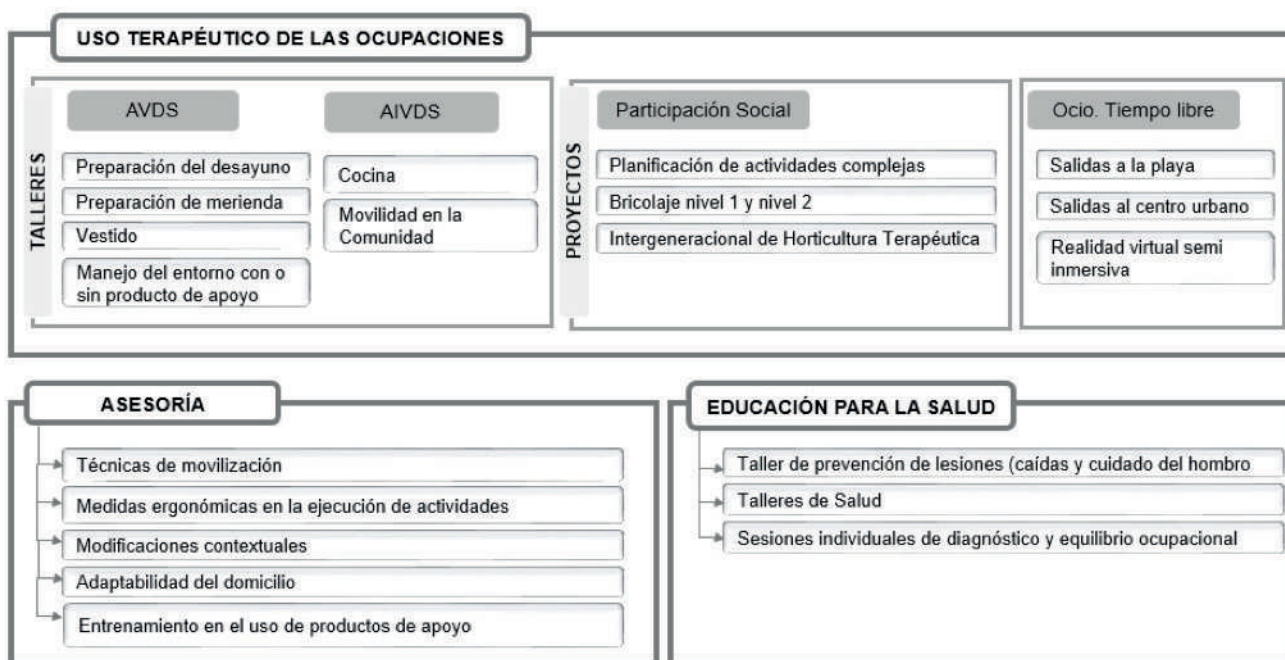


Figura 1. Esquema metodológico de la intervención de TO en el programa PROA. Elaboración propia.

En el uso terapéutico de las ocupaciones se hace hincapié en cuatro áreas específicas de desempeño: actividades de la vida diaria (AVD y AIVD), participación social y ocio/tiempo libre. Se realiza entrenamiento de las dos primeras ya que hemos observado que son áreas poco consolidadas en los tratamientos rehabilitadores y donde las personas siguen presentando dificultades; se llevan a cabo a través del formato taller y durante el entrenamiento se le da importancia al contexto y entorno en que se realiza.

En el área de participación social, resaltamos el proceso de cocreación para llevar a cabo proyectos que destacan competencias como el trabajo en equipo, la resolución de problemas, el manejo del tiempo, las

habilidades sociales, uso de nuevas tecnologías y la planificación y organización de tareas orientadas a un fin común. En ocio y tiempo libre, se fomenta la experiencia social y la interacción positiva con el entorno comunitario a través del proceso de facilitación para que las personas puedan disfrutar de opciones de participación que aumenten su interés por conectarse/construir una red social. En las salidas a playa y al centro urbano también se fomenta la realización de AIVD y en la realidad virtual semiinmersiva se refuerzan las habilidades funcionales y cognitivas.

El proceso de asesoría se lleva a cabo cuando el TO u otros profesionales del equipo detectan problemas

específicos en cualquiera de los tres niveles: a nivel de la persona (en presencia de enfermedades degenerativas donde es necesaria la graduación de la actividad para seguir facilitando el proceso participativo), a nivel de la actividad (higiene postural, modificaciones contextuales o uso de productos de apoyo) o a nivel del entorno, dando pautas personalizadas para un desempeño seguro en el hogar y adaptación del entorno. En la mayoría de casos se realiza un abordaje en conjunto con la red social de apoyo (familiares, cuidadores, etc.).

Finalmente, el TO participa en el proceso de educación para la salud aportando conocimientos para que las personas comprendan su propio proceso de salud-enfermedad, abordando problemas que irrumpen un desempeño eficaz y facilitando estrategias que generen un cambio hacia estilos de vida saludables. Algunos talleres de salud desde TO son: ventajas de las buenas posturas, superando barreras: cómo lograr espacios accesibles, transferencias seguras y prevención de caídas: estrategias para levantarme, entre otros.

Existen talleres que llevan a cabo los otros profesionales y que refuerzan las destrezas de ejecución como el taller de nuevas habilidades, estimulación neurocognitiva, comunicación, Pilates, juegos de estrategias y actividades deportivas. También se desarrollaron sesiones educativas como: qué ocurre tras el ictus, cómo comer con seguridad, primeros auxilios, consecuencias del sedentarismo, qué podemos hacer para entendernos, cuidando al cuidador, mindfulness para la vida cotidiana. La frecuencia de los diversos talleres es de 1 sesión de 2 horas de duración al mes y están abiertas a los familiares y cuidadores.

RECURSOS

El programa cuenta con un equipo interdisciplinar conformado por profesionales de trabajo social, médico rehabilitador, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, logopeda, psicólogo, neuropsicólogo, técnico de actividades deportivas, enfermera y una administrativa.

Para realizar las actividades se utilizan espacios dentro del hospital, como salas polivalentes, departamento de terapia ocupacional, jardines terapéuticos, así como espacios comunitarios (colegio, supermercados, parques de la zona, playas, etc.). En cuanto a los recursos materiales, dependen del proyecto a realizar. Se fomenta también la participación en distintas actividades para recaudar fondos a la hora de crear nuevos proyectos.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se realiza una evaluación mediante dos canales; de una parte, la opinión de los participantes que valoran el programa a través de una encuesta de satisfacción dentro de cada proyecto, talleres de salud o actividades; y de otra, se utiliza una herramienta de evaluación, el análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) con el fin de hacer una autoevaluación para analizar el desarrollo del programa en el tiempo e introducir mejoras a través del método CAME (Corregir debilidades, Afrontar las amenazas, Mantener fortalezas y Explotar las oportunidades), esta valoración se hace cada año.

Finalmente, como medida de impacto del programa, el cuestionario WHODAS permite medir el cambio de las personas que participan en el programa, a través de los ítems que mejoran y los que no; el registro lo realiza la trabajadora social al inicio y de forma

periódica cada seis meses; los resultados se comentan con los miembros del equipo en las reuniones del seguimiento de PTC de cada persona y se relacionan con las valoraciones y seguimientos de cada profesional.

RESULTADOS

Desde el inicio del programa PROA en el mes de abril del 2017 hasta el 31 de diciembre se atendieron un total de 84 personas y en el 2018 desde enero hasta diciembre, 137 personas. De las personas que asistieron al programa hasta la fecha de hoy destacan más mujeres que hombres y de edades comprendidas entre 41 y 65 años, todas ellas con secuelas de alguna patología de origen neurológico. Respecto al grado de discapacidad que tienen las personas del programa

destaca de entre 71% y 90%, seguido de 51% y 70%.

Se han atendido 4 personas con un grado de discapacidad del 91%, donde los objetivos de intervención fueron más orientados hacia la asesoría a la familia para que estas personas pudieran participar de manera adaptada pero más activa en alguna de las tareas de su interés, por ej. usar de manera autónoma la silla de ruedas eléctrica dentro del domicilio, para tener acceso al ordenador o el acceso a nuevas tecnologías con adaptaciones que les permitían aumentar su nivel de comunicación y socialización. Cabe destacar que muchas de las personas que asisten al programa son remitidas por el médico rehabilitador del equipo para valoración e intervención de TO tanto de manera individual como grupal dentro de los diversos proyectos interdisciplinarios existentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Standards for Health Promotion in Hospitals [Internet]. 2004. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf
2. Algar Lombardo I, Romero Ayuso DM. Terapia Ocupacional en la cartera de servicios de Atención Primaria: ¿Es posible? TOG (A Coruña). 2012;9:1-30.
3. Campos Alcaide E, Andreu Mestre C. L'atenció sociosanitària a Mallorca. En: Anuari de l'envelliment. Palma de Mallorca; 2009. p. 127-55.
4. Nahr ME. Promoción y Prevención en Terapia Ocupacional. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. 2014;2(88):60-5.
5. Alonso Palacio LM, Escorcía de Vásquez I. El ser humano como una totalidad. Salud Uninorte [Internet]. 2003;17:3-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81701701.pdf>
6. Pérez Castro J, González Osorio P. Los servicios profesionales para las personas con discapacidad. Principios, valores y dilemas éticos. Rev Española Discapac. 2017;6(1):113-37.
7. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso. 2a edición. [Traducción]. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
8. Whiteford G, Townsend E. Participatory Occupational Justice Framework (POJF 2010): enabling occupational participation and inclusion. En: Occupational Therapies without Borders. Vol. 2, Towards an ecology of occupation-based practices. Churchill; 2010.
9. De las Heras CG, Llerena V, Kielhofner G. Proceso de remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Versión 1.0. [Traducción]. Chicago; 2003.
10. Organización Mundial de la Salud. Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. 2015.