

Documento Técnico

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN HOSPITALES DE DÍA DE ADULTOS DE SALUD MENTAL DE CATALUÑA

Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya

• Fecha de publicación: **Noviembre 2022**

© Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya
www.cotoc.cat

• Autoras
Mar Busquets
Núria Canal
Jessica Jokomba
Catarina Martínez
Olga Parera
Vanessa Pujol

Depósito Legal B 2327-2023

• Revisiones del documento
Elisabeth Capdevila
Georgina Cortés
Eva Domingo
Julia Fenoy
David Fernández
Laura Vidalia

© Todos los derechos reservados
EDITORIAL COTOC



ÍNDICE

1 • Marco Legal	7
2 • Ámbito / Servicio	10
3 • Objetivos asistenciales	12
4 • Población atendida	14
5 • Proceso General de Atención de Terapia Ocupacional (TO)	16
5.1 • Justificación de la Terapia Ocupacional	
5.2 • Necesidades que abordar desde Terapia Ocupacional	
5.3 • Objetivos de Terapia Ocupacional	
5.4 • Proceso asistencial de Terapia Ocupacional en HD	
5.4.1 • Evaluación	
5.4.2 • Análisis del contexto y el territorio	
5.4.3 • Intervención	
5.4.4 • Reevaluación	

6 • Ratios asistenciales actuales por proveedores	37
7 • Ratios mínimas y óptimas de Terapia Ocupacional	38
8 • Recomendaciones y propuestas de mejora	40
9 • Utilidad económica de la Terapia Ocupacional	42
10 • Bibliografía	46
11 • Anexo	48



1. Marco Legal

La terapia ocupacional (TO) está reconocida en la **Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (1)**, como una **disciplina sanitaria**. Sin embargo, siguen existiendo desigualdades e injusticias dentro de la práctica de esta profesión en el ámbito de la salud mental.

Por este motivo, uno de los objetivos de este documento es apoyar la práctica de los TO en estos servicios y promover la equidad y la justicia en la atención a la población de todo el territorio de Cataluña.

Estos objetivos van de acuerdo con los logros de la Unión Europea que ha declarado como prioridad la salud mental para garantizar una prosperidad de larga duración de su población, la solidaridad, la justicia social y la calidad de vida de los ciudadanos.

Además de apoyar la práctica de los TO, este documento pretende regularla y ser un **marco de referencia** para todos los TO que desempeñan su práctica en los hospitales de día de salud mental de Cataluña.

La **Ley General de Sanidad de 1986 (2)** establece que la atención a las personas que presentan problemas de salud mental se realice en el ámbito comunitario, potenciando los servicios ambulatorios y de hospitalización parcial. La hospitalización parcial en psiquiatría aporta un modelo asistencial flexible, integrador, intensivo, coordinado y coste-eficiente que complementa a los servicios ambulatorios.

La actividad asistencial del Hospital de Día de Adultos (HD) se rige por los fundamentos básicos del **Plan Director de Salud Mental y Adicciones (2017-2020) (3)** del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, donde se enmarcan los aspectos claves y las líneas estratégicas que deben prever el modelo de atención comunitaria a la salud mental.

El modelo de atención comunitaria en salud mental pone a la persona como centro y se basa en una valoración integral de sus necesidades y una atención integrada de los recursos sociales, de salud, sociosanitarios, residenciales, educativos, etc. para alcanzar una atención accesible, de calidad, eficiente y sostenible que permita ir más allá del paradigma de la recuperación y facilite su inclusión comunitaria. La TO tiene integrada en la propia filosofía de la profesión esa mirada holística y centrada en la persona teniendo también en cuenta todos los elementos propios de la ocupación, del entorno y de su contexto.

Por último, queremos mencionar que en el **Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre (4)** en el que establece **la ordenación de las titulaciones universitarias oficiales del Ministerio de Educación y Ciencia** queda patente que el TO es una figura indispensable dentro de los equipos de intervención de los HD en salud mental, puesto que tiene las competencias y los conocimientos necesarios.



2. Ámbito / Servicio

El HD es un recurso de **hospitalización parcial** para la rehabilitación de personas adultas con problemas de salud mental sin necesidad de hospitalización (5).

Se trata de un recurso de atención continuada, en régimen de día, donde se realizan tratamientos activos e intensivos de media duración y limitados en el tiempo orientados a la continuidad de la intervención en la comunidad. Se combinan tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, sociales y de rehabilitación con el objetivo de conseguir el máximo nivel de autonomía, mejorar el sistema de apoyo del usuario y la readaptación familiar, social y laboral a través de la integración de actividades terapéuticas, el trabajo interdisciplinario y con diferentes recursos comunitarios y asistenciales.



Es un dispositivo asistencial secundario de la Red Sanitaria Pública que atiende a la población que tiene como referencia a los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) de una zona determinada.

Es un servicio de atención hospitalaria no ambulatoria que provee de un tratamiento más intensivo y estructurado que los CSMA y menos restrictivo que la hospitalización, es un puente entre ésta y la comunidad.

Es un dispositivo de duración limitada media en función de los objetivos terapéuticos acordados con los dispositivos de derivación, en el menor tiempo posible y que garantiza el seguimiento a nivel comunitario (CSMA).

El tiempo estipulado de ingreso es de 60 días, aunque la media de estancia es variable según el servicio (desde 1 mes hasta 5 meses).

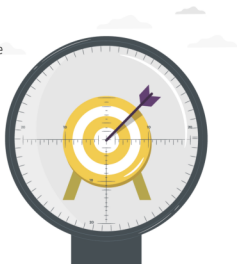
3.

Objetivos asistenciales

OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales de los HD son los siguientes:

- La **remisión total o parcial** de la sintomatología psiquiátrica.
- La **prevención y reducción** de recaídas.
- El **mantenimiento y/o recuperación** de habilidades y prevención de mayor deterioro en: el autocuidado, autonomía, contacto con la realidad, funcionamiento cognitivo, conciencia y relajación del propio cuerpo para la activación y coordinación de la motricidad.
- El **apoyo y psicoeducación** familiar.
- La **promoción** de un mejor funcionamiento personal, familiar y social de los usuarios.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Tratar activamente la psicopatología presente mediante abordaje farmacológico y psicoterapéutico.
- Acompañar a la persona a lo largo del proceso de recuperación personal que realiza durante su ingreso en HD como consecuencia de la reagudización del episodio.
- Recuperar y mantener los vínculos afectivos con iguales, familiares y con la comunidad. Incluye tratamiento de las dificultades relacionales.
- Facilitar el empoderamiento del usuario y la familia para que se incorporen activamente en el proceso terapéutico.
- Potenciar de forma intensiva las capacidades del usuario para el mantenimiento de relaciones interpersonales y restablecer los vínculos sociales deteriorados.
- Programar actividades individuales, grupales y colectivas que fomenten la autonomía y favorezcan la integración de una forma estable.
- Mejorar la calidad de vida y satisfacción de los usuarios y su entorno de apoyo.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer la vinculación al seguimiento ambulatorio del CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos), EIP (Equipo de Intervención Psicosis Incipiente) SRC (Servicio de Rehabilitación Comunitaria) y PSI (Programa Seguimiento Individual).
- Aumentar la autonomía emocional (autoestima, capacidad de decisión, madurez...).
- Potenciar la motivación para la readaptación social, laboral y familiar. Introducir el valor del trabajo y de las relaciones con los demás. Reducir al máximo el aislamiento social aportando experiencias relacionales y ocupacionales positivas y estimulando su integración en la comunidad.
- Restablecer la planificación y organización diaria del usuario.

4.

Población atendida



El HD va dirigido a aquellas personas mayores de 18 años con un diagnóstico de trastorno mental severo o psicopatología de alta complejidad que requieren un tratamiento intensivo e integral para abordar los factores clínicos, familiares y contextuales.

Un requerimiento básico sería la capacidad de colaborar mínimamente con el programa terapéutico, que debe hacerse extensivo a la familia o personas que conviven con el usuario. También debe haber ausencia de conductas auto o hetero agresivas imposibles de contener en el ámbito de la hospitalización parcial.

INDICACIONES GENERALES

- Trastornos mentales severos (TMS) que sigan tratamiento ambulatorio y presenten descompensación sin grave sintomatología aguda.
- Estados psicóticos en fase de remisión de la sintomatología aguda, la cual motivó su ingreso en la hospitalización completa, con una complejidad clínica y sociofamiliar que lo requiera.
- Personas con graves dificultades para hacer frente a su trastorno, con riesgo de no cumplimiento del tratamiento ambulatorio.
- Otros trastornos graves (T. depresivos, TEA, TOC, Fobias, T. de Personalidad...) que presentan una pérdida de las capacidades sociales, laborales y relacionales.
- Personas que no mejoran con el tratamiento ambulatorio y que se prevé que en un medio terapéutico más intensivo y con mayores interacciones interpersonales se obtendrá una respuesta clínica favorable.
- Personas con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), que necesitan un tratamiento más intensivo que el seguimiento ambulatorio, con el objetivo de mejorar su clínica o conducta alimentaria. También requieren abordajes psicoterapéuticos individuales y grupales específicos.
- Personas que presentan primeros episodios psicóticos.

Es poco frecuente en este tipo de dispositivos encontrar una población homogénea. Esta diversidad se da tanto en aspectos clínicos como en aspectos sociales, familiares y ocupacionales.

5.

Proceso General de Atención de Terapia Ocupacional

5.1 LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS HOSPITALES DE DÍA DE ADULTOS

La Federación Mundial de TO (WFOT) define a la TO como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación (6).

*La TO es una disciplina **sociosanitaria** que acompaña a la persona a lo largo del proceso de recuperación, con el fin de poder **conservar o reanudar** el sentimiento de control de su vida a través de la creación de su **identidad ocupacional**, la **reconstrucción del su proyecto vital y su inclusión en la comunidad** sin limitaciones en la participación. El principal objetivo de la TO es facilitar que la persona pueda **participar de las ocupaciones** (7).*

La figura del TO está especialmente formada para evaluar y tratar las dificultades de funcionamiento en las **áreas de la ocupación**: actividades básicas de la vida diaria (AVD) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio/tiempo libre y participación social (8).

En las personas que presentan un problema de salud mental, por lo general, se ven afectadas sus ocupaciones, así como la participación en sus lugares de vida. Su proyecto de vida se ve afectado llevándolos a un desequilibrio ocupacional en el que se pierden rutinas y roles que daban estructura y sentido a la persona. La falta de motivación a menudo acompaña a estos procesos dando lugar a patrones ocupacionales desadaptativos, limitaciones en la participación social y comunitaria, dificultades para gestionar el entorno... llevando a la persona a la desesperanza e insatisfacción que afectan a la salud ocupacional del individuo.

La **salud ocupacional** hace referencia a la interacción dinámica del proyecto y estilo de vida, con el desempeño y exigencias del entorno, cuyo equilibrio proporciona bienestar, satisfacción y una buena calidad de vida (9). Además, el desequilibrio en la salud ocupacional provoca en la mayoría de los casos riesgos y daños en la salud mental, emocional, social y física.

Cuando esta salud está en riesgo se necesita una **intervención ocupacional especializada**.

Hay que añadir que cuando nos referimos a una intervención ocupacional no sólo hablamos de realizar actividades y promover recursos, sino que hablamos de un concepto mucho más amplio. La intervención ocupacional comprende el estudio del patrón de ocupaciones, la realización del perfil ocupacional, el análisis contextual, la facilitación de oportunidades y contextos de participación, entre otros. Por tanto, la intervención ocupacional requiere de procesos de atención especializados y, en consecuencia, un profesional especialista de la ocupación. En este sentido, la TO lleva más de 100 años vinculando el uso de la actividad a la salud de las personas.

Todas las personas con problemas de salud mental deben poder tener el mismo **derecho** a recibir una intervención especializada en todo el territorio y en las mismas condiciones que el resto de los ciudadanos de Cataluña. Por este motivo, por competencias específicas en el ámbito y por responsabilidad que reclamamos que haya un criterio uniforme, equitativo y suficiente para todos los HD del territorio catalán.

5.2 NECESIDADES QUE ABORDAR DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

El ser humano a lo largo de su vida va construyendo su propia identidad definiendo su estilo de vida y su comportamiento ocupacional. A medida que las personas crecen, adquieren vivencias que les permiten proyectarse de cara al futuro y focalizan qué les gustaría hacer, ser y dónde les gustaría estar (10).

Las **necesidades ocupacionales** son aquellos elementos que las personas necesitan para poder desarrollarse y crecer con relación a sus ocupaciones de acuerdo con lo que quieren ser, hacer y dónde estar. Es decir, aquellos elementos ocupacionales que interfieren en su proyecto de vida.

Las necesidades ocupacionales de las personas atendidas en los HD pueden variar en función de muchos factores como el entorno social, el territorio en el que viven, la clínica presentada y la etapa de vida entre otros. Para poder realizar una clasificación de las necesidades a abordar desde la TO se ha seguido el Marco de Trabajo de la AOTA (8) y el Perfil Ocupacional para la Vida Cotidiana (11).

1. Áreas ocupacionales: En la mayoría de las personas que se atienden en HD existen limitaciones o dificultades en su desempeño ocupacional. Estas necesidades ocupacionales suelen manifestarse de las siguientes maneras:

- Falta de autonomía para la realización de AVD y AIVD: Es frecuente el abandono de las ocupaciones por la inestabilidad, dificultades de regulación emocional y sintomatología negativa.
- Dificultades para realizar las tareas relacionadas en el ámbito laboral o formativo.
- Dificultades para cumplir y estructurar su ocio y tiempo libre, ya sea por la dificultad para identificar y/o explorar intereses, por la desorganización de este tiempo, como por la falta de oportunidades de participación en actividades fruto de barreras como el estigma social hacia este colectivo.
- Dificultades por mantener y establecer relaciones interpersonales.
- Escasa participación en la sociedad: Aislamiento en el domicilio, pocas relaciones sociales, entre otros.
- Alteraciones en el sueño y el descanso: Insomnio o hipersomnia.

2. Destrezas de ejecución: En algunos casos existe un deterioro en las capacidades cognitivas, de comunicación, motoras, de regulación emocional y sensoriales que repercuten de manera negativa en el desempeño ocupacional de la persona.

3. Patrones de ejecución: Uno de los elementos fundamentales para tener una buena salud ocupacional es tener una **rutina ocupacional equilibrada y satisfactoria**.

- Dificultades para mantener una rutina estructurada, que exista un equilibrio ocupacional en las diferentes áreas, que les permita adaptarse al entorno y mantenerse activos (autocuidado, productividad, ocio y tiempo libre y descanso).
- Presencia de hipoactividad o hiperactividad.
- Alteración en hábitos como la alimentación, la higiene, el descanso...
- Dificultades por tener una rutina satisfactoria y acorde con sus expectativas, valores, identidad, cultura y capacidades.
- Pérdida de roles o riesgo de pérdida como el de trabajador, pareja, padre o amiga.

4. Proyecto de vida y significado: En muchos casos el proyecto de vida de estas personas se ha roto con la aparición de la enfermedad y con esta rotura ha habido varias rupturas asociadas:

- Responsabilizarse sobre la propia salud, su vida y sus entornos.
- Realizar ocupaciones significativas.
- Restablecer la identidad ocupacional (sentimiento de competencia, conocer sus intereses, saber quiénes son a través de sus roles ocupacionales, saber lo que es importante por sí mismos y priorizar los valores, entre otros).
- Recuperar motivación e ilusión. Reconstruir su proyecto de vida.
- Explorar y participar en ocupaciones que les dé sentido de eficiencia y capacidad personal.
- Establecer nuevos objetivos y metas ocupacionales.
- Reorientar su proyecto vital o antiguo.
- Alejarse del autoestigma y evitar que éste les limite.

El autoestigma es un proceso desadaptativo en el que la persona acepta las percepciones sociales como suyas (12) y dónde se ven afectadas todas las áreas de su proyecto de vida.

5.3 OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Para definir los objetivos de TO en los procesos de recuperación de las personas que asisten a HD, es necesario tener presente que éstos siempre irán sujetos y variarán de acuerdo con el proyecto de vida de las personas usuarias. El proyecto de vida es el pilar fundamental sobre el que se determinan los objetivos y las intervenciones a desarrollar. Por tanto, el objetivo general y principal es:

Facilitar la (re)construcción del proyecto de vida de las personas atendidas en el HD.

Por tanto, aparte de trabajar la funcionalidad operativa de las personas para poder desarrollar sus proyectos de vida, será imprescindible trabajar la **funcionalidad subjetiva**.

La funcionalidad subjetiva hace referencia a la identificación y conexión con lo que la persona desea y se siente atraída, es decir, con lo que la persona da un significado y es importante para ella.

Una de las metas fundamentales de los TO es ofrecer alternativas y oportunidades a las personas que atienden para poder desarrollar sus proyectos vitales. Esto implica que el TO debe tener creatividad y capacidad de innovación para crear nuevos escenarios para personas que, por motivos diversos, se han quedado al margen de sus actividades, ocupaciones y lugares significativos para poder crecer y desarrollarlos.

5. Fortalezas internas: Los potenciales de las personas se ven afectados y aparecen necesidades a abordar desde la TO:

- Recuperar la confianza y seguridad en uno mismo.
- Aprender a regularse emocionalmente a través del uso de las ocupaciones.
- Reducir la falta de perseverancia y constancia, lo que repercute en su desempeño ocupacional.
- Tomar conciencia tanto de la enfermedad como de su situación.
- Aprender a pedir la ayuda y los soportes que sean necesarios.
- Superar las dificultades para adaptarse a cambios, lugares y personas nuevas.
- Recuperar la motivación para realizar diferentes tareas y actividades de su día a día.

6. Soportes externos: Además de las necesidades a abordar desde TO con la persona es imprescindible intervenir sobre el contexto y el entorno a nivel social, territorial, familiar y económico, entre otros.

Los objetivos **específicos dirigidos a las personas** atendidas que se derivan de este objetivo general son:

- Recuperar las habilidades de procesamiento y destrezas cognitivas para la vida diaria.
- Trabajar las habilidades de comunicación y de interacción social para la participación ocupacional.
- Generalizar las habilidades/destrezas adquiridas durante el proceso de intervención en los diferentes contextos donde se desarrolla la persona (físico, social, cultural y virtual).
- Mantener la autonomía de la persona en su entorno habitual y en el desarrollo de las AVD y AIVD.
- Canalizar las emociones a través de las distintas ocupaciones y actividades.
- Adquirir hábitos saludables congruentes con el proyecto de vida de la persona.
- Mejorar la estructuración y organización del tiempo libre de la persona (equilibrio ocupacional).

• Identificar los apoyos positivos y los inhibidores del contexto de la persona para facilitar la participación en la comunidad y en los entornos cotidianos.

• Explorar y buscar trabajo remunerado o no remunerado de acuerdo con sus capacidades, habilidades y motivaciones.

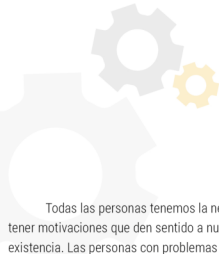
• Explorar, identificar y tomar parte en el desarrollo de actividades lúdicas, de ocio, participación social y comunitaria.

• Adquirir nuevos roles y actividades significativas y recuperar las pérdidas.

• Iniciar y/o reanudar actividades académicas relacionadas con sus intereses y futuro laboral.

La TO acompaña a la persona a identificar los intereses, deseos, valores, capacidades...creando oportunidades que les permitan experimentar y evolucionar. En definitiva, tener un proyecto de vida da un sentido y bienestar propio. También sentir que se forma parte de un grupo, generando así sentimientos de pertenencia al grupo y de confianza en uno mismo.

Facilitar que una persona pueda practicar y disfrutar de un deporte, realizar una tarea solidaria, tener acceso a la cultura, poder quedar con un grupo de iguales...son algunos de los ejemplos.



Todas las personas tenemos la necesidad de tener motivaciones que den sentido a nuestra propia existencia. Las personas con problemas de salud mental a menudo pierden las ilusiones, responsabilidades y roles que les han dado identidad a lo largo de su vida.

Sufrir un trastorno mental a menudo genera sentimientos de minusvalía, baja autoestima y prejuicios hacia sí mismos, el llamado autoestigma. Por este motivo, uno de los objetivos de los TO es ayudar a combatir este autoestigma a partir de ocupaciones y oportunidades en las que la persona salga de la zona de confort que puede suponer el trastorno.

Hay muchos colectivos que, por diversas cuestiones, viven en riesgo de sufrir exclusión social y por tanto se ven limitados y privados de poder desarrollar un proyecto de vida satisfactorio. Evidentemente, el colectivo de personas con trastornos de salud mental es uno de ellos y por eso es imprescindible que el TO sea un creador y facilitador de oportunidades para ofrecer alternativas a los proyectos de vida de las personas usuarias.

Esto implica que el terapeuta no sólo tiene objetivos específicos sobre la persona, sino que también debe plantearse una serie de **objetivos sobre el contexto y el entorno**:

•• **Crear oportunidades y buscar entornos facilitadores** para fomentar la participación ocupacional, generando sentimientos de autoeficacia, competencia y satisfacción personal. Por ejemplo, para una persona que le gusten mucho los animales buscarle un voluntariado en una asociación animalista o protectora de animales con el objetivo de desarrollar una tarea adecuada a su perfil donde pueda desplegar sus recursos personales.

•• **Adaptar actividades y realizar modificaciones ambientales** para que todo el mundo tenga oportunidades de participación ocupacional.

Por ejemplo, en Girona cada mes de mayo se celebra “**Temps de Flors**” donde la gente de la ciudad puede participar a título personal o representando a un colectivo. Se presenta un proyecto para decorar un espacio de la ciudad. Desde un recurso como HD pueden participar personas con perfiles muy heterogéneos, pero el objetivo es que, en la medida de lo posible (*respetando la voluntad de cada uno*), todos se impliquen en un evento de mucha relevancia para la ciudad.

Cada usuario de HD puede participar en el proyecto teniendo en cuenta sus intereses y recursos.

Las personas más creativas participan más en la creación de la idea, a los usuarios que necesitan de tareas y ambientes más estructurados se les asignan tareas más organizadas y concretas. Los espacios de trabajo se organizan según las necesidades del usuario. A algunos les es más fácil trabajar en salas del HD donde se puedan controlar los estímulos (número de personas, horario concreto, crear ambiente poco estresante...), otros pueden trabajar directamente en el montaje de las flores en el espacio de la ciudad que se les ha asignado donde el entorno es menos controlado (más estímulos auditivos, visuales, horarios diferentes a los del HD, trabajar juntamente con otras personas de la comunidad...) favoreciendo la inclusión.

•• **Crear sinergias y colaboraciones** con distintos recursos, entidades, instituciones, etc. para favorecer la inclusión social y la aceptación de la diferencia por parte de la comunidad.

•• **Facilitar la participación en diferentes eventos y fiestas** que se organizan para favorecer sentimientos de pertenencia a la comunidad, minimizar el estigma y el autoestigma.



•• **Conocer y favorecer la participación en recursos comunitarios** (centros cívicos, equipamientos municipales de deporte, bibliotecas...) fomentando la integración e inclusión social.

•• **Impulsar y diseñar campañas de lucha contra el estigma** en la sociedad. Por ejemplo, charlas en escuelas.

•• **Promocionar el asociacionismo y la participación de los usuarios y las familias**. Por ejemplo, en asociaciones de familiares de personas con problemáticas de salud mental, asociaciones de vecinos o asociaciones de carácter cultural.

5.4 PROCESO ASISTENCIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

El proceso asistencial de TO es el conjunto de pasos o acciones que lleva a cabo el terapeuta a la hora de atender a las personas usuarias, comunidades, servicios u otros.

Es importante remarcar que estas fases nos definen los pasos necesarios para garantizar una buena calidad asistencial, ya que ayudan a detectar errores, definir tiempo y medir la efectividad y la eficacia.

El proceso de TO se desglosa en cuatro fases fundamentales para poder realizar una buena intervención de TO.

La **fase de acogida** comienza el primer día de ingreso de una nueva persona usuaria y dura aproximadamente dos semanas. Durante estas primeras semanas el objetivo principal es que la persona se sienta cómoda en el HD y que conozca las diferentes intervenciones y actividades que se llevan a cabo desde TO, así como las normas de funcionamiento. Es importante la presentación tanto del usuario, como de los profesionales y del resto de personas ingresadas para facilitar la integración del nuevo componente en el grupo.

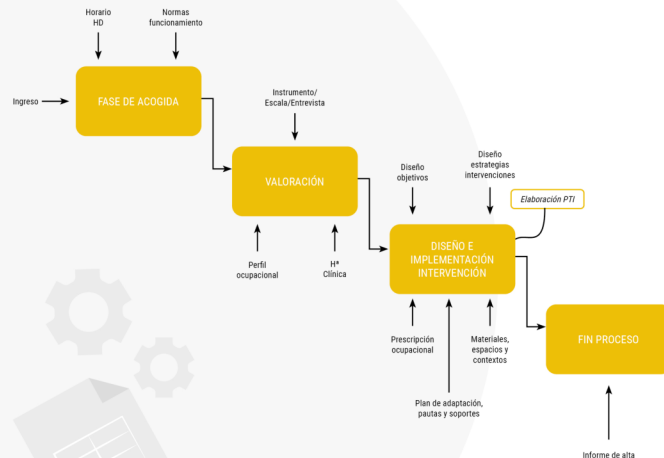
También se remarca cuál es el rol del TO en el HD.

En esta fase es muy importante empezar a establecer un **buen vínculo terapéutico** con la persona.

Tras la fase de acogida o, incluso simultáneamente en algunos casos, se realiza la **valoración** de TO. Esta valoración se realiza durante los primeros quince días y puede realizarse mediante más de una sesión. **detallado en el punto 5.4.1 de Evaluación.*

A continuación se realiza el **diseño**, la **implementación** y la puesta en marcha de la intervención con el planteamiento de objetivos, estrategias y métodos. **detallado en el punto 5.4.3 de Intervención.*

Finalmente, se realiza una última **reevaluación** y se elabora el informe de alta. **detallado en el punto 5.4.4 de Reevaluación.*





5.4.1 EVALUACIÓN

El proceso de evaluación comienza con una valoración realizada por parte del TO y se centra en averiguar las **necesidades del usuario**, determinar qué puede hacer y ha hecho e identificar los factores que actúan como soporte o limitación a la salud ya la participación ocupacional.

Frecuentemente la evaluación ocurre tanto formal como informalmente a lo largo de las diferentes interacciones con el usuario. La forma y dirección de la evaluación varían dependiendo del tipo de escenario de la práctica.

Es importante destacar la imposibilidad de plantear una intervención sin la realización del proceso de evaluación ocupacional.

Este proceso de evaluación se centra en averiguar las necesidades relacionadas con la ocupación humana, identificando sus factores limitadores o de apoyo para la participación ocupacional de la persona atendida.

Las dimensiones que se valoran desde TO son las siguientes:

1._ Áreas de ocupación: Las áreas de desempeño ocupacional son las grandes categorías de la actividad humana que forman parte de la vida cotidiana de las personas.

- **Actividades de la vida diaria:** Son actividades necesarias para vivir, orientadas al cuidado del cuerpo. Algunos de los ítems que se evalúan dentro de las AVD son la higiene y cuidado personal, el vestir y la alimentación, entre otros.

- **Actividades instrumentales de la vida diaria:** Son actividades de la vida diaria más complejas que se desarrollan en el hogar y en la comunidad. Las principales AIVD que se evalúan son el manejo del dinero, el uso de tecnologías, el uso del transporte, el manejo del hogar, el cuidado de los demás, etc.

- **Educación:** Son aquellas actividades necesarias para desarrollar conocimientos, tanto en el ámbito formal como informal.

- **Trabajo/contribución sociedad:** Es toda actividad productiva que puede ser remunerada o voluntaria con la que se adquiere un compromiso u obligación.

- **Ocio y tiempo libre:** Son las ocupaciones que no son obligatorias, son de elección propia y motivadoras para la persona.

- **Participación social:** Se define como los patrones de comportamiento de un individuo en interacción con la sociedad y en entornos comunitarios.

- **Descanso y sueño:** Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y el descanso necesario.

2._ Destrezas de ejecución: Las destrezas de ejecución son acciones observables, concretas, dirigidas hacia un objetivo que utiliza las personas para participar en las ocupaciones de la vida diaria.

Las categorías de las destrezas de ejecución de una persona están interrelacionadas e incluyen:

- **Destrezas de comunicación:** Son acciones o comportamientos con el objetivo de comunicarse e interactuar con los demás.

- **Destrezas de procesamiento o cognitivas:** Son acciones o comportamientos de la persona para planificar y llevar a cabo una actividad.

- **Destrezas motoras y praxis:** Son acciones de la persona para moverse e interactuar físicamente con el entorno.

- **Destrezas de regulación emocional:** Acciones o comportamientos de la persona dirigidos a identificar, gestionar y expresar sus sentimientos mientras participa en actividades o interacciona con los demás.

- **Destrezas sensoriales y perceptivas:** Son acciones o comportamientos que utiliza la persona para localizar, identificar y responder a sensaciones.

También para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar hechos sensoriales. Se clasifican en visuales, auditivas, olfativas, propioceptivas, táctiles, gustativas y vestibulares.

3._ Patrones de ejecución: Uno de los elementos fundamentales del proceso de evaluación desde nuestra disciplina es la rutina ocupacional de las personas.

Los patrones de ejecución se refieren a los hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el proceso de participar en las ocupaciones o actividades.

En esta dimensión se pretende evaluar desde la planificación y gestión de las improvisaciones de la vida de forma efectiva y satisfactoria, hasta la variedad de ocupaciones y el equilibrio.

4._ Proyecto de vida y significado: Éste es quizás el término que más complejidad deriva en los procesos de evaluación, ya que parte únicamente de la subjetividad de la persona. Sin embargo, es uno de los ejes fundamentales de la aportación y/o ayuda que la profesión realiza sobre las personas y sus lugares de vida.

El proyecto de vida es un plan personal o un camino de vida enfocado a cumplir unos objetivos y expectativas influenciado por el propio orden de prioridades, valores y significados de la persona. Este proyecto puede ser a corto, medio o largo plazo.

En esa dimensión se identifican los factores potenciadores o inhibidores para desarrollar el proyecto vital de la persona.

También es importante valorar las motivaciones ocupacionales y los intereses personales de las personas que atendemos. Estas motivaciones pueden ser el motor de cambio de proceso de recuperación de la persona.

5._ Fortalezas internas: Un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar comporta una vida autodirigida y en la que las personas se esfuerzan por conseguir su máximo potencial.

Por eso, entendemos que identificar las fortalezas, visualizarlas y ser conscientes de ello es la manera de apoyar a las personas para asumir la responsabilidad personal de su propio cuidado y del viaje hacia la recuperación. Por ejemplo, algunas de las fortalezas que se valoran son la constancia, adaptabilidad, sentido del compromiso y conciencia de apoyo, entre otras.

6._ Soportes externos: Los soportes externos son aquellos factores que rodean a la persona y forman parte de su vida y entorno. Si estos soportes son positivos, favorecen la estabilidad y la mejora de la salud y el bienestar de la persona. Algunos de estos soportes son el hogar, la familia, los amigos y las oportunidades del territorio, entre otros.

La valoración de todos estos ítems y dimensiones se recoge en el perfil ocupacional.

El perfil ocupacional incluye la información sobre la persona, sus capacidades, potenciales, necesidades, preocupaciones, así como las limitaciones de la ejecución en las áreas de empleo.

Se define como un resumen de la información que describe el historial ocupacional y experiencias del usuario, y también tiene en cuenta las rutinas de la vida diaria, los intereses, valores y necesidades de la persona (11). El perfil incluye información relacionada con lo que la persona quiere y necesita realizar en el presente o futuro, así como las experiencias e intereses pasados que pueden ayudar a identificar fortalezas y limitaciones del usuario. Al filtrar la información recogida durante el perfil ocupacional posteriormente se completa el planteamiento de la intervención y los resultados identificados.

Una vez que los datos del perfil se han recogido y documentado, el TO examina la información; identifica las fortalezas de la persona, las limitaciones y necesidades.

El perfil ocupacional se registra en la historia clínica de la persona valorada.

La información puede reunirse de forma formal e informal y se puede obtener información mediante entrevistas formales, así como a través de conversaciones casuales, las cuales ayudan a establecer una relación terapéutica con la persona.

Dependiendo del TO o centro de trabajo se utilizan diferentes instrumentos en el proceso de evaluación:

- **Entrevistas:** La entrevista individual es necesaria y muy útil para realizar la valoración inicial. Ésta nos permite recoger la vivencia subjetiva de la persona y su historia ocupacional (experiencias de vida, valores, intereses, patrones previos de participación en las ocupaciones y en las actividades, incluso los significados asociados a ellas). Las entrevistas suelen realizarse tanto a nivel individual como con el entorno familiar o de convivencia de la persona usuaria.

- **Escalas e instrumentos:** Cuando el TO considera necesario utiliza otros instrumentos de apoyo para el proceso de evaluación. Puede utilizar todos aquellos que considere oportunos para el caso o situación. Los instrumentos y escalas más utilizados propios de TO en HD son:

Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS), Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS), Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, OPHI-II Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional del MOHQ, Listado de Intereses del MOHQ, Listado de roles del MOHQ, Cuestionario ocupacional del MOHQ, Perfil Ocupacional de la Vida Cotidiana.

Otros:

World Health Organization Disability Assessment Schedule II – WHODAS II (OMS, 1998), Basic Everyday Living Skills (BELS), Entrevista Sensorial para usuarios basada en la Teoría de Procesamiento Sensorial de Winnie Dunn.

- **Observación en espacios formales e informales:**

Algunos de estos espacios son los grupos terapéuticos, las actividades diversas, las relaciones con compañeros fuera de las actividades, las relaciones con otros profesionales.... Esta observación también da más información sobre las destrezas de ejecución: Regulación emocional, cognitivas, de comunicación y sociales, motoras y sensoriales-perceptuales.

- **Fuentes indirectas:** Alguna información se extrae de la historia clínica, informes, familiares y otros profesionales del equipo.

Una vez realizado el proceso de valoración, en los primeros quince días del ingreso del usuario, se elabora el Programa Terapéutico Individual (PTI), junto con el resto del equipo.



5.4.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO Y EL TERRITORIO

Desde una perspectiva histórica, las personas con problemas de salud mental se han concebido como "enfermos" que debían apartarse del resto de la sociedad ya que ésta debía protegerse de aquellos que infringen las normas sociales.

En los últimos años la salud mental ha incorporado una nueva **perspectiva de recuperación**. Esta nueva perspectiva entiende el concepto de salud desde una perspectiva de derechos humanos y ciudadanía y, por tanto, analiza y plantea **objetivos y estrategias dirigidos a la comunidad** y centra el interés en el ciudadano y la comunidad, que asume ser protagonista y también escenario asistencial (13).

Esta perspectiva actúa sobre los entornos naturales de las personas proponiendo estrategias basadas en las necesidades y recursos de la propia comunidad y prestando la misma atención a los factores sociales, psicológicos y orgánicos. Por tanto, los objetivos incorporan tanto al individuo como a toda la población de un territorio.

La orientación comunitaria de las intervenciones está claro que aporta un entorno de normalidad en la realización de actividades de la vida cotidiana entre las personas que tienen un trastorno mental y el resto de la población. Por este motivo, es imprescindible que desde TO se intervenga tanto con la persona usuaria como con la comunidad para poder generar esta salud ocupacional en los entornos naturales y cotidianos de las personas.

Para la TO, el trabajo en la comunidad orientado a una salud basada en la participación comunitaria es uno de los ejes fundamentales de intervención. En este sentido, consideramos que la TO aporta las herramientas de análisis de las demandas y características de los recursos empleados por las personas con problemas de salud ocupacional (entre los que se encuentran las personas con problemas de salud mental).

Cada conjunto de población tiene necesidades que cambian y se transforman continuamente en sus ocupaciones. A pesar de no ser conscientes de ello, estas ocupaciones se alteran y provocan diferentes grados de afectación en la salud ocupacional de las personas.



Un pilar fundamental en el trabajo de un TO es realizar una **valoración** y un **análisis** de los diferentes **contextos** en los que participa la persona con el objetivo de identificar si favorecen o inhiben su **participación ocupacional**. Por tanto, conocer el lugar, su dinámica, las personas clave, la disposición de los estímulos, las exigencias y los aspectos facilitadores e inhibidores de la participación ocupacional, es tan esencial como el propio estudio de necesidades de la persona (9).

También es importante analizar e identificar las características de las oportunidades del territorio en las que participan las poblaciones para adaptar y graduar los procesos con el contexto sociocultural, los patrones de desempeño de la población, los estilos de vida ocupacionales o la situación geográfica, entre otros.

En definitiva, para realizar un buen proceso de intervención orientado a la recuperación en la comunidad, deben tenerse en cuenta las diferencias y las desigualdades de los territorios, así como las oportunidades que ofrece la propia comunidad, con el objetivo de que los recursos u oportunidades que se planteen vayan en consonancia con el perfil y las necesidades ocupacionales de nuestros usuarios y se puedan determinar qué soportes, recomendaciones y posibles riesgos deben tenerse en cuenta para favorecer una buena vinculación y un desempeño ocupacional satisfactorio.

Un análisis del contexto debe tener en cuenta aspectos como el entorno físico, la accesibilidad, el entorno social, las personas clave y la localización geográfica, entre otros.

5.4.3 INTERVENCIÓN

El programa general de TO se enfoca en ayudar a que la persona mejore y/o mantenga su desarrollo ocupacional, su autonomía, las capacidades funcionales y la satisfacción a través de cuatro niveles de intervención (9):

- **Asesoramiento, orientación y apoyo:** En este tipo de intervención se acompaña a la persona en todo un proceso de búsqueda y desarrollo tanto de intereses y motivaciones, como del proyecto de vida, de la rutina y del estilo de vida.

- **Prescripción ocupacional:** La prescripción ocupacional se da cuando el TO propone las actividades a desarrollar y participar en una persona como parte del tratamiento. Es decir, el uso de la actividad como herramienta terapéutica al igual que un médico puede prescribir un fármaco. Normalmente esta prescripción va acompañada de un proceso de negociación con el usuario.

- **Entrenamiento de habilidades:** El entrenamiento en habilidades consiste en "ensayos" de determinadas ocupaciones para practicar unas habilidades en concreto. Este entrenamiento puede ser directamente la reproducción de una determinada actividad o una de sus partes. Por ejemplo, puede ser un grupo de cocina en el que el usuario aprende a cocinar.

- **Adaptaciones y construcción de oportunidades**

en el territorio: Para que las personas puedan generalizar los aprendizajes, explorar y llevar a cabo su proyecto de vida en ambientes "normalizados" alejados del contexto clínico, es imprescindible que el TO cree o busque oportunidades en el territorio. Por otra parte, en ocasiones, será necesario adaptar el entorno o las actividades a las capacidades y destrezas de los usuarios.

Uno de los valores esenciales del actual modelo de recuperación es la **atención centrada en la persona**. La atención centrada en la persona se basa principalmente en el respeto y el empoderamiento, garantizando el derecho de autodeterminación y en que los usuarios sean los protagonistas de su propio proceso de recuperación.

El concepto actual de la atención centrada en la persona deriva del modelo de *Carl Rogers* de finales de 1940. Se basa en la suposición de que nadie pueda tomar decisiones por los demás, actuar por ellos o resolver sus problemas. *Rogers* formuló en 1961 la «*Terapia centrada en el cliente*» (14). Parte de la hipótesis se basa en que la persona posee por sí misma medios para la autocomprensión y por el cambio del concepto de sí misma, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. Apuesta por la denominación «*cliente*» versus «*persona*», donde el terapeuta abandona el rol directivo, ofreciendo un clima de confianza en la relación terapéutica.



En la profesión de TO, está implícito este enfoque desde el inicio de su creación puesto que se tienen en cuenta las capacidades en lugar de los déficits. Se trabaja mediante la ocupación significativa en el que la persona siente que tiene el control del entorno y que se han tenido presentes sus necesidades, preferencias y costumbres.

Evidentemente, la intervención realizada por el TO debe ir acompañada y apoyada por modelos teóricos propios de la disciplina. Los más utilizados son: **el Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Canadiense**.

La intervención se puede dar de varias formas:

1. Individual: Intervenciones centradas en la ocupación y en la persona.

- **Valoración y entrenamiento** de las diferentes áreas ocupacionales (*actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, educación, trabajo, ocio, tiempo libre, participación social y comunitaria*).

- **Intervenciones domiciliarias** valoración del entorno y desarrollo de la persona en las AVD, e intervención de reeducación funcional si es necesario.

- **Intervención en el entorno comunitario** (*realización de compras, uso del transporte público, entre otros*).

- **Promoción de la vinculación y la incorporación de usuarios a actividades formativas y laborales** (*contactar con bolsas de trabajo, entidades de carácter formativo, etc.*).

- **Identificación y exploración de intereses** culturales, de ocio y tiempo libre y fomentar su participación en estos ámbitos.

- **Intervención en el acompañamiento y apoyo** para favorecer la vinculación a actividades comunitarias (*aproximación a centros cívicos y/o sociales comunitarios, talleres prelaborales y asociaciones de usuarios y familias*) y en la realización de trámites y gestiones personales.

- **Tomar contacto y coordinación** con distintos recursos (*prelaboral, club social, voluntariado...*) para favorecer la vinculación del usuario.

2. Grupal: La intervención grupal es una parte muy importante del trabajo en el HD. Favorece el intercambio de experiencias entre los miembros del grupo y permite ver a la persona en diferentes contextos grupales en los que se trabajan diferentes aspectos. Podemos observar cómo se relaciona la persona con los compañeros y profesionales, qué roles adopta, en qué actividades se desarrolla mejor, cuáles son sus intereses, sus valores... El grupo también es un medio que permite que las personas se identifiquen, se relacionen, se puedan expresar... se generan sentimientos de pertenencia y desde aquí, las personas se sienten más seguras, con mayor capacidad para explorar.

Progresivamente, de forma espontánea y muchas veces de forma inconsciente se van produciendo cambios.

Desde TO ofrecemos diferentes programas que engloban diferentes actividades en las que se trabajan tanto habilidades específicas (AVD, HHSS, capacidades cognitivas...) como actividades más amplias donde las personas pueden poner en marcha diferentes recursos personales y/o generalizar las habilidades entrenadas.

Los programas y actividades deben ser dinámicos y cambiantes adaptándose a las necesidades de las personas ingresadas en HD.

Los programas grupales más comunes y recomendables en los HD se describen en el anexo 1.

3. Ambiental/del contexto/del entorno: Dirigida a modificar, adaptar y/o compensar el contexto o las características de la actividad para apoyar el desarrollo ocupacional en el entorno natural de la persona.

Intervención familiar:

La participación de la persona en una ocupación tiene lugar en un contexto y la **familia** en muchas ocasiones forma parte de este. Por tanto, debemos tener en cuenta la familia en el momento de plantear cualquier intervención terapéutica con la persona.

El núcleo familiar proporciona información muy relevante del entorno cotidiano de la persona, conoce los valores, potenciales y necesidades de su familia. La participación de la familia es clave en el proceso de recuperación de la persona. Es importante realizar al menos una visita al domicilio de la persona, para poder realizar una valoración de los diferentes contextos y entornos de la persona y para identificar factores inhibidores y facilitadores necesarios para poder establecer una futura intervención juntamente con la familia.

El TO capacita y empodera a las familias en caso de que la persona necesite el apoyo de ésta. Es recomendable trabajar juntamente con la familia y fomentar su implicación en las intervenciones de TO, puesto que la familia es quien convivirá con la persona atendida.

Las intervenciones que pueden llevarse a cabo con la familia son de asesoramiento, orientación y apoyo a lo largo del ingreso de su familiar en HD.

5.4.4 REEVALUACIÓN

Junto con el resto del equipo se realiza la revisión mensual del **Programa Terapéutico Individual (PTI)** de la persona. Se valoran y revisan los objetivos planteados y se proponen nuevos y, en consecuencia, se varía el programa o no.

Sin embargo, en cuanto a la reevaluación propia de TO es el propio terapeuta quien decide el método o sistema más adecuado. Lo más indicado es utilizar un sistema que se aplique de igual modo en todos los casos.

La reevaluación debe registrarse en la historia clínica y en el informe de TO para garantizar la continuidad asistencial y respetar la confidencialidad de datos.

El informe de TO es recomendable realizarlo después de cada evaluación y entregarlo a la persona usuaria. En este informe deben constar los datos principales de la persona usuaria, los objetivos propuestos, los objetivos alcanzados y los no alcanzados, la situación previa al ingreso y la actual, un resumen de las intervenciones realizadas desde TO y las recomendaciones y pautas a seguir después del alta.

Aparte de la reevaluación individual de las personas usuarias es imprescindible realizar las reevaluaciones de procesos globales o de programas.

Esta parte del proceso es muy importante para poder ir modificando, adaptando y creando unos programas y procesos adecuados al momento y que cubran las necesidades reales de las personas y evitar programas inmóviles y lineales.

La recomendación es realizar esta reevaluación aproximadamente cada seis meses.





5.4.5 OTRAS TAREAS QUE REALIZA LA TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Participar en la elaboración de Protocolos y Planes funcionales.
- Asistir a reuniones de coordinación interna y organización general.
- Participar en actividades docentes con profesionales de la misma disciplina y/u otros, como, por ejemplo, ponencias, sesiones clínicas, elaboración de posters y comunicaciones...
- Formación continua. Realización de cursos especializados con relación al ámbito de trabajo, asistencia a jornadas, congresos...
- Tutoría de alumnos de prácticas de TO (Grado, postgrado y Máster).
- Realización, participación y colaboración en proyectos de investigación.
- Gestión y control del material necesario para desarrollar los grupos de TO.

6. Análisis de ratios asistenciales actuales en Cataluña

Desde el COTOC se ha realizado un análisis de las ratios en una serie de dispositivos de salud mental que tienen HD en Cataluña. A través de este análisis se han detectado diferencias abismales de ratios dependiendo de la zona territorial de Cataluña.

Actualmente en la zona de Tarragona es donde se cuenta con unas ratios más uniformes y óptimas.

Difiere exponencialmente con la provincia de Barcelona. Seguramente un elemento a favor es que, a nivel público, en la mayor parte del territorio de Tarragona, es una única entidad la que ofrece asistencia de hospitalización diurna de salud mental.

Aunque el área de Girona también la gestiona una única institución, el problema no recae en la ratio específica de TO, sino que tan sólo existe un HD para cubrir toda la provincia. Este hecho limita de igual modo a que la población de este territorio pueda cubrir sus necesidades ocupacionales como de otros tipos relacionadas con la salud mental.

En cambio, en la provincia de Barcelona el problema no reside en la falta de dispositivos de HD, sino que las ratios de TO son totalmente diversas y cambiantes. La mayoría cambian según la entidad proveedora, pero, además, hemos detectado importantes diferencias de ratios dentro de las propias entidades; lo que indica que existe una falta de criterio uniforme en la cartera de servicios de la propia entidad.

Por último, en el caso de Lleida las ratios de la empresa proveedora es la misma para toda la provincia y las ratios entre los diferentes dispositivos de HD son totalmente diferentes unas de otras y cuentan con muy pocas plazas de usuarios.

7.

Ratios mínimas y óptimas de terapia ocupacional

Horas de TO/nº usuarios mínima: 1 TO jornada completa (37,5h) - 12

Horas de TO/nº usuarios óptima: 1 TO jornada completa (37,5h) - 10

Los TO juegan un papel primordial en la atención de las personas con un diagnóstico de salud mental y son una figura importante en los HD en los que se apuesta por el modelo de atención centrada en la persona.

Se trata todavía de un perfil profesional poco conocido por el gran público. De forma resumida, su función es trabajar para que las personas con cualquier tipo de diversidad funcional puedan llevar a cabo actividades de la vida diaria de la forma más independiente posible, disfruten de mayor calidad de vida y puedan implicarse en aquello que da sentido a su vida.

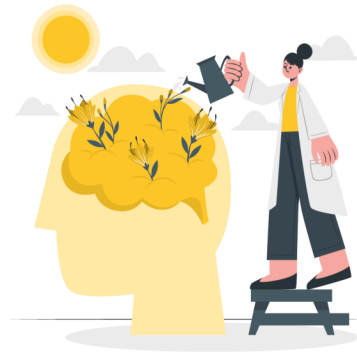
Está demostrado que ocupación es salud y los TO son los expertos en ese ámbito. Teniendo en cuenta, que no se trata de pautar actividades a la persona "porque sí", sino de identificar las que dan significado a su vida.

Creemos muy necesaria la **inclusión del TO en los HD** y la mejora de los ratios. Si el usuario sale del HD sin un proyecto ocupacional (*trabajo, voluntariado, actividad comunitaria, participación social...*) tiene más probabilidades de volver a la rueda de la inactividad, la desesperanza, sentimientos de minusvalía... aumentando el riesgo de recaídas y con la consiguiente repercusión en el gasto sanitario.

Por desconocimiento o por falta de presupuesto, a menudo nos encontramos con que no se incluye el TO en los equipos de HD, o que la ratio de usuarios es desproporcionada.

Los usuarios que se atienden en los HD, debido al trastorno, experimentan alteraciones a nivel ocupacional (rotura, inactividad y desequilibrio ocupacional).

El TO por competencias formativas es el profesional especialista en el análisis y el uso terapéutico de la actividad, buscando la autonomía y la adaptación al entorno de la persona, mediante ocupaciones significativas, ayudando al usuario a construir o recuperar su proyecto de vida.



8.

Recomendaciones y propuestas de mejora

Aunque cada vez está más reconocida la figura del TO en el ámbito de la salud mental, nos encontramos todavía con algunas limitaciones en la práctica. Por este motivo, las autoras de este documento queremos aportar algunas propuestas de mejora.

El TO y la intervención familiar

Aunque no se contempla en muchos equipos que el TO intervenga con la familia, éste puede ofrecer un asesoramiento, orientación y apoyo a la familia con todo lo relacionado con la ocupación, ya que es el profesional especializado en la evaluación y tratamiento de las áreas de la ocupación: AVD, AIVD, ocio, trabajo, educación, descanso y sueño. Además, es aconsejable que el propio terapeuta pueda realizar esta evaluación e intervención en el propio domicilio de la persona.

La familia en muchas ocasiones necesita de este profesional para crear dinámicas familiares que promuevan la autonomía y bienestar de su familiar en su día a día.

El TO como agente de promoción de la salud y prevención de recaídas

El TO es un profesional que centra su intervención en la promoción de la salud y en la prevención de recaídas. A lo largo del documento se puede observar cómo el TO interviene con la persona y con su entorno favoreciendo su participación ocupacional. Una persona que tiene una rutina estructurada y está participando en actividades en la comunidad tiene una red de apoyo que funciona como factor de prevención en posibles recaídas, al tiempo que la persona disfruta de una mejor calidad de vida y requiere de menor soporte médico.

El TO y el estigma

El estigma es una de las principales barreras para la inclusión social de las personas con trastornos mentales. Aquellos que lo experimentan deben enfrentarse a estereotipos, prejuicios y distanciamiento social por parte de la comunidad. Los TO contribuyen al proceso de inclusión de la persona en la comunidad, mediante el compromiso en ocupaciones significativas que proporcionan bienestar y promueven la participación social.

La ocupación en sí misma promueve y favorece la adaptación al medio, además de fomentar la inclusión y la participación de la persona en su entorno social y cultural. Da sentido y significado a la existencia, lo que repercute positivamente en la salud mental de las personas. Las ocupaciones en las que se compromete a una persona facilitan la expresión individual y favorecen el desarrollo de vínculos sociales y culturales que contribuyen a que las personas se sientan parte de la sociedad.



9.

Valor económico de la Terapia Ocupacional

La evaluación económica en el cuidado de la salud mide los costes y beneficios de diferentes intervenciones. Un sistema de evaluación económica evalúa el resultado de las intervenciones y analiza si la repercusión en los costes supone una mejora en los beneficios.

En las últimas décadas, la evaluación económica se utiliza cada vez más para apoyar decisiones para incluir o no una intervención en los sistemas de salud pública. El gasto eficiente de recursos limitados es muy importante para garantizar que los beneficios sean óptimos. Los responsables de la toma de decisiones deben escoger en qué invertir el dinero y en cómo asignar los recursos disponibles.

En este apartado, se pretende explicar la utilidad económica de las intervenciones de TO en el ámbito de la salud mental.

Para elaborar este apartado se ha tomado como principal referencia el informe publicado en 2019 por las organizaciones de TO de Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia e Islandia (15), que conforman la Asociación Nórdica de TO. Se ha escogido este informe por su calidad metodológica y porque los sistemas sanitarios de los países escandinavos son similares al español. Son parecidos porque comparten los principios de universalidad e igualdad, y porque se financian a través de impuestos y la estructura de su gobernanza está descentralizada (16).

El desempleo y las bajas por enfermedad tienen un impacto en la economía de la persona y su familia, y los costes por desempleo, por baja laboral y los subsidios por enfermedad impactan en la economía de la sociedad.

La baja por enfermedad de larga duración debido a trastornos de salud mental comporta altos costes económicos para las personas, ocupadores y sociedad. Se estima que entre el 60%-90% de los gastos de la sociedad por enfermedades mentales como la esquizofrenia, la depresión, los trastornos bipolares o la ansiedad tienen que ver con la pérdida de productividad causada por bajas laborales de larga duración y paro (17), representando el gasto en atención sanitaria unos costes mucho menores. Lexén sugirió en 2014 (18), en referencia a las bajas por enfermedad debidas a trastornos musculoesqueléticos o mentales, que el 90% de los costes de la sociedad se debieron a pérdidas de productividad, mientras que la provisión de rehabilitación representó sólo un 3%.

Los principales objetivos de la evaluación económica son identificar, medir, evaluar y comparar los costes y los efectos de las intervenciones en cuestión. Para llevar a cabo estas evaluaciones, en el citado informe se han revisado estudios clínicos atendiendo al principio de Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

El objetivo de esta revisión sistemática fue examinar la evidencia científica de la rentabilidad de las intervenciones de TO, midiéndose esta rentabilidad en salud mental como la incorporación o reincorporación al trabajo (con o sin apoyo) y la reducción de las bajas laborales. Las intervenciones de TO pueden ser tanto intervenciones únicas como parte de una intervención multiprofesional -como sería el caso de los HD de adultos de Cataluña.

En los estudios revisados, el grupo destinatario estaba formado por personas de 18-67 años, con trastornos de salud mental que estaban de baja por enfermedad, activos laboralmente o en situación de desempleo. Se incluyeron estudios sobre personas que presentaban distintos trastornos de salud mental. El número final de artículos que cumplieron los criterios de inclusión fue de seis.

En todos los estudios incluidos la incorporación al trabajo fue mayor en el grupo en el que intervino la TO que en el grupo control. Los resultados de los seis estudios demostraron la rentabilidad de las intervenciones de TO en relación con el incremento del retorno al trabajo de las personas tratadas.

El estudio de Wisenthal A et al (19) evaluó una intervención de TO que tuvo como objetivo preparar a un grupo de personas con depresión para volver al trabajo y mostró resultados prometedores en cuanto a la disminución de la gravedad este trastorno, el aumento de la capacidad de trabajo y la mejora en la reducción de la fatiga.



El estudio de Schene AH et al (20) demostró que una intervención de TO centrada en el trabajo que combina la terapia individual y grupal fue efectiva y rentable en términos de mayor reincorporación al trabajo y horas trabajadas. Sin embargo, el tamaño de la muestra del estudio fue bastante pequeño.



Las conclusiones de este análisis muestran que la intervención de TO es efectiva para la reincorporación laboral del usuario, por lo que el coste-beneficio de estas intervenciones es positivo. Los TO están acostumbrados a realizar intervenciones para la vuelta al trabajo de las personas en la práctica clínica. Tienen habilidades especializadas y una larga tradición de evaluación y soporte en la mejora del desempeño laboral.

Así pues, pensamos que existen amplias razones para aumentar el número de intervenciones de TO en los dispositivos de salud mental. También es importante incrementar la investigación futura sobre la efectividad de las intervenciones de TO describiendo el contenido de estas con mayor precisión, para poder mostrar qué componentes son efectivos y el tiempo de terapia requerida.

En el momento actual, los HD de adultos de Tarragona y Reus del Institut Pere Mata están llevando a cabo el análisis de un estudio de investigación de los resultados de los tratamientos que se llevan a cabo.

De una muestra recogida durante dos años, con un total de 157 sujetos que recibieron en su totalidad intervención de TO, los resultados preliminares apoyan la conclusión de que la TO ofrece un coste-beneficio positivo.

A la hora del alta, el número de personas que se marcharon con un empleo fue significativamente mayor que en el momento del ingreso. De un total de 157 pacientes, al ingreso trabajaban 6 y en el momento del alta 22 todos ellos en puestos de trabajo ordinarios.



10. Bibliografía

- (1) • BOE.es - BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (s/f). Boe.es. Recuperado el 17 de noviembre de 2022, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- (2) • Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (s/f). Cercador d'informació i Documentació Oficials (CIDO) - Diputació de Barcelona. Recuperado el 17 de noviembre de 2022, de <https://cido.diba.cat/legislacio/401326/ley-442003-de-21-de-noviembre-de-ordenacion-de-las-profesiones-sanitarias-jefatura-del-estado>
- (3) • Departament de Salut, D. (2017). Pla director de salut mental i addiccions: estratègies 2017-2020. *Pla director de salut mental i addiccions: estratègies, 2017, 2020*. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3986?locale=es>
- (4) • BOE.es - BOE-A-2009-5036 Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional. (s/f). Boe.es. Recuperado el 17 de noviembre de 2022, de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-5036
- (5) • Atenció a la salut mental i addiccions. (s/f). CatSalut. Servei Català de la Salut. Recuperado el 17 de noviembre de 2022, de <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
- (6) • Aguín N., & Hidalgo C. (2019). *Humanizando la valoración del Terapeuta Ocupacional en pacientes con trastorno mental grave*. Cursos Fnn. Recuperado 15 de mayo de 2021, de <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-9/humanizando-la-valoracion-del-terapeuta-ocupacional-en-pacientes-con-trastorno-mental-grave/>
- (7) • Moruno Miralles, P., & Talavera Valverde, M. A. (2011). *Terapia Ocupacional En Salud Mental Terapia Ocupacional En Salud Mental Terapia Ocupacional En Salud Mental Terapia Ocupacional En Salud Mental Terapia Ocupacio* Elsevier Masson.
- (8) • Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-fourth edition. (2020). *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 74 (Supplement_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>

- (9) • Busquets M, Domingo E, Guzmán S. (2020). *Consultoría ocupacional y prescripción ocupacional*. Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya. Recuperado 21 de abril de 2021, de <https://www.cotoc.cat/es/transparencia/documentacion/summary/32-documents-tecnics/266-consultoria-ocupacional-i-prescripcio-ocupacional>
- (10) • Kielhofner, G. (2002). Chile. *Terapia ocupacional Modelo de ocupacion humana 3ª Edición*. Editorial Medica Panamericana.
- (11) • Guzman S, Busquets M. (2019). *El perfil ocupacional en la práctica cotidiana*. La Revista del COTOC. Recuperado 3 de junio de 2021, de <https://www.cotoc.cat/es/comunicacion/la-revista-del-cotoc/summary/37-acces-lliure/237-la-revista-del-cotoc-num-12>
- (12) • Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- (13) • Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(5), 640–645. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640>
- (14) • Arias Gallegos, W. L. (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Avances En Psicología*, 23(2), 141–148. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.158>
- (15) • Zingmark, M., Norström, F., Lindholm, L., Dahlin-Ivanoff, S., & Gustafsson, S. (2020). A short introduction to health economics and economic evidence for occupational therapy in the field of mental health during working life and health of older people. *Occupational Therapy and Health Economics*. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00505-1>
- (16) • Magnussen, J., Vrangbaek, K., & Saltman, R. (2009). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Mc Graw Hill.
- (17) • Areberg, C. (s. f.). *Individual Placement and Support (IPS) for persons with severe mental illness -Outcomes of a randomised controlled trial in Sweden*. Lub.lu.se. Recuperado 17 de noviembre de 2022, de <https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/porta/3637394/3563892.pdf>
- (18) • Lexen, A. (2014). *Work and psychiatric disabilities. A person, environment, and occupation perspective on Individual Placement and Support*. Lund University.
- (19) • Wisenthal, A., Krupa, T., Kirsh, B. H., & Lysaght, R. (2018). Cognitive work hardening for return to work following depression: An intervention study: Le réentrainement cognitif au travail pour favoriser le retour au travail à la suite d'une dépression: étude d'intervention. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne d'ergothérapie*, 85 (1), 21-32. <https://doi.org/10.1177/0008417417733275>
- (20) • Hees, H. L., de Vries, G., Koeter, M. W. J., & Schene, A. H. (2013). Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 70 (4), 252–260. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-100789>
• Designed illustration by slidesgo / Freepik" href="http://www.freepik.com">Designed by slidesgo / Freepik

11.

Anexo

ANEXO I

• **Programa de autonomía personal:** Conjunto de actividades que van orientadas a mejorar la autonomía. Por ejemplo, se pueden realizar grupos donde se trabajan directamente las AVD (ducha, higiene personal) y/o realizar intervenciones grupales que ayuden a mejorar habilidades que tendrán una repercusión positiva en la autonomía de la persona.

• **Programa de proyecto de vida:** En este tipo de intervención se identifican los objetivos o metas del proyecto vital de cada uno, sus elementos potenciales o inhibidores, las estrategias internas que puede llevar a cabo la persona y aquellos soportes que necesita para a realizar el cambio.

• **Programa de orientación ocupacional:** Este programa consiste en la búsqueda de intereses, motivaciones, conexiones y atracciones ocupacionales. Incluye la realización del patrón ocupacional y el asesoramiento en esta búsqueda y exploración. Otro de los objetivos también es aprender el uso de cada ocupación como herramienta terapéutica, que será única para cada individuo, pudiendo incluir la prescripción ocupacional o no. Esta orientación puede ir también encaminada a la proyección laboral o formativa de los integrantes del grupo.

• **Programa de rehabilitación comunitaria:** La intervención ocupacional no sólo se limita al contexto asistencial o dentro del HD, sino que sale de estos márgenes y se sitúa en la comunidad, que es donde se desarrolla la vida real. Esta intervención incluye la participación en recursos y oportunidades normalizados de la comunidad o adaptados para la salud mental. Este tipo de intervención es básica para poder generalizar los aprendizajes trabajados en actividades dentro del HD y para poder dar continuidad al proceso de rehabilitación durante y después del ingreso.

• **Programa de ocio y tiempo libre:** Intervenciones donde se trabaja la identificación y fomento de intereses a nivel de ocio de los usuarios, así como su participación de una forma proactiva.



COTOC



Col·legi de Terapeutes
Ocupacionals de Catalunya