

Documento Técnico

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PSI

Grupo Especializado en Salud Mental
del Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya

• Fecha de publicación: Octubre 2022

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

• **Coordinación del documento**

José Madrid

Eva Domingo

Merche Nivela

• **Revisiones del documento**

Mercè Rived

María Jesús Suárez

© **Todos los derechos reservados**
EDITORIAL COTOC

Depósito Legal B 2323-2023



ÍNDICE

1 • Marco Legal	7
2 • Ámbito / Servicio	8
2.1 • Evolución de la TO	
2.2 • Justificación de la TO	
3 • Objetivos asistenciales	12
3.1 • Objetivos asistenciales de las poblaciones	
3.2 • Los objetivos asistenciales de atención directa	
3.3 • Objetivo asistencial de promoción de la salud	
4 • Población atendida	16
5 • Proceso General de Atención de Terapia Ocupacional en el PSI	18
5.1 • Evaluación ocupacional en el PSI	
5.2 • Diagnóstico ocupacional en el PSI	
5.2.1 • Perfil Ocupacional	
5.2.2 • Plan Terapéutico Individualizado (PTI)	
5.3 • Intervención ocupacional en el PSI	
5.3.1 • A quién va dirigido	
5.3.1.1 • En el individuo	
5.3.2 • Intervenciones en el territorio	
5.3.3 • Modalidades	
5.3.3.1 • Modalidad Individual	
5.3.3.1.1 • Modalidad individual - Asesoría ocupacional	
5.3.3.1.2 • Modalidad individual - Educación ocupacional	
5.3.3.2 • Modalidad de intervención grupal	
5.4 • Revisión	
6 • Ratios asistenciales actuales por proveedores	32
7 • Ratios mínimas y óptimas de terapia ocupacional	33
7.1 • Datos de ratios de Terapeutas Ocupacionales (TOs) en el mundo	
7.2 • La ratio mínima	
7.3 • La propuesta de ratio óptima	
7.4 • Recomendación básica	
8 • Experiencias externas	36
8.1 • Experiencias Internacionales	
8.2 • La consideración en el ámbito de las asociaciones	
8.3 • En otras comunidades autónomas	
9 • Limitaciones actuales y recomendaciones	39
• Limitaciones	
• Recomendaciones	
10 • Bibliografía de apoyo	42
11 • Bibliografía	44
12 • Anexos	48



1. Marco legal

El propósito de este documento es reconocer a los profesionales que ejercen el rol de gestores de casos en salud mental (o también llamados Coordinadores del Proyecto Individualizados).

En la actualidad, las profesiones presentes en la figura del gestor de casos en salud mental son terapia ocupacional (TO), trabajo social (TS), enfermería, educación social (ED) e incluso psicología.

Por otro lado, se muestra el valor diferenciador de los terapeutas ocupacionales en el "Pla de Serveis Individualitzats (PSI)" (Pla de Serveis Individualitzats, 2003), justificando así la necesidad de aumentar su contratación.

A continuación, se enumeran las principales normativas y leyes que enmarcan la labor de la terapia ocupacional.

Ley de profesiones sanitarias: La Ley 44/2003 de 21 de noviembre, sobre la ordenación de las profesiones sanitarias, que reconoce a la TO como una profesión sanitaria.

Competencias del terapeuta ocupacional y regulación de los estudios formales: Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (BOE, 2007).

Normativa que especifica las competencias que se atribuyen al terapeuta ocupacional y que regulan los estudios formales del diplomado/graduado. Detalla los objetivos troncales que se desarrollan en los estudios universitarios, así como las competencias transversales que se generan.

Documento técnico del Pla de Serveis Individualitzats: Es el documento técnico de referencia de la Generalitat de Catalunya, usado como principal herramienta de recomendaciones para el desarrollo del método organizativo de intervención (Pla de serveis individualitzats, 2003).

Libro blanco del título de grado de Terapia Ocupacional: Es uno de los principales textos generalistas que aglutina los ámbitos de intervención, determina sus competencias transversales y perfiles profesionales (Libro blanco de la TO, 2005).

2. **Ámbito / Servicio**

El ámbito del cual se habla en este documento es el de la atención de salud mental comunitaria. En concreto en el PSI. El Plan de Servicios Individualizados (PSI) es un método organizativo y, a la vez, un proceso activo transversal de gestión de casos para las personas afectadas de problemática de salud mental y adicciones, en su propio entorno de vida. (*Pla de serveis individualitats*, 2003).

En el año 2002 ya se implantó el modelo de gestión de casos en Cataluña con éxito (*Balsera*, 2002).

En el 2014, los autores del artículo *"Depicting current case managements models"* (*Laia Mas-Exposito et al.*, 2014), en sus conclusiones indican que se debería aplicar un cambio en los modelos de gestión de casos para basarse, de una forma intensiva, en las necesidades de las personas incluidas.

En su revisión teórica, citan 8 revisiones de meta análisis conducidas sobre el tema.

2.1 Evolución de la TO en el PSI

Si se realiza una revisión de los orígenes de este programa y su evolución a lo largo de la historia, nos llevaría a situarnos en EE.UU. con los movimientos de la reforma psiquiátrica que cobraron cuerpo a principios de los años sesenta del pasado siglo XX.

Se empezó con "el acta Kennedy" de 1963 que dio pie a proporcionar un sistema alternativo de atención a la Salud Mental Comunitaria a aquellas personas con trastornos graves y crónicos que, con la desinstitucionalización, salieron de los hospitales psiquiátricos y a los que se tenía que garantizar breves y ocasionales estancias en las unidades de los hospitales generales. El informe de 1978 de la Comisión Presidencial de Salud Mental en los EE. UU. dictaminó que los nuevos recursos de salud mental tenían que estar destinados a los usuarios desinstitucionalizados y a los nuevos debutantes, pues con el cierre de los hospitales psiquiátricos de larga estancia, había que desarrollar nuevos recursos intermedios.

Continuando en los EE. UU., en los años 80, se empezaron a desarrollar muy rápidamente los primeros programas de atención comunitaria que también llegaron a Europa, con variantes que en los años noventa, empezaron a desplegarse en nuestro país.

Sus extensiones han sido muy diversas en contextos y culturas asistenciales, así como los procedimientos e indicadores utilizados para su evaluación. Las conclusiones sobre su eficacia también han dado resultados positivos.

En Leganés, en el año 1990, se llevó a cabo la primera experiencia de un proyecto de seguimiento en el estado español. La reforma del antiguo Hospital Psiquiátrico Nacional de esta localidad finalizó en una red de servicios con base comunitaria. La estructura de esta red se basaba en programas transversales de atención comunitaria y rehabilitadora. Los usuarios podían utilizar de manera sucesiva los diversos dispositivos de la red. Se organizaron con base en los Centros de Salud Mental de Leganés y Fuenlabrada, desde subequipos de los mismos, integrados por profesionales de enfermería y trabajadores sociales y, en el caso de Fuenlabrada, auxiliares psiquiátricos.

En Madrid (*Centros de Salud Mental de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz*, 1991) se inician en el mismo modelo que Leganés, se elaboran instrumentos estandarizados para la evaluación de los usuarios y la implantación de los planes individualizados de seguimiento y curas. Estos primeros programas, se presentan en diferentes congresos, extendiéndose a otras comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla la Mancha, Castilla León, Extremadura y Galicia) y en otros países con programas de cooperación (Bosnia, Kosovo). También se realizan publicaciones donde se recogen los planteamientos iniciales, algunos datos sobre su despliegue y reflexiones sobre dificultades y problemas.

A partir de la mitad de los años 90, se extienden en todo el estado español otros programas de gestión de casos similares que dan respuesta a las mismas necesidades de las personas con trastorno mental en relación con el sistema de salud.

El 1996, se inicia en Málaga un programa de tratamiento intensivo comunitario para personas con trastornos graves, coordinado por un psiquiatra y que integra dos psicólogos, un enfermero, un trabajador social, un terapeuta ocupacional y varios auxiliares, que se hacen cargo del tratamiento global de las personas incluidas en el programa. Tiene su base en un hospital general.

En Avilés (Asturias), desde el 1999, se desarrolla un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario desde un equipo, independiente del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), que se hace cargo de la atención integral de los usuarios. Se compone de una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, dos auxiliares, dos enfermeras y dos psiquiatras.



En otras comunidades autónomas se pusieron en funcionamiento equipos independientes del centro de salud mental para personas que se desvinculan del mismo, con facultativos propios que asumen la función del tratamiento integral.

En A Coruña y Lugo (2001), se crean unos Equipos de Continuidad de Cuidados, con base en hospitales de día y solo dotados de una enfermera y una auxiliar, supervisadas por una psiquiatra del hospital de día, aunque la dirección del tratamiento sigue en manos del psiquiatra del CSMA.

En Albacete (2002), se crea un Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo compuesto por una terapeuta ocupacional, una enfermera, una trabajadora social, un psiquiatra, una psicóloga y una auxiliar de enfermería.

Asociaciones de familias y ONG's también han desarrollado programas similares, algunas con apoyo de la Administración, como fue el caso de la Asociación ASCASAM (Cantabria), donde llevan a cabo desde el 1998 un Programa de Atención Domiciliaria Especializada con un equipo integrado por una trabajadora social, una terapeuta ocupacional y una psicóloga dirigido a personas con TMS que presentan dificultades de vinculación a la red.

En el territorio catalán (1997), fueron San Juan de Dios y la Fundación Sant Pere Claver las pioneras en implementar el PSI siguiendo las recomendaciones del Plan de Salud de Cataluña (1996-1998) para lograr los objetivos en el ámbito de la salud mental. El Plan de Salud de Cataluña, siguiendo las directrices de la OMS, identifica el Plan de servicios individualizado (PSI) como uno de los objetivos para lograr en la atención a la salud mental y las adicciones. Con este encargo, el Consejo Asesor de Atención Psiquiátrica y Salud Mental elaboró el documento del modelo catalán del PSI (CAAPSM, 2003) que se fue implementando progresivamente en Cataluña, con una variabilidad territorial importante.

2.2 Justificación de la TO

Las circunstancias personales de cada individuo son diferentes, respecto a su salud y estilo de vida. Esto es debido a los cambios evolutivos y a los cambios producidos por las circunstancias vitales. Este es el caso de las personas que tienen un trastorno de salud mental, las cuales, debido al impacto del mismo, también sufren una alteración en su salud ocupacional.

Los profesionales de la terapia ocupacional consideran, no solamente la perspectiva ocupacional de la persona atendida, sino también el contexto y los lugares de vida, así como las situaciones habituales y cotidianas en las que se manejan los individuos.

La terapia ocupacional promueve la consciencia ocupacional y la participación ocupacional para obtener el máximo bienestar y calidad de vida. Por ello, la propia visión de la disciplina, sus bases teóricas, la formación y las competencias de los terapeutas ocupacionales, justifican que este perfil profesional sea necesario en los equipos PSI.

La filosofía del PSI está basada en el trabajo interdisciplinar. Ofrece un entorno centrado en la persona y en su familia, desde una perspectiva de atención biopsicosocial, que promueve la auto responsabilidad, la autonomía y el autocuidado como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, además de contribuir en la toma de decisiones compartidas entre profesionales, personas usuarias y sus familias.

Los gestores de casos son el conducto para facilitar las transiciones de atención en personas usuarias en condiciones complejas, con el objetivo de disminuir la posibilidad de que estos individuos se pierdan en el sistema.

Los profesionales de la terapia ocupacional, como coordinadores del proyecto individualizado (CPI), aportan un valor y una visión añadidos al PSI. Su formación y experiencia en el análisis del desempeño ocupacional permite una identificación hábil de las barreras y fortalezas para ayudar a los individuos a conseguir una mejora en su calidad de vida y ofrecer los apoyos necesarios para su máxima recuperación.

3. Objetivos asistenciales

• Desde la visión de la Terapia Ocupacional, para poder detectar la población diana de un programa, es conveniente estudiar el desempeño ocupacional de las personas (incluidos individuos y grupos poblacionales) y así determinar, a partir de su análisis, la intervención más adecuada para la mejora de la calidad de vida.

Seguindo los objetivos asistenciales definidos en el Pla de Serveis Individualitzats (Pla de Serveis Individualitzats, 2003), estos se pueden agrupar y abordar desde la TO de la siguiente manera:

3.1. Objetivos asistenciales poblacionales

Van destinados al conjunto de personas beneficiarias del PSI. Su definición, dice así:

• "Detectar la población diana a la cual va dirigido el PSI, de acuerdo con los criterios definidos, teniendo en cuenta especialmente las personas con dificultades de acceso a los servicios ofrecidos y aquellas otras que, por el hecho de vivir en instituciones no adecuadas a sus condiciones, sufren una pérdida de autonomía recuperable" (Pla de Serveis Individualitzats ,2003)..

• "Censar los recursos comunitarios con posibilidades de utilización concreta" (Pla de Serveis Individualitzats, 2003).

• El proceso de elaboración de un mapeo de recursos comunitarios requiere primero de la colaboración por parte de las entidades y después del análisis de su oferta de actividades. Posteriormente, se procede a correlacionar la identificación de las disfunciones y desequilibrios ocupacionales, y el estudio de la viabilidad, para poder aplicar los recursos comunitarios. Un factor que a menudo limita la accesibilidad a estos recursos , es la situación económica de la persona y los costes de algunas actividades que son significativas para ella. El trabajo del TO-PSI, fomenta la participación ocupacional y social de estas personas y promueve la justicia ocupacional¹ para la igualdad de oportunidades.

1 Justicia ocupacional: perspectiva crítica acerca de las estructuras sociales que promueven cambios sociales, políticos y económicos para permitir a las personas desarrollar su potencial ocupacional y experimentar el bienestar y el sentimiento de ciudadanía (Crepeau, Cuhn y Schell, 2003; en Brea,2017)

3.2 Los objetivos asistenciales de atención directa

Se refieren a la intervención que realiza el Coordinador de Proyecto Individualizado o Gestor de Casos de Salud Mental en el PSI.

• "Diagnosticar y evaluar las necesidades" (Pla de Serveis Individualitzats ,2003) (página,10).

• El terapeuta ocupacional es el profesional formado para identificar y abordar las necesidades ocupacionales de una persona. Una forma global de evaluar las necesidades se fundamenta en la búsqueda de su comprensión como ser ocupacional. El gestor de casos formado como TO, indaga en la ocupación a lo largo de la vida de la persona atendida para relacionar entre sí el bienestar, la salud, la dignidad y la participación ocupacional. Para identificar estas necesidades es necesario realizar un análisis ocupacional preliminar de determinados factores (información biográfica de la persona, barreras y fortalezas, apoyos, intereses, debilidades, entornos...).

• "Elaborar, ejecutar y evaluar los proyectos individualizados de servicios (Pla de Serveis Individualitzats, 2003):

- Seleccionar las prestaciones adecuadas para cada caso.
- Garantizar que efectivamente los usuarios se benefician de los servicios ofrecidos.
- Facilitar el acceso y la aceptabilidad.
- Coordinar los servicios por tal de asegurar la continuidad de la atención.
- Velar por la calidad de los servicios dados, de acuerdo con los estándares establecidos.

• Para seleccionar las prestaciones más indicadas en cada caso, desde la TO se utiliza la prescripción ocupacional. El uso de actividades significativas para la persona y la participación ocupacional en las mismas, favorece la mejora de la calidad de vida y el bienestar.

• Para garantizar el beneficio de los servicios ofrecidos, desde la TO se ofrece un soporte a la vinculación de activos, que incluye los apoyos necesarios identificando, graduando y acompañando en el proceso de la participación a dichos servicios.

• Para favorecer el acceso y la aceptabilidad de un recurso, el terapeuta ocupacional y gestor de casos (TO-PSI), promueve que sea la persona quien elija el recurso, así como profundiza en su comprensión de los factores contextuales y los determinantes de salud que influyen en la toma de decisiones de la persona. En muchas ocasiones es preciso ofrecer apoyos graduados para garantizar este acceso y aceptación al recurso.

•• La continuidad asistencial es un concepto que ha ido ganando en importancia y valor. El PSI es un programa válido para favorecer o incluso garantizar la continuidad asistencial en personas con un trastorno mental grave. La aportación de la terapia ocupacional en el PSI radica en su esencia misma, en la comprensión profunda que realiza de la ocupación de una persona y cómo ésta impacta en su salud.

Cuando la persona da su consentimiento y participa en sus propias ocupaciones genera una continuidad, entendida no tan sólo como asistencial, sino también como su proyecto de vida.

•• El Terapeuta Ocupacional, como profesional sanitario y con competencias en los ámbitos sociales de intervención, es capaz de velar por la calidad de los servicios ofertados. Tiene entre sus competencias académicas (BOE,2007) los conocimientos de los funcionamientos y contextos de desarrollo de los servicios y las aptitudes para trabajar en un equipo interdisciplinar.

• Velar por los derechos de las personas con TMS y potenciar la expresión social autónoma.” (Pla de Serveis Individualitzats ,2003) (página,10).

•• Los derechos de las personas vienen reconocidos en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948)**, y si nos centramos en los derechos y la dignidad de las personas con Discapacidad encontramos **La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)** que fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en su Sede en Nueva York. En la legislación española surte efecto en septiembre de 2021 con su publicación en el BOE.(BOE, 2014).



Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

El estigma y la discriminación hacia las personas con trastorno mental son un claro ejemplo de la vulnerabilidad de estos derechos, pues afectan de manera negativa en el proyecto vital de la persona, en su entorno y en la aceptación social. Los terapeutas ocupacionales contribuyen a la participación y a la inclusión a través del desempeño ocupacional diario, siendo profesionales clave para el desarrollo de intervenciones y acciones que luchan contra el estigma.

3.3 Objetivo asistencial de promoción de la salud

• “Mejorar la educación por la salud y, en general, las actitudes de la comunidad respecto a los enfermos mentales” (Pla de Serveis Individualitzats, 2003) (página,10).

•• Desde la ampliación del concepto de salud hacia la calidad de la asistencia y no sólo, la ausencia de la enfermedad, la TO ha venido ganando influencia e importancia. Una parte clave en la promoción de la salud, es la comunicación y difusión de los factores que contribuyen a una mejor salud en la comunidad.

•• El terapeuta ocupacional, cuando ejerce como Gestor de Casos, se especializa en el uso adecuado de un lenguaje claro, sencillo y pertinente a cada interlocutor. En el caso de las personas atendidas este factor cobra mayor relevancia. La implicación de todos los agentes de salud en este cometido, es una tarea compartida. El mensaje de salud, no se debería enfocar únicamente a las patologías y en las barreras, sino también en identificar las fortalezas y habilidades como herramientas de promoción de la mejora de la salud y la calidad de vida.



4. Población atendida

El Plan de servicios individualizados (2003) determina tres criterios fundamentales para describir la población diana del programa. Son:

•• **Los criterios diagnósticos y clínicos** determinan que la persona tiene que tener un Trastorno Mental Grave, con cierta gravedad clínica que persiste en los últimos dos años.

•• **Los criterios sociales** se basan en una incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, sociales y comunitarias de manera autónoma o independiente.

•• **Los criterios de utilización de servicios** se refieren al uso desmesurado y continuado en el tiempo de los dispositivos asistenciales de la red de salud mental, así como por la ausencia prolongada y mantenida del mismo. Es decir, tanto por exceso de uso, como por defecto.

Con el paso de los años y las nuevas necesidades que han surgido, se ha visto patente la importancia de atender la complejidad de las situaciones y dinámicas cambiantes. Ya no es suficiente considerar los criterios diagnósticos, clínicos, sociales y de uso de servicios, sino se configura como pivote central las relaciones entre los criterios y la importancia del contexto en el que se desarrollan.

En el año 2016, según el documento del Plan Director de Salud Mental y Adicciones (2017-2020), el grado de implantación del PSI en Cataluña ya era del 67% por la población general. Actualmente las directrices de atención se están ampliando a usuarios de otras edades, con trastorno mental, que también requieren de esta intervención comunitaria e individualizada. Según refiere el Plan director de la Salud Mental y Adicciones de Cataluña 2017-2020, se tiene que ampliar en toda Cataluña el desarrollo del PSI en la población adolescente y joven con trastorno psicótico y patología dual.

Han ido surgiendo poblaciones específicas dentro del PSI debido a las diferencias en sus necesidades de atención. Por ejemplo para personas sin hogar y con trastorno mental, existe el * *Equip d'atenció en Salut Mental a les persones en situació de sense llar de Barcelona** ESMES (Sant Pere Claver, 2017), cuya principal característica es que los casos son derivados por los servicios sociales de Barcelona y pretenden ser atendidos en la red de Centros de Salud Mental.

Otro ejemplo, es la población de ámbito penitenciario, que cumplen un tercer grado de libertad y buscan favorecer la vinculación a los Centros de Salud Mental de sus territorios de origen. Por último, en la población joven, también han comenzado a incluir el PSI en los Programas de Psicosis Incipiente. (*Parc Sanitari Sant Joan de Déu, 2020*), con su casuística particular y manejo especializado. En el apartado 9 de este documento se muestran más experiencias de interés.

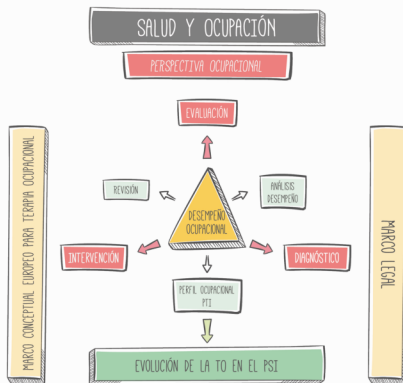


5.

Proceso General de Atención de Terapia Ocupacional en el PSI

El proceso de atención de terapia ocupacional en el PSI gira en torno a tres ejes principales: la **evaluación**, el **diagnóstico** y la **intervención**:

Se desarrollan en un marco de evaluación continua, siguiendo la premisa de la **individualización** en la atención.



5.1 Evaluación ocupacional en el PSI

En las primeras visitas de seguimiento se lleva a cabo el proceso de evaluación ocupacional. Se realiza mediante el análisis del desempeño ocupacional. Es un proceso continuo y cambiante en el tiempo. Supone recopilar información de las acciones por parte del TO-PSI² de la persona atendida.

Según el *"Marco Conceptual europeo para Terapia Ocupacional"* (Brea, 2017), el concepto de desempeño ocupacional se relaciona con otras dos formas de acción: el desempeño de actividades y el desempeño de tareas. De tal manera que proponen una única definición que engloba a las tres formas de acción. Dice así:

"Desempeño ocupacional/de actividades/de tareas: elección, organización y realización de ocupaciones/actividades/tareas en interacción con el entorno." (Brea, 2017).

El análisis del desempeño ocupacional/de actividades/de tareas se constituye en el procedimiento clave que permitirá desarrollar la evaluación ocupacional.

Lo que hace la persona se considera desempeño, en el que una parte es observable (acción) y otra parte sería la que tiene que ver con la elección y la organización.

Es la persona quien determina, con el significado que les confiere, la importancia de si es una ocupación, una actividad o una tarea.

Es decir, se habla de desempeño de ocupación, de actividades o de tareas en función del significado y de la importancia que tenga para el individuo la acción que esté realizando.

El otro concepto incluido en la definición, es un pilar de la atención comunitaria en salud mental: la interacción con el entorno. La relación terapéutica que se establece entre el TO-PSI y la persona atendida, ya es en sí, una interacción con el entorno continua, ya que se desarrolla en aquel lugar que se encuentra la persona.

Para facilitar la comprensión de la complejidad del concepto del análisis del desempeño ocupacional³, se divide entre las áreas y componentes del mismo.

Siguiendo, de nuevo el *"Marco conceptual europeo para Terapia Ocupacional"* (Brea, 2017) define áreas ocupacionales como:

"Categorías de tareas, actividades y ocupaciones que, por regla general, forman parte de la vida cotidiana. Se suelen denominar autocuidado, productividad y ocio y tiempo libre".

² TO-PSI: se denomina así a partir de ahora, al profesional terapeuta ocupacional y Gestor de Casos del PSI.

³ En este manuscrito se usará el concepto "desempeño ocupacional" como forma única de acción, pero se puede intercambiar las otras dos formas de acción. Se ha elegido este formato para facilitar la comprensión y lectura.

Los componentes de desempeño ocupacional son el estilo de vida y bienestar, su proyecto de vida y sus fortalezas internas, así como sus apoyos externos (Busquets, Guzmán y Domingo, 2019).

- **Estilo de vida y bienestar:** El estilo de vida se refiere a los hábitos, a lo que la persona hace de forma rutinaria. Se verá más adelante la influencia que tiene en los hábitos ocupacionales. El bienestar es un estado personal que le confiere sensaciones de tranquilidad y confort.

- **Fortalezas internas:** Son aquellos componentes que forman parte de la propia persona y que incluyen aspectos como la actitud positiva frente a situaciones desadaptativas, la consciencia de soporte y de solicitud de apoyo, entre otros.

- **Apoyos externos:** Se refiere a las ayudas que proporcionan unas personas a otras. Pueden ser fruto de relaciones profesionales, como entre el TO-PSI y la persona atendida, o entre iguales, como en miembros de una misma unidad familiar.

- **Proyecto de vida:** Es un plan personal que se elabora en función de unas metas u objetivos. El TO-PSI se encarga de recoger los objetivos de la persona atendida y de una forma dialogada, consensuada y realizable se van concretando en acciones realizables y observables.

5.2. Diagnóstico ocupacional en el PSI

Aquí se unen la vertiente propia del terapeuta ocupacional en el PSI, que supondría la generación de un perfil ocupacional, junto con las herramientas propias de los Gestores de Casos en el PSI. Se describen a continuación:

5.2.1 Perfil ocupacional

Una vez recopilada la información de las acciones, elecciones, organizaciones y significado que les otorga la persona atendida, se procede a plasmarlo en un único documento. Este documento se llama perfil ocupacional (Busquets y Guzmán, 2019), el cual permite elaborar de manera efectiva el diagnóstico ocupacional. Se compone de los resultados extraídos de los componentes del desempeño, el proyecto de vida, el estilo de vida y satisfacción, y las fortalezas y apoyos. (Anexo 1). En este sentido el perfil ocupacional ayuda a detectar las necesidades ocupacionales y permite centrar el abordaje en los proyectos de vida y la creación de nuevas oportunidades para las personas que son atendidas desde PSI.

El tiempo estimado de administración del perfil ocupacional es aproximadamente de una hora de duración. Se tiene que tener presente que es una herramienta flexible y que se adapta a las necesidades de las personas y entornos que se evalúan, por eso el tiempo de administración puede ser variable.

Es recomendable, la realización de un informe ocupacional en el cual queden reflejadas todas las áreas y componentes que han sido trabajadas, cuáles son los objetivos ocupacionales que se están evaluando y en definitiva, cuál es el resultado del perfil ocupacional. Es necesario, que este informe, se le dé a la persona atendida, puesto que servirá de punto de partida para saber si se mantiene el mismo plano de tratamiento, o si requiere alguna modificación.

5.2.2 Plan Terapéutico Individualizado (PTI)

El PTI es la herramienta de referencia que alinea los objetivos, problemas o necesidades de las personas atendidas con el Gestor de Casos del PSI. Su consecución marca el tiempo de estancia en el PSI. Se parte de la premisa de que es la persona la protagonista de su propio proyecto de vida y es el profesional el que le proporciona los apoyos externos y las ayudas que necesite.

Pongamos un ejemplo, si la persona quiere trabajar, se le acompaña en el proceso de búsqueda de empleo. Se le ayuda a elaborar un Curriculum Vitae, se le muestra cómo inscribirse en portales de empleo, se le asesora en la preparación de las entrevistas de trabajo y se le genera un soporte en su empleo. Si con el tiempo, se observa que necesita de mayor grado de soporte o de un equipo especializado de intervención, se puede investigar en su entorno si dispone de esos dispositivos o equipos, y se le deriva a ellos.

5.2.3 Otras escalas y cuestionarios utilizados

Las fundamentales son:

Cuestionario Camberwell para la evaluación de necesidades (CAN) (Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P (1995), el cual evalúa las necesidades individuales.

CAN

“Son numerosos los estudios donde, a través de la escala CAN, se han investigado las necesidades subjetivas de los pacientes con trastorno mental grave: Phelan y cols; 1995; Middelboe y cols. 2001, McCrone y cols. 2001 (estudio Epsilon)”.

El tiempo de administración del CAN suele ser de 30 minutos.



Disponible en:

<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16062/15920>

L'escala de evaluaci3n de actividad global (EEAG)

Se numera el continuo de enfermedad y salud entre los n3meros 0 a 100. Se valora el funcionamiento global de una persona, seg3n unos criterios establecidos en la escala.

Se excluyen las limitaciones por alteraciones ambientales o f3sicas. Es una de las escalas m3s utilizadas. Se suele incluir la puntuaci3n m3s baja de 50, como un criterio en la inclusi3n de persona afectada de un TMS.



Disponible en:

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=EEAG.pdf>

HONOS

La escala fue dise1ada para medir los diversos problemas f3sicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental y se muestra como un instrumento 3til para medir progreso, cambio o evoluci3n. Su utilidad radica en la medici3n del cambio de una forma f3cil y r3pida. Se usa como herramienta a la hora de compartir informaci3n entre profesionales de distintas disciplinas sanitarias.



Disponible en:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf-publicacion/2020/Anexo_3-6_HONOS.pdf

WHO-DAS II

La WHO-DAS II original es un cuestionario desarrollado por la Organizaci3n Mundial de la Salud en Ginebra y comprende 36 items cubren seis dominios: compresi3n y comunicaci3n, movilidad, autocuidado, llevarse bien con la gente, vida y participaci3n en la sociedad contenidos en las dos dimensiones de la discapacidad que define el modelo de la Clasificaci3n de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF, OMS, 2001). Se usa para discernir el grado de discapacidad y su afectaci3n en las 3reas de desempe1o ocupacional.

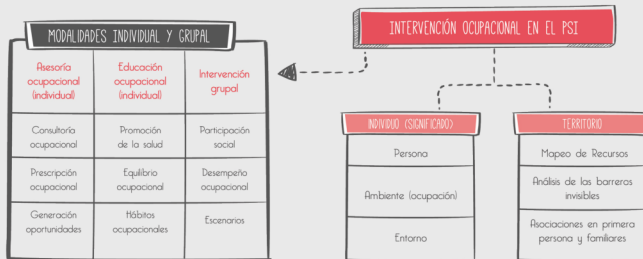


Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=0017F9EBE261E67163069084A0C-D3588?sequence=1



5.3. Intervenci3n ocupacional en el PSI





La intervención se desarrolla en torno a dos ejes:

- a) A quién va dirigida: al individuo (entendido como ser relacional) o a su entorno.
- b) Tipos de modalidad: individual o grupal.

5.3.1 A quién va dirigida

Los formatos de intervención en el PSI fundamentales son 3: **la visita de seguimiento, la coordinación con otros dispositivos y la interacción con el entorno**. En el caso del TO-PSI, se centrará en la visita de seguimiento (en el individuo) y en el entorno. La coordinación con otros dispositivos es un formato que desempeña igual el TO-PSI que otros profesionales del PSI que provengan de otras disciplinas académicas.

5.3.1.1 En el individuo

Se entiende el individuo como un ser ocupacional. Siguiendo el modelo de Persona - Ambiente (Entorno) - Ocupación (P-O-E) (Letts, Law, Rigby, Cooper, Stewart i Strong, 1999), se describe el desempeño ocupacional como la interacción entre los tres elementos. Cuando existe un equilibrio entre los mismos la funcionalidad es óptima y al contrario, la disfunción se produce cuando existe un desajuste.

La persona, o grupo de personas, es un ser único, compuesto de espíritu, mente y cuerpo que sigue roles cambiantes y simultáneos (Sánchez, et al., 2010).

La Ocupación: *"Grupo de actividades que tienen un significado personal y sociocultural. Está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad."*

Las ocupaciones pueden clasificarse como autocuidado, productividad y ocio/tiempo libre." (Brea Rivero, 2017).

Entorno: *"Factores externos (físicos, socioculturales y temporales) que demandan e influyen en el desempeño ocupacional".*

Así queda justificado que la relación entre los tres componentes del modelo P-O-E posibilita el desempeño ocupacional, y por ende la mejora funcional y de salud. El TO-PSI contempla a la persona atendida, no sólo como tal, sino insertada en un entorno y con una ocupación determinada, favoreciendo en todo momento este equilibrio saludable.

4 Aunque en el modelo original se puede utilizar el concepto Ambiente, se puede trasladar al vocablo "Entorno" pues la traducción de "Environment" posibilita ambas opciones.

Análisis de las barreras invisibles

Las barreras invisibles son aquellos impedimentos que dificultan el buen desempeño ocupacional de las actividades de las personas. Un ejemplo es la cita previa.

Antes de la pandemia, se podía acudir a la oficina de desempleo, se asignaba un número de turno de espera y al cabo de unos minutos, la atención era personal y directa. Ahora, se pide que antes de personarse, se consiga una cita previa.

La estructura y funcionamiento de los servicios tienden a provocar barreras invisibles. Las barreras, no sólo son arquitectónicas, también lo produce la estructura horaria. El terapeuta ocupacional y gestor de casos debe percatarse de su existencia. Las trabas en la ejecución ocupacional de la persona se pueden salvar con la mediación en la flexibilización horaria o la facilitación en la recopilación de documentos administrativos.

Las normativas y políticas locales también determinan el uso del territorio. La justicia ocupacional es definida como **"La promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar"** (Simó, et. al, 2008). De esta manera, se configura la justicia ocupacional como una herramienta válida para superar las barreras invisibles.

5.3.2. Intervenciones en el territorio

Mapeo de recursos

El mapeo de recursos se refiere a la forma de presentar de una manera sencilla y visual, la agrupación de todas las actividades que ofrece la comunidad. Estas actividades se conocen, dentro de nuestro sistema de salud, como activos, refiriéndose a aquellos recursos, tanto de la red de salud mental como de la comunidad.

Ejemplos de ellos podrían ser los centros asistenciales de salud, los hospitales, las oficinas de atención de las administraciones locales, o por otro lado, las bibliotecas, ateneos o asociaciones deportivas (Anexo II).

Las opciones de activos se pueden considerar como volátiles, ya que pueden aparecer o desaparecer, según circunstancias externas. Por ejemplo, durante la pandemia del COVID-19, surgieron grupos de apoyo informal a sanitarios por parte de vecinos que se ofrecían a trasladar en sus vehículos privados y también, agrupaciones vecinales que se organizaban para la recogida de comida y productos básicos para los más necesitados. Por otra parte, una cafetería o un punto de encuentro en un barrio, también podrían llegar a ser considerados como activos.

Influencias de las asociaciones en primera persona y familiares

Las asociaciones en primera persona son entidades ciudadanas que engloban las inquietudes de las personas afectadas de una problemática mental. Las asociaciones o fundaciones de familiares incluyen a sus cuidadores, normalmente los familiares más cercanos y allegados.

Los conceptos de empoderamiento, derechos, ciudadanía o participación, entre otros, han sido reclamados como propios por las entidades de primera persona (*diversamente.es*). Ellos reclaman ser sus propios protagonistas de sus trayectorias de vida. Prueba de ello es el manual de recuperación de *Activament.org* (2021) o la recién modificada ley de apoyo a las personas con discapacidad de su capacidad jurídica (*Boletín General del Estado*, 2021). Todos estos avances, han ido influenciando de manera positiva, en un cambio de visión de los profesionales y en las intervenciones que éstos realizan.

La web de la confederación salud mental España (*www.consaludmental.org*), promueve la agrupación de todas las personas en torno a la salud mental, diluyendo la diferencia entre personas sanas y personas enfermas, para que todos cuidemos nuestra salud mental.

5.3.3. Modalidades

Las modalidades se refieren a la manera de llevar a cabo la intervención ocupacional en el PSI, pueden ser individual o grupal.

5.3.3.1 Modalidad Individual

Se reproducen a continuación en función del enfoque de intervención, pudiendo utilizarse de una manera dirigida hacia el cambio en el desempeño ocupacional (asesoría ocupacional) o hacia el mantenimiento (educación ocupacional).

5.3.3.1.1 Modalidad individual-Asesoría ocupacional

Al ser el PSI un método organizativo de atención a las personas con una enfermedad mental grave y con necesidades de atención complejas, la relación que se establece entre el CPI y la persona atendida es la principal herramienta que permite este acercamiento. Las intervenciones siempre se llevan a cabo en los escenarios de vida de la persona atendida.

Desde el enfoque que proporciona la TO-PSI, se utilizan estas técnicas fundamentales:

- La consultoría ocupacional
- La prescripción ocupacional
- La generación de oportunidades

Consultoría Ocupacional

La consultoría ocupacional es un técnica profesional especializada en el desarrollo de actividades cotidianas de cualquier tipo que ofrece asesoramiento, herramientas y alternativas en la participación ocupacional a través de la observación, el análisis, la identificación y la interpretación de las necesidades del cliente (*Busquets, Domingo y Guzmán, 2020*)

Los terapeutas ocupacionales, son los profesionales especializados encargados de llevar a cabo este servicio a través de la observación, el análisis y la identificación y posterior interpretación de las necesidades y deseos de la persona atendida. Este servicio tiene el objetivo de promover la salud ocupacional, a través de la conciencia ocupacional y la participación ocupacional para mejorar el impacto de la enfermedad en todas las áreas de la vida diaria de la persona.

La prescripción ocupacional en PSI

La prescripción ocupacional es una técnica especializada que plantea un plan de acción determinado para cubrir las necesidades ocupacionales de los clientes, previa evaluación de sus dimensiones ocupacionales, su entorno y su contexto. (*Busquets, Domingo y Guzmán, 2020*).

Desde la disciplina de terapia ocupacional se prescriben dietas ocupacionales donde se tienen en cuenta los factores que facilitan o inhiben el desempeño ocupacional de la persona a la que se atiende, la interacción con su entorno, su proyecto de vida y su estilo de vida y bienestar.

Las dietas ocupacionales se podrían definir como la regulación de la cantidad y del tipo de ocupaciones que realiza una persona en su vida diaria. Por lo tanto, la realización de un plan de acción individualizado basado en una dieta ocupacional ayudará a la persona atendida a cubrir sus necesidades ocupacionales y en consecuencia, al logro de una recuperación integral.

El uso de la prescripción ocupacional a PSI es una intervención fundamental para el logro de los objetivos ocupacionales de las personas usuarias. Se realiza una vez se ha hecho el análisis y evaluación de necesidades y se pacta con la persona atendida cuáles serán las acciones/actividades/ocupaciones que serán prescritas.

La prescripción ocupacional es una herramienta, principalmente para la persona donde se plasma de manera visual el resultado del plan ocupacional. Es recomendable incluir en la prescripción ocupacional los siguientes aspectos:

- **Planificación temporal:** *qué día de la semana, a qué hora, hasta cuando, etc..*
- **Contexto y/o entorno:** *dónde se realiza cada actividad.*
- **Descripción y tipo de actividad:** *que se realiza.*
- **Explicación específica de los apoyos:** *que necesita para la realización de cada actividad.*
- **Características de la persona:** *hay que determinar qué información es relevante a tener en cuenta para que la persona pueda llevar a cabo su plan de acción.*

La generación de oportunidades

Cuando se requiere la reconstrucción del proyecto de vida y un nuevo plan de acción para satisfacer las necesidades ocupacionales, es de vital importancia generar oportunidades de participación en nuevas actividades o dotar de distinto significado a las existentes.

Por esto, es clave generar nuevas oportunidades de lo que se denomina *"la ocupación salvadora"*.

La ocupación salvadora es una acción elegida, organizada y con un significado relevante para la persona.

Se define como: Aquellas ocupaciones que salvan la vida de la persona; aquellas actividades que permiten que una persona, en momentos de mucho malestar, dé un valor y conecte con la vida. Uno de los retos de la terapia ocupacional es ayudar a las personas a identificar y ser conscientes de sus ocupaciones salvadoras, así como hacer patente a las personas clave de su entorno la importancia de no privarles de estas herramientas fundamentales" (*Busquets y Guzmán, 2020*).

La ocupación salvadora, se suele iniciar cuando el TO-PSI ofrece alternativas de actividades o genera nuevas oportunidades que le permitan implicarse en nuevas acciones. Es decir, de no tener ninguna ocupación a estar ocupado. En otras ocasiones, la ocupación salvadora se produce cuando se cambia el rol de la persona en las actividades que antes participaba. Es decir, provocando que el significado de la participación en la actividad sea distinta.

5.3.3.1.2 Modalidad individual- Educación ocupacional

La modalidad individual, mediante la educación ocupacional, pretende promover un enfoque de mantenimiento, restauración o prevención del desempeño ocupacional. Utiliza tres técnicas fundamentalmente:

Promoción de la salud

El TO-PSI, como profesional sanitario, tiene entre sus competencias, el derecho y el deber, de promocionar la salud de las personas que atiende. **"La ocupación es, en sí misma capacitadora"** (*Souto, et al, 2019*) y sigue con **"La gestión de la cotidianidad y la búsqueda del equilibrio entre diferentes grupos de actividades son, sin duda, la mejor forma de mantener la salud del ser humano"**.

Lo que ilustra que el desempeño ocupacional es una buena manera de promocionar la salud.

Equilibrio ocupacional

El grupo de especialización en salud mental del Col.legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya (COTOC) editó una infografía, en ella explica lo que es el equilibrio ocupacional. Lo refiere así: **"La percepción o la experiencia subjetiva que tiene cada persona sobre la cantidad adecuada de ocupaciones, la variedad y la satisfacción que tiene en relación al tiempo dedicado a las mismas"** (*documento en prensa no publicado*). Es decir, se requiere de equilibrar los siguiente elementos:

5.3.3.2 Modalidad de intervención grupal

A menudo las necesidades ocupacionales del usuario son de socialización, de relación y de ocio grupal, pero éste puede carecer de un contexto facilitador que promueva el compromiso con la ocupación. Trabajar con otras personas que no sea el TO-PSI o la familia, representa una dificultad añadida en el proceso de intervención. Los beneficios esperables de la modalidad de intervención grupal se enumeran a continuación:

Participación social

La participación social suele ser prerequisite para otras actividades. Permite desarrollar relaciones significativas entre iguales. Facilita el análisis de destrezas, capacidades y fortalezas. Se asemejan a la vida cotidiana y ofrecen un espacio de exploración.

Desempeño ocupacional

La puesta en práctica de una actividad o tarea dentro de una ocupación entre iguales potencia la reciprocidad del aprendizaje, permite el apoyo entre ellos mismos y suele aumentar la sensación de satisfacción.

Escenarios

Las actividades en grupo se asemejan a la vida cotidiana. La realización de actividades compartidas, bajo un objetivo de cooperación, tiende a favorecer la sensación de competencia y habilidad.

- Significado de la actividad o tarea para la persona.
- Cantidad que considera adecuada.
- Tiempo que considera idóneo.
- Satisfacción que obtiene.

La labor, por lo tanto, del TO-PSI será buscar la manera de balancear estos cuatro elementos para facilitar la obtención del citado equilibrio ocupacional.

Hábitos

El concepto de hábito ya viene definido en el **"Marco conceptual europeo para Terapia Ocupacional"** (*Brea, 2017*) como:

"Pauta de desempeño en la vida diaria que se adquiere mediante repeticiones frecuentes, requiere una atención mínima y proporciona una función eficaz".

Siguiendo una secuencia lógica, primero se realiza la intervención dirigida hacia el cambio y luego se busca mantenerlos. En la última etapa, se pretende afianzar los nuevos hábitos adquiridos o mantener los hábitos saludables y ocupacionales existentes.

Recomendaciones para la realización de actividades grupales en el PSI

01

El TO-PSI es quien valora la indicación de que un usuario realice una actividad grupal, en función de las necesidades ocupacionales de la persona, su motivación y su estado clínico.

02

Incluir en el grupo sólo a aquellos usuarios que muestran motivación por la actividad grupal.

03

Informar y pedir consentimiento al coordinador del PSI sobre la realización de actividades grupales terapéuticas con usuarios del programa.

04

Informar al usuario previamente sobre la actividad grupal que se va a realizar. Tipo de actividad, beneficios de su realización, posibles aspectos a tener en cuenta...

05

El ratio de profesionales por grupo de usuarios PSI no debería superar a las 6 personas.

06

Valorar con el resto del equipo de profesionales si la actividad pudiera ser ofrecida de manera transversal y/o como prescripción ocupacional, de manera que pudiera servir para otras personas. En este supuesto, deberían establecerse ratios de otros profesionales acompañantes a la actividad.

07

En ese supuesto, se deberían establecer ratios de otros profesionales acompañantes a la actividad.

Posibles actividades grupales que se pueden realizar en el PSI:

Salidas culturales en la comunidad (*exposiciones, museos, lugares de interés turístico...*)

Salidas relacionadas con actividades de ocio (*piscina, paseos, cine...*)

Grupos terapéuticos en CSMA u otros dispositivos de la comunidad (*grupo de proyecto de vida, de habilidades sociales, de autonomía personal, taller de lectura...*)

5.4 Revisión

La media de tiempo de estancia media de una persona en el PSI suele ser aproximadamente de dos años.

Se recomienda que cada seis meses se realice una revisión de los objetivos consensuados para identificar si la evolución está avanzando según los objetivos planteados o si precisa alguna modificación.

La revisión se basa en el consenso entre el TO-PSI y la persona atendida, se usan como herramientas el PTI, el informe ocupacional y la reevaluación de las escalas CANSAS, HONOS, EEAG y WHO-DAS II.

La revisión sirve para incidir en los cambios producidos en las evaluaciones y averiguar si la persona puede finalizar su estancia en el PSI por su evolución positiva.

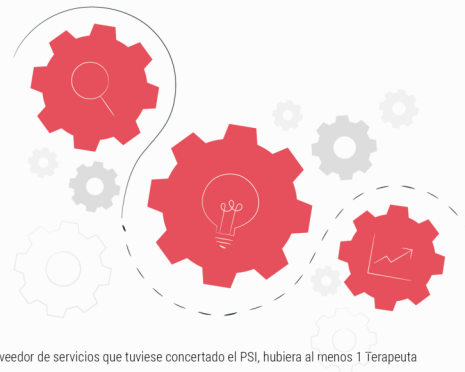




En fechas posteriores, 2014 y 2017, las principales organizaciones internacionales de Terapia Ocupacional ENOTHE, Canadian Institute y WFOT , realizaban sus respectivas reclamaciones de ratios (COTOC, 2014); Canadian Institute for Health Information (2010); Söderback (2014); OMS (2017).

Mundo	Mínimo de 75	WFOT 2017
EEUU	300	WFOT 2008
Dinamarca	75	ENOTHE 2014
Canadá	38,1	Canadian institute
Unión Europea	27,8	COTOC 2014
España	12,66	COTOC 2014
Cataluña	1 TO por cada proveedor de servicios que tenga concertado el PSI	COTOC Elaboración propia 2021

De esta manera, se podrían expresar las ratios mínimas, óptimas y la recomendación base de accesibilidad.



7.2 La ratio mínima

Sería aquella que por cada proveedor de servicios que tuviese concertado el PSI, hubiera al menos 1 Terapeuta Ocupacional a jornada completa.

7.3 La propuesta de ratio óptima

Sería que por cada 3 gestores de casos contratados por un mismo Proveedor de Servicios, como mínimo, hubiera 1 Terapeuta Ocupacional en el equipo PSI.

7.4 Recomendación básica de accesibilidad

Sin embargo, la principal recomendación que se haría, es que en todo proceso de selección de profesionales para la figura de Gestor de Casos en el PSI, los terapeutas ocupacionales estuvieran incluidos en el mismo.

8. Experiencias externas

A continuación, se exponen algunos ejemplos de experiencias de las terapeutas ocupacionales como Gestoras de Casos.

8.1. Experiencias Internacionales

A nivel internacional, cabe destacar la participación de las terapeutas ocupacionales en el desarrollo e implementación de servicios donde el rol profesional es de gestión de casos en salud mental.

Según la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (1991).

“Los supuestos filosóficos en los que se basa la terapia ocupacional son coherentes con los principios del enfoque de gestión de casos para la prestación de servicios a las personas con trastornos psiquiátricos graves, en el sentido de que ambos adoptan una visión holística, promueven la independencia y se centran en el funcionamiento más que en el tratamiento de la enfermedad. Además, comparten la creencia de que los clientes son el centro del proceso de atención.”

(Kupra et.al, 1995).

En Canadá, las terapeutas ocupacionales han funcionado como gestoras de casos, y también como supervisoras y directores de servicios de gestión de casos. Esto es coherente con el movimiento dentro de la profesión para explorar modelos innovadores de prestación de servicios que pueden ayudar a cerrar la brecha entre el sistema sanitario actual y la capacidad del cliente para lograr el éxito en la vida cotidiana en la comunidad.

Robinson, M., Fisher T.F., Broussard K. (2016) publican en el *American Journal of Occupational Therapist* un documento llamado: *El rol de la terapia ocupacional en la gestión de casos y la coordinación de la atención para clientes con afecciones complejas.*

Los autores de esta publicación destacan no solamente las competencias de las profesionales en terapia ocupacional para ejercer el rol del gestor de casos, sino que pone en relevancia la necesidad de un cambio en la atención sanitaria americana con la inclusión del TO como parte fundamental de dicho cambio. Citan literalmente:

“Los principios, la educación, la práctica, el enfoque y la perspectiva de la terapia ocupacional ofrecen mucho para beneficiar esta mayor atención a la gestión de casos y la coordinación de la atención.”

(Robinson, Fisher y Broussard, 2016).



8.2 La consideración en el ámbito de las asociaciones.

La Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO) es una entidad sin ánimo de lucro, de ámbito estatal que fue fundada en el año 1967. Su misión es velar por los intereses de los graduados, diplomados y los estudiantes de Terapia Ocupacional.

En su sección de documentos técnicos en su web tiene publicado el documento: **ROLES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.**

(Vicente, A.; y Labrador, C., 2017).

En este documento, se habla de la atención sociosanitaria como la unión en las redes sanitaria y sociales a personas con alta complejidad y dedica todo un apartado a la Terapia Ocupacional y la Gestión de Casos, justificando su valor añadido. Se cita en el texto la frase siguiente:

“Los profesionales de la terapia ocupacional aportan un valor y experiencia distintos a la gestión de casos y la coordinación de la atención actual.”

(Vicente, A.; y Labrador, C., 2017).

Las conclusiones de los autores están alineadas con las argumentaciones presentadas a lo largo del presente documento:

“Ninguna otra profesión aborda de manera integral las preocupaciones tales como las actividades de la vida diaria, los problemas de independencia, las elecciones de estilo de vida, las actividades sociales, la gestión del tiempo, el transporte público y la reintegración comunitaria, incluida la conducción, la participación social, el trabajo y la educación.”
(Vicente, A.; y Labrador, C., 2017)

8.3. En otras comunidades autónomas

La dirección general de salud mental de Castilla la Mancha elaboró un documento técnico de Gestión de Casos (2013) en el cual participaron en su elaboración el “Grupo Regional de Trabajo de Terapeutas Ocupacionales”. En su página 18, cita textualmente:

“Los profesionales natos que pueden realizar este tipo de gestión personal de casos en Castilla La Mancha son: enfermeras, preferentemente con la especialidad de Salud Mental, Trabajadoras Sociales y Terapeutas Ocupacionales.”

(Documento técnico de Gestión de Casos, 2013)

En su relato, definen el perfil del caso (*en relación a la persona atendida*) en tres dimensiones, la sanitaria, social y ocupacional. Y ahondan en el concepto de preparación, habilidades y conocimientos específicos.

El libro blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental Castilla La Mancha (2018), en su página 41, reconoce, especifica y define al Terapeuta Ocupacional en la gestión de casos.

Por su parte, la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Castilla y León, publica en 2020 una revisión del documento: Gestión de casos en salud mental: proceso de atención al paciente crónico complejo de salud mental (Velasco, C y Álvarez M. (coord.) 2020). En el que cabe señalar que una de las autoras del grupo de trabajo, es una terapeuta ocupacional.

En el citado documento, en su página 6, cita textualmente:

“En este proceso (en referencia al título del texto), cuando se hace referencia al Equipo Multidisciplinar de los Equipos de Salud Mental, se incluye a los profesionales de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional (siempre que dentro de algún dispositivo de la red se cuente con este profesional y se considere necesaria su intervención en cualquier punto del proceso).”

(Velasco, C y Álvarez M. (coord.) 2020.)

9. Limitaciones actuales y rendaciones

Limitaciones

En la actualidad determinamos dos grandes limitaciones en cuanto a terapia ocupacional y PSI:

La primera limitación que se viene observando es la tendencia actual a contratar a profesionales para ejercer como gestores de casos , formados con un perfil más “clínico” frente a otro perfil más “social”. Clínico entendido, como una estrategia de intervención enfocada hacia la continuidad asistencial de la persona en los recursos de la red sanitaria de salud mental. Y perfil “social”, como un tramitador de recursos en el contexto particular de cada persona, para atender las necesidades socio-económicas más inmediatas.

Nuestro parecer es que los perfiles “clínico y social” deben quedar integrados en la figura del Gestor de casos en Salud Mental.

La segunda gran limitación que se observa es la tendencia en los últimos años de la disminución de la contratación de terapeutas ocupacionales, como gestores de casos en el PSI. El motivo es que existen proveedores de servicios que limitan el acceso de sus ofertas laborales a una única profesión.

Recomendaciones

La conclusión de este documento técnico sería la **promoción de la igualdad de oportunidades ante el acceso a las plazas de gestores casos**, contando con el perfil del Terapeuta Ocupacional, en las mismas condiciones que cualquier otro profesional sanitario y/o de ámbito social.

En concreto, la demanda específica sería que en un mismo proveedor de servicios, cada 3 Gestores de casos se incluyese como mínimo, a un terapeuta ocupacional a jornada completa.



10.

Bibliografía
de apoyo

- Bachrach, L. L., & National Institute of Mental Health (U.S.). (1976). *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*. Rockville, Md: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health.
- Bond, G., Drake, R., Mueser, K., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141–159. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109030-00003>
- Burns, T., & Perkins, R. (2000). The future of case management. *International Review of Psychiatry*, 12(3), 212–218. <https://doi.org/10.1080/irp.12.3.212.218>
- Miguel, D., & Fernández Liria, A. (1997). Programa de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos: un modelo español del "case management." In *Rehabilitación psiquiátrica. Curso de postgrado: Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos (Santiago de Compostela, noviembre de 1994-junio de 1995)* (1st ed., pp. 97–104). Universidad de Santiago de Compostela.
- Liria, A. F., & Rojo, Y. M. J. G. (1990). Los Programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10(32), 65–75.
- Fernández Liria, A. (1995). Los programas de seguimiento y cuidados de los pacientes graves y crónicos: Un modelo de case management para la reforma psiquiátrica de Madrid. *La Rehabilitación Psicosocial Integral a La Comunitat i Amb La Comunitat*, 1(0), 32–36.
- Hernández Monsalve, M. (2000). Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica; y algo más. *Rivas, F. La Psicosis En La Comunidad. Ed. AEN. Madrid*, 131–190.
- Kanter, J. (1989). Clinical Case Management: Definition, Principles, Components. *Hospital & Community Psychiatry*, 40, 361–368. <https://doi.org/10.1176/ps.40.4.361>
- La revista del COTOC: Especial Intervenció De Teràpia Ocupacional En Atenció Domiciliària. (2016). Disponible a: <https://www.cotoc.cat/comunicacio/la-revista-del-cotoc/summary/2-la-revista-del-cotoc/130-la-revista-del-cotoc-num-5>
- Lamb, H. (1980). Therapist-Case Managers: More Than Brokers of Services. *Hospital & Community Psychiatry*, 31, 762–764. <https://doi.org/10.1176/ps.31.11.762>
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37–74. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314>
- Pepper, B., & Ryglewicz, H. (1982). *New directions for mental health services: The young adult chronic patient*. Jossey-Bass San Francisco, CA.
- Pepper, B., Kirshner, M. C., & Ryglewicz, H. (1981). The young adult chronic patient: Overview of a population. *Psychiatric Services*, 32(7), 463–469.
- Pescosolido, B. A., Wright, E. R., & Sullivan, W. P. (1995). Communities of care: A theoretical perspective on case management models in mental health. *Advances in Medical Sociology*, 6, 37–80.
- United States. President's Commission on Mental Health. (1978). *Report to the President from the President's Commission on Mental Health, 1978* (Issue v. 1). U.S. Government Printing Office.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392–397.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1982). Community treatment of the young adult patient. *New Directions for Mental Health Services*.
- Test, M. A. (1979). Continuity of care in community treatment. *New Directions for Mental Health Services*, 1979(2), 15–23.
- Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 3(1), 125–132.
- Turner, J. C., & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4(3), 319–348. <https://doi.org/10.1093/schbul/4.3.319>

11. Bibliografía

- Aburto, J.; Balsera, J.; Jo, Ll.; Casas, M.; Ortiz, M.; Hidalgo, T.; Fernández, R.; Vega, V.; Parra, M.; Sans, A.; Gironella, D.; Haro, JM.; Carlson, J.; Zafra, I.; Borjas, C. y Durán, M. (2008). User's profile of two case management programs for the assistance to patients with severe mental disorders (SMD): «Programa de Seguimiento Individualizado» (PSI-TMS) vs. «Programa de Atención Específica» (PAE-TMS). *Rehabilitación Psicosocial*, 5, 9-16.
- Activament Catalunya (2021). Materiales. <https://activament.org/es/materiales/#recuperacion-autogestion-bienestar>
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., & Lalucat-Jo, L. (2014). Depicting current case management models. *Journal of Social Work*, 14(2), 133-146.
- Arenas, J. (Coord.). Emeric, D. (Coord.), Amézaga, L., Blázquez, MP., Chimento, S., Martínez, Al., Maeztu, O., Rienda, J.J., Sadia, L., Valverde, M. (CGCTO). (2020). Impacto del Covid-19 en la terapia ocupacional. Talavera de la Reina: *Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España*. <https://consejoterapiaocupacional.org/>
- Balsera Gómez, J., Rodríguez Medina, C., Caba Calvet, R., Vega Prada, R., Ruiz Ureña, H., Berrueto Ortiz, L., Clusa Gironella, D., Rodríguez Montes, M. J., & Haro Abad, J. M. (2002). La implementación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: el programa PSI-TMS [Implementation and evaluation of case management in Catalonia: the ISP-SMD program]. *Actas españolas de psiquiatría*, 30(6), 350-357.
- Boletín General del Estado (BOE) (2021). Ley 8/2021. Reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8>
- Busquets, M i Guzmán S. (2020). *El perfil Ocupacional en la práctica cotidiana*. Barcelona: COTOC.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2007) Real Decreto 1393/2007. Establecimiento de ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>
- Brea, M. (2017) Marco conceptual europeo para Terapia Ocupacional. Editorial Síntesis: Madrid.
- Busquets, M., Guzmán, S., Rosselló, F., Toribio, M., Escavias, A., Runsó, A., Velardez, R., Jokomba, J., Martínez, L., Palau, J. y Domingo, E. (2020). *Document tècnic general de salut mental i Teràpia Ocupacional*. Barcelona: COTOC.
- Busquets, M., Domingo, E. y Guzmán, S. (2020). Prescripción Ocupacional y Consultoría Ocupacional. Barcelona: COTOC.
- Canadian Institute for Health Information (2010). Occupational Therapists in Canada. <https://publications.gc.ca/site/eng/410215/publication.html>
- Crepeau, Cohn y Schell, (2003); en Brea (2017), página 32. Capítulo 1. Bases del marco conceptual europeo para terapia ocupacional.
- Censo COTOC (2018). Censo de Terapeutas Ocupacionales en Catalunya. Barcelona: COTOC. <https://www.cotoc.cat/transparencia/documentacio/send/16-cens-de-to/176-cens-de-terapeutes-ocupacionals-2018>
- COTOC (2014). Informe tècnic sobre Terapia Ocupacional, exercici professional dels Terapeutes Ocupacionals a Catalunya i Llei de Serveis i Col.legis professionals. Disponible en: <https://www.cotoc.cat/transparencia/documentacio/download/11-documentacio-general-de-la-terapia-ocupacional/25-informe-tecnic-sobre-terapia-ocupacional>
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 319-333. <https://doi.org/10.2975/27.2004.319.333>
- El libro blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental de Castilla La Mancha (2018). Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla laMancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/libro_blanco_de_la_terapia_ocupacional_en_salud_mental_de_castilla-la_mancha_coftoc-clm.pdf

- Velasco, C y Álvarez M. (coord.) (2020) Gestión De Casos En Salud Mental: Proceso De Atención Al Paciente Crónico Complejo De Salud Mental. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-chronic-ficheros/1110259-PROCESO%20DE%20ATENCION%20AL%20PACIENTE%20CRONICO%20COMPLEJO%20DE%20SM.pdf>
- Guzmán, S; Busquets, M. (2020). «El Perfil Ocupacional en la práctica cotidiana». Barcelona: Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya. La Revista, (12), 31 – 46. ISSN: 2339-8035.
- Jiménez Estévez JF., Moreno Küstner B., Torres González F., Luna del Castillo JD. y Phelan M. (1997). Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. Archivos de Neurobiología; 60(2): 113-124. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/17-CAN-R.pdf
- Krupa, T., & Clark, C. C. (1995). Occupational Therapists as Case Managers: Responding to Current Approaches to Community Mental Health Service Delivery. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 16–22. <https://doi.org/10.1177/000841749506200104>
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 57(2), 82–87. <https://doi.org/10.1177/000841749005700207>
- OMS (2017). Rehabilitation 2030 a call for action, "The Need TO scale up rehabilitation". <https://www.who.int/publications/m/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action>.
- ONU (1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu, (2020). Web. <https://www.pssjd.org/serveis-assistencials/xarxa-salut-mental/programes>.
- Pla de serveis individualitzats (PSI). Barcelona: Servei Català de la Salut; 2003. (Quaderns de salut mental; 02/2003). <https://hdl.handle.net/11351/3316>

- Pla director de salut mental i addiccions (2017). *Estratègies 2017-2020*. Direcció General de Planificació en Salut. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-ductuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf
- Sánchez, AI., Polonio B. y Hernández M. (2010). *Usabilidad, seguridad y accesibilidad: elementos clave para optimizar el entorno de las personas mayores*. TOG: A Coruña, 3. 255-290 <https://www.revistatog.com/mono/num3/usabilidad.pdf>
- Letts, L., Law, M., Rigby, P., Cooper, B., Stewart, D., & Strong, S. (1994). Person-environment assessments in occupational therapy. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 48(7), 608–618. <https://doi.org/10.5014/ajot.48.7.608>
- Reina, C. (2015). *Cuando la salud se mide por el código postal*. El Diario.es. https://www.eldiario.es/andalucia/salud-mide-codigo-postal_1_2656316.html
- Robinson, M., Fisher, T. F., & Broussard, K. (2016). Role of Occupational Therapy in Case Management and Care Coordination for Clients With Complex Conditions. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 70(2), 7002090010p1–7002090010p6. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.702001>
- Sant Pere Claver (2017). L'ESMES rep gairebé el doble de recursos per a l'atenció en salut mental de persones sensellar. <https://www.santpereclover.org/esmes-increment-de-recursos-per-atencio-salut-mental-persones-sensellar/>
- Souto, AI., Talavera, MA., Facal T., Rodríguez, LM. (2019). *Terapia Ocupacional y promoción de la salud*. Madrid: Síntesis. 2019. 39-49.
- Söderback, I. (2014). International Handbook of Occupational Therapy Interventions.
- Simó S, Powell F, Kapanadze M. *Quijotes en la conquista de la justicia social*. Rev Ter Ocup Galicia. 2008;5(1):1-18.
- Talavera, M. (2015). *Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional*. Madrid: Síntesis.
- Vicente, A. y Labrador, C. (2017) *Roles del terapeuta ocupacional en la atención sociosanitaria*. Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO). 43. <https://www.apeto.com/assets/roles-del-to-en-la-atenci%C3%B3n-sociosanitaria.pdf>
- Designed illustration by *SLIDESGO* / Freepik* [href="http://www.freepik.com"](http://www.freepik.com) Designed by slidesgo / Freepik

12. Anexos

ANEXO I

EJEMPLO DE EVALUACIÓN CON PERFIL OCUPACIONAL

(Guzman y Busquets, 2020)

PERFIL OCUPACIONAL

Nombre: xxx
 Fecha: marzo 2022
 Edad:
 Motivo de consulta:

	ÁREAS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL		
	marzo 2022	Fecha	Fecha
1. Comprensión y comunicación	3	0	0
2. Manejar Entorno	4	0	0
3. Cuidado Personal	5	0	0
4. Relacionarse con otras Personas	4	0	0
5. Tareas del Hogar	3	0	0
6. Ocio y tiempo Libre	2	0	0
7. Trabajo/ Contribución a la Sociedad	2	0	0
8. Educación / Formación	2	0	0
9. Participación en la Sociedad	2	0	0
10. Descanso y Sueño	3	0	0
MEDIA	3,0	0,0	0,0

	COMPONENTES DESEMPEÑO OCUPACIONAL		
	marzo 2022	Fecha	Fecha
1. H. de Comunicación	3	0	0
2. H. de Procesamiento	4	0	0
3. H. Motoras	4	0	0
MEDIA	3,7	0,0	0,0

	PROYECTO DE VIDA		
	marzo 2022	Fecha	Fecha
1. Esperanza	3	0	0
2. Placer	2	0	0
3. Disfrute	3	0	0
4. Experiencia Positiva	3	0	0
5. Ilusión	2	0	0
6. Pertenencia	2	0	0
7. Metas y Objetivos	3	0	0
8. Orientación Proyecto de Vida	3	0	0
9. Armonía	3	0	0
MEDIA	2,7	0,0	0,0

Escala de Puntuación	
Problema Grave	1
Problema Importante	2
Problema Leve	3
Requiere Apoyo	4
Sin Problema	5

	ESTILO DE VIDA Y BIENESTAR		
	marzo 2022	Fecha	Fecha
1. Planificación de rutina	4	0	0
2. Equilibrio de rutina	3	0	0
3. Variedad de rutina	3	0	0
4. Satisfacción Estilo de Vida	3	0	0
5. Responsabilidad sobre salud	2	0	0
6. Responsabilidad sobre su vida	3	0	0
7. Responsabilidad Lugares de Vida	5	0	0
MEDIA	3,3	0,0	0,0

	FORTALEZAS		
	marzo 2022	Fecha	Fecha
1. Autoconocimiento	4	0	0
2. Elección y Control	3	0	0
3. Actitud Positiva	3	0	0
4. Adaptabilidad	4	0	0
5. Perseverancia	5	0	0
6. Conciencia de Soporte	4	0	0
7. Solicitud de Ayuda	3	0	0
MEDIA	3,7	0,0	0,0

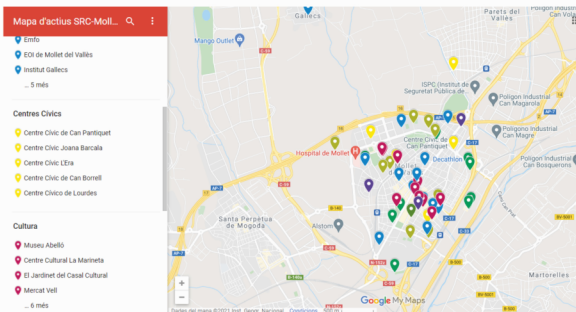
	APOYOS EXTERNOS		
	marzo 2022	Fecha	Fecha
1. Demandas Generales Entorno	3	0	0
2. Economía	5	0	0
3. Hogar	4	0	0
4. Familia	3	0	0
5. Amigos	2	0	0
6. Grupos Sociales	2	0	0
7. Oportunidades	3	0	0
MEDIA	3,1	0,0	0,0



ANEXO II

MAPA DE RECURSOS COMUNITARIOS

Ejemplo de SRC Mollet del Vallès



OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS DERIVADORES

- Vinculación y seguimiento en el CSMA.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- Mejorar la conciencia de enfermedad.
- Mejorar su autonomía personal.
- Apoyar a la familia/cuidadores.
- Mantenimiento y/o apoyo en la búsqueda de vivienda.
- Vinculación a los recursos comunitarios/sociales.
- Vinculación a los recursos laborales.
- Vinculación a otros servicios de la red de salud (SRC, Hospital de Día, Hospitalización domiciliaria...).
- Investigación de recursos de ocio y/u ocio.



OBJETIVOS OCUPACIONALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

• **Áreas de desempeño ocupacional.** Se engloban todos los intereses motivados por un mejor desempeño ocupacional en sus actividades de la vida diaria o rutinas cotidianas.

Se incluyen tanto los que realizan por sí mismo, como mediante algún tipo de soporte, como podría ser de una trabajadora familiar o un cuidador principal.

• **Estilo de vida y bienestar.** Se incluyen las mejoras en las relaciones sociales, en su entorno, en su red de apoyo o en sus contactos de cuidadores informales. Por ejemplo, el seguir acudiendo a un bar a desayunar todas las mañanas.

• **Dimensión de recaídas.** Se refiere a la identificación de situaciones, acciones o actividades que generan protección o si por el contrario, dichas actividades generan riesgo de recaídas. Algunos aspectos reconocidos como precipitantes de malestar son la soledad, los duelos mal elaborados, la falta de apoyos o la ausencia de actividades significativas en su vida diaria.

• **Dimensión productiva.** Se interpreta como las actividades que la persona siente como obligadas. Pueden ser el trabajo o las obligaciones impuestas por la cultura, como son las tareas en el cuidado del hogar o de los familiares. Otra versión, puede ser el voluntariado o los compromisos que se adquieren al pertenecer a grupos sociales.

• **Dimensión económica.** La necesidad de sufragar los gastos básicos de comida, alojamiento y otras necesidades son pilares en la autosuficiencia de una persona.

• **Dimensión ocio/tiempo libre.** El tiempo libre se dota de su significado cultural, cuando se usa en contraposición al tiempo usado en una jornada laboral o por la productividad personal. En personas que no pueden trabajar pierde su sentido original. El ocio, se entiende como aquellas actividades o tareas que al ejercerse generan un placer en sí mismas.

• **Dimensión social.** El acceso a los servicios y prestaciones sociales es un derecho muchas veces desconocido por la persona atendida y /o la familia. Informar, empoderar y acompañar a la persona para que no quede excluida del sistema social es otra necesidad.

• **Fortalezas internas.** Son aquellos componentes que forman parte de la propia persona y que incluyen aspectos como la actitud positiva frente a situaciones desadaptativas, la consciencia de soporte y de solicitud de apoyo, entre otros.

• **Apoyos externos.** Las problemáticas en las familias con personas con una enfermedad mental grave y compleja está bien documentada. Los deseos de sanear estas relaciones, es una manifestación recurrente de las personas atendidas en el PSI.



COTOC



Col·legi de Terapeutes
Ocupacionals de Catalunya