

Document Tècnic

LA TERÀPIA OCUPACIONAL EN PSI

Grup Especialitzat en Salut Mental
del Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya

• Data de publicació: **Octubre 2022**

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

• **Coordinació del document**

José Madrid

Eva Domingo

Merche Nivela

• **Revisions del document**

Mercè Rived

María Jesús Suárez

© **Tots els drets reservats**

EDITORIAL COTOC

Dipòsit Legal B 2322-2023



ÍNDEX

1 • Marc Legal	7
2 • Àmbit / Servei	8
2.1 • Evolució de la TO	
2.2 • Justificació de la TO	
3 • Objectius assistencials	12
3.1 • Objectius assistencials de les poblacions	
3.2 • Els objectius assistencials d'atenció directa	
3.3 • Objectiu assistencial de promoció de la salut	
4 • Població atesa	16
5 • Procés General d'Atenció de Teràpia Ocupacional en el PSI	18
5.1 • Avaluació ocupacional en el PSI	
5.2 • Diagnòstic ocupacional en el PSI	
5.2.1 • Perfil Ocupacional	
5.2.2 • Pla Terapèutic Individualitzat (PTI)	
5.3 • Intervenció ocupacional en el PSI	
5.3.1 • A qui va dirigida	
5.3.1.1 • En l'individu	
5.3.2 • Intervencions en el territori	
5.3.3 • Modalitats	
5.3.3.1 • Modalitat Individual	
5.3.3.1.1 • Modalitat individual - Assessoria ocupacional	
5.3.3.1.2 • Modalitat individual - Educació ocupacional	
5.3.3.2 • Modalitat d'intervenció grupal	
5.4 • Revisió	

6 • Ràtios assistencials actuals per proveïdors	32
7 • Ràtios assistencials actuals per proveïdors	33
7.1 • Dades de ràtios de Terapeutes Ocupacionals (TO) al món	
7.2 • La ràtio mínima	
7.3 • La proposta de ràtio òptima	
7.4 • Recomanació bàsica	
8 • Experiencias externas	36
8.1 • Experiències Internacionals	
8.2 • La consideració en l'àmbit de les associacions	
8.3 • En altres comunitats autònomes	
9 • Limitaciones actuales y recomendaciones	39
• Limitacions	
• Recomanacions	
10 • Bibliografia de suport	42
11 • Bibliografia	44
12 • Annexos	48



1. Marc legal

El propòsit d'aquest document és reconèixer els professionals que exerceixen el rol de gestors de casos en salut mental (o també anomenats Coordinadors del Projecte Individualitzats).

En l'actualitat, les professions presents en la figura del gestor de casos en salut mental són teràpia ocupacional (TO), treball social (TS), infermeria, educació social (ED) i fins i tot psicologia.

D'altra banda, es mostra el valor diferenciador dels terapeutes ocupacionals en el "Pla de Serveis Individualitzats (PSI)" (Pla de Serveis Individualitzats, 2003), justificant així la necessitat d'augmentar la seva contractació.

A continuació, s'enumeren les principals normatives i lleis que emmarquen la tasca de la teràpia ocupacional.

Llei de professions sanitàries: la Llei 44/2003 de 21 de novembre, sobre l'ordenació de les professions sanitàries, que reconeix la TO com una professió sanitària.

Competències del terapeuta ocupacional i regulació dels estudis formals: Reial decret 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials (BOE, 2007).

Normativa que especifica les competències que s'atribueixen al terapeuta ocupacional i que regulen els estudis formals del diplomat/graduat. Detalla els objectius troncal que es desenvolupen en els estudis universitaris, així com les competències transversals que es generen.

Document tècnic del Pla de Serveis Individualitzats: És el document tècnic de referència de la Generalitat de Catalunya, utilitzat com a principal eina de recomanacions per al desenvolupament del mètode organitzatiu d'intervenció (*Pla de serveis individualitzats*, 2003).

Llibre blanc del títol de grau de Teràpia Ocupacional: És un dels principals textos generalistes que aglutina els àmbits d'intervenció, determina les seves competències transversals i perfils professionals (*Llibre blanc de la TO*, 2005).

2. Àmbit / Servei

L'àmbit del qual es parla aquest document és en l'atenció de salut mental comunitària. En concret al PSI. El Pla de Serveis Individualitzats (PSI) és un mètode organitzatiu i, alhora, un procés actiu transversal de gestió de casos per a les persones afectades de problemàtica de salut mental i addiccions, en el seu propi entorn de vida. *(Pla de serveis individualitzats, 2003).*

L'any 2002 ja es va implantar el model de gestió de casos a Catalunya amb èxit (Balseira, 2002).

El 2014, els autors de l'article "Depicting current case management models" (Laia Mas-Expósito et al., 2014), en les seves conclusions indiquen que s'hauria d'aplicar un canvi en els models de gestió de casos per basar-se, d'una forma intensiva, en les necessitats de les persones incloses.

En la seva revisió teòrica, citen vuit revisions de metaanàlisi sobre el tema.

2.1 Evolució de la TO en el PSI

Si es realitza una revisió dels orígens d'aquest programa i la seva evolució al llarg de la història, ens portaria a situar-nos als EUA amb els moviments de la reforma psiquiàtrica que van cobrar cos a principis dels anys seixanta del passat segle XX.

Es va començar amb "l'acta Kennedy" de 1963 que va donar peu a proporcionar un sistema alternatiu d'atenció a la Salut Mental Comunitària a aquelles persones amb trastorns greus i crònics que, amb la desinstitucionalització, van sortir dels hospitals psiquiàtrics i als quals s'havia de garantir breus i ocasionals estades a les unitats dels hospitals generals. L'informe de 1978 de la Comissió Presidencial de Salut Mental als EUA va dictaminar que els nous recursos de salut mental havien d'estar destinats als usuaris desinstitucionalitzats i als nous debutants, ja que amb el tancament dels hospitals psiquiàtrics de llarga estada, calia desenvolupar nous recursos intermedis.

Continuant als EUA, als anys 80, es van començar a desenvolupar molt ràpidament els primers programes d'atenció comunitària que també van arribar a Europa, amb variants que als anys noranta, van començar a desplegar-se al nostre país.

Les seves extensions han estat molt diverses en contextos i cultures assistencials, així com els procediments i els indicadors utilitzats per a la seva avaluació. Les conclusions sobre la seva eficàcia també han donat resultats positius.

A Leganés, l'any 1990, es va dur a terme la primera experiència d'un projecte de seguiment a l'estat espanyol. La reforma de l'antic Hospital Psiquiàtric Nacional d'aquesta localitat va finalitzar en una xarxa de serveis amb base comunitària. L'estructura d'aquesta xarxa es basava en programes transversals d'atenció comunitària i rehabilitadora. Els usuaris podien utilitzar de manera successiva els diversos dispositius de la xarxa. Es van organitzar amb base als Centres de Salut Mental de Leganés i Fuenlabrada, des de subequips d'aquests, integrats per professionals d'infermeria i treballadors socials i, en el cas de Fuenlabrada, auxiliars psiquiàtrics.

A Madrid (Centres de Salut Mental d'Alcalá de Henares i Torrejón de Ardoz, 1991) s'inicien en el mateix model que Leganés, s'elaboren instruments estandaritzats per a l'avaluació dels usuaris i la implantació dels plans individualitzats de seguiment i cures. Aquests primers programes es presenten en diferents congressos, estenen-se a altres comunitats autònomes (Andalusia, Aragó, Castella la Manxa, Castella i Lleó, Extremadura i Galícia) i en altres països amb programes de cooperació (Bòsnia, Kosovo). També es realitzen publicacions on es recullen els plantejaments oblidats, algunes dades sobre el seu desplegament i reflexions sobre dificultats i problemes.

A partir de la meitat dels anys 90, s'estenen a tot l'estat espanyol altres programes de gestió de casos similars que donen resposta a les mateixes necessitats de les persones amb trastorn mental en relació amb el sistema de salut.

El 1996, s'inicia a Màlaga un programa de tractament intensiu comunitari per a persones amb trastorns greus, coordinat per un psiquiatre i que integra dos psicòlegs, un infermer, un treballador social, un terapeuta ocupacional i diversos auxiliars, que es fan càrrec del tractament global de les persones incloses en el programa. Té la seva base en un hospital general.

A Avilés (Astúries), des del 1999, es desenvolupa un Programa de Tractament Assertiu Comunitari des d'un equip, independent del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA), que es fa càrrec de l'atenció integral dels usuaris. Es compon d'una terapeuta ocupacional, una treballadora social, dos auxiliars, dues infermeres i dos psiquiatres.



En altres comunitats autònomes es van posar en funcionament equips independents dels centres de salut mental per a persones que es desvinculaven del mateix, amb facultatius que assumien la funció del tractament integral.

A Corunya i Lugo (2001), es creen uns Equips de Continuitat de Cures, amb base en hospitals de dia i només dotats d'una infermera i una auxiliar, supervisades per una psiquiatra de l'hospital de dia, tot i que la direcció del tractament segueix en mans del psiquiatre del CSMA.

A Albacete (2002), es crea un Equip de Tractament Comunitari Assertiu compost per una terapeuta ocupacional, una infermera, una treballadora social, un psiquiatre, una psicòloga i una auxiliar d'infermeria.

Associacions de famílies i ONG també han desenvolupat programes similars, algunes amb suport de l'Administració, com va ser el cas de l'Associació ASCASAM (Cantàbria), on duen a terme des del 1998 un Programa d'Atenció Domiciliària Especialitzada amb un equip integrat per una treballadora social, una terapeuta ocupacional i una psicòloga dirigit a persones amb TMS que presenten dificultats de vinculació a la xarxa.

Al territori català (1997), van ser Sant Joan de Déu i la Fundació Sant Pere Claver les pioneres en implementar el PSI seguint les recomanacions del Pla de Salut de Catalunya (1996-1998) per assolir els objectius en l'àmbit de la salut mental. El Pla de Salut de Catalunya, seguint les directrius de l'OMS, identifica el Pla de serveis individualitzat (PSI) com un dels objectius per aconseguir en l'atenció a la salut mental i les addiccions. Amb aquest encàrrec, el Consell Assessor d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental va elaborar el document del model català del PSI (CAAPSM, 2003) que es va anar implementant progressivament a Catalunya, amb una variabilitat territorial important.

2.2 Justificació de la TO

Les circumstàncies personals de cada individu són diferents, respecte a la seva salut i estil de vida. Això és a causa dels canvis evolutius i als canvis produïts per les circumstàncies vitals. Aquest és el cas de les persones que tenen un trastorn mental, les quals, a causa de l'impacte d'aquest, també pateixen una alteració en la seva salut ocupacional

Els professionals de la teràpia ocupacional consideren, no solament la perspectiva ocupacional de la persona atesa, sinó també el context i els llocs de vida, així com les situacions habituals i quotidianes dels individus.

La teràpia ocupacional promou la consciència ocupacional i la participació ocupacional per obtenir el màxim benestar i qualitat de vida. Per això, la mateixa visió de la disciplina, les seves bases teòriques, la formació i les competències dels terapeutes ocupacionals, justifiquen que aquest perfil professional sigui necessari en els equips PSI.

La filosofia del PSI està basada en el treball interdisciplinari. Ofereix un entorn centrat en la persona i en la seva família, des d'una perspectiva d'atenció biopsicosocial, que promou l'auto responsabilitat, l'autonomia i l'autocura com a pilar per a la recuperació funcional i reincorporació a la comunitat, a més de contribuir a la presa de decisions compartides entre professionals, persones usuàries i les seves famílies.

Els gestors de casos són el conducte per facilitar les transicions d'atenció en persones usuàries en condicions complexes, amb l'objectiu de disminuir la possibilitat que aquests individus es perdin en el sistema.

Els professionals de la teràpia ocupacional, com a coordinadors del projecte individualitzat (CPI), aporten un valor i una visió afegits al PSI. La seva formació i experiència en l'anàlisi de l'acompliment ocupacional permet una identificació hàbil de les barreres i fortaleces per ajudar els individus a aconseguir una millora en la seva qualitat de vida i oferir els suports necessaris per a la seva màxima recuperació.

3.

Objectius assistencials

Seguint els objectius assistencials definits en el Pla de Serveis Individualitzats (*Pla de Serveis Individualitzats, 2003*), aquests es poden agrupar i abordar des de la TO de la següent manera:

3.1. Objectius assistencials poblacionals

Van destinats al conjunt de persones beneficiàries del PSI. La seva definició, diu així:

• **"Detectar la població diana a la qual va dirigit el PSI, d'acord amb els criteris definits, tenint en compte especialment les persones amb dificultats d'accés als serveis oferts i aquelles altres que, pel fet de viure en institucions no adequades a les seves condicions, pateixen una pèrdua d'autonomia recuperable"** (*Pla de Serveis Individualitzats, 2003*).

• *Des de la visió de la Teràpia Ocupacional, per poder detectar la població diana d'un programa, és convenient estudiar l'acompliment ocupacional de les persones (inclosos individus i grups poblacionals) i així determinar, a partir de la seva anàlisi, la intervenció més adequada per a la millora de la qualitat de vida.*

• **Censar els recursos comunitaris amb possibilitats d'utilització concreta" (*Pla de Serveis Individualitzats, 2003*).**

• *El procés d'elaboració d'un mapatge de recursos comunitaris requereix primer la col·laboració per part de les entitats i després de l'anàlisi de la seva oferta d'activitats. Posteriorment, es procedeix a correlacionar la identificació de les disfuncions i desequilibris ocupacionals, i l'estudi de la viabilitat, per poder aplicar els recursos comunitaris. Un factor que sovint limita l'accessibilitat a aquests recursos, és la situació econòmica de la persona i els costos d'algunes activitats que són significatives per a ella. El treball del TO-PSI, fomenta la participació ocupacional i social d'aquestes persones i promou la justícia ocupacional per a la igualtat d'oportunitats.*

1. Justícia ocupacional: perspectiva crítica sobre les estructures socials que promou canvis socials, polítics i econòmics per permetre a les persones desenvolupar el seu potencial ocupacional i experimentar el benestar i el sentiment de ciutadania (Crepeau,Cohn i Schell, 2003; a Brea,2017)

3.2 Els objectius assistencials d'atenció directa

Es refereixen a la intervenció que realitza el Coordinador de Projecte Individualitzat o Gestor de Casos de Salut Mental en el PSI.

• **"Diagnosticar i avaluar les necessitats" (*Pla de Serveis Individualitzats, 2003*) (pàgina,10).**

• *El terapeuta ocupacional és el professional format per identificar i abordar les necessitats ocupacionals d'una persona. Una forma global d'avaluar les necessitats es fonamenta en la recerca de la seva comprensió com a ésser ocupacional. El gestor de casos format com a TO, indaga en l'ocupació al llarg de la vida de la persona atesa per relacionar entre si el benestar, la salut, la dignitat i la participació ocupacional. Per identificar aquestes necessitats és necessari elaborar una anàlisi ocupacional preliminar de determinats factors (informació biogràfica de la persona, barreres i fortaleces, suports, interessos, debilitats, entorns...).*

• **Elaborar, executar i avaluar els projectes individualitzats de serveis (*Pla de Serveis Individualitzats, 2003*):**

- *S'han de seleccionar les prestacions adequades per a cada cas.*
- *Garantir que efectivament els usuaris es beneficien dels serveis oferts.*
- *Facilitar l'accés i l'acceptabilitat.*
- *Coordinar els serveis per tal d'assegurar la continuïtat de l'atenció.*
- *Vetllar per la qualitat dels serveis donats, d'acord amb els estàndards aportats.*

• *Per seleccionar les prestacions més indicades en cada cas , des de la TO s'utilitza la prescripció ocupacional. L'ús d'activitats significatives per a la persona i la participació ocupacional en aquestes, afavoreix la millora de la qualitat de vida i el benestar.*

• *Per garantir el benefici dels serveis oferts, des de la TO s'ofereix un suport a la vinculació d'actius, que inclou els suports necessaris identificant, graduant i acompanyant en el procés de participació a aquests serveis.*

• *Per afavorir l'accés i l'acceptabilitat d'un recurs, el terapeuta ocupacional i gestor de casos (TO-PSI), promou que sigui la persona qui triï el recurs, així com aprofundeix en la seva comprensió dels factors contextuais i els determinants de salut que influeixen en la presa de decisions de la persona. En moltes ocasions cal oferir suports graduats per garantir aquest accés i acceptació al recurs.*

• Vetllar pels drets de les persones amb TMS i potenciar l'expressió social autònoma." (Pla de Serveis Individualitzats ,2003) (pàgina,10).

• Els drets de les persones venen reconeguts en la **Declaració Universal dels Drets Humans de l'ONU (1948)**, i si ens centrem en els drets i la dignitat de les persones amb Discapacitat trobem **La Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD)** que va ser aprovat per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 13 de desembre de 2006 a la seva Seu a Nova York. En la legislació espanyola té efecte el setembre del 2021 amb la seva publicació al BOE. (BOE, 2014).



Disponible a:

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

L'estigma i la discriminació envers les persones amb trastorn mental són un clar exemple de la vulnerabilitat d'aquests drets, ja que afecten de manera negativa en el projecte vital de la persona, en el seu entorn i en l'acceptació social. Els terapeutes ocupacionals contribueixen a la participació i a la inclusió a través de l'acompliment ocupacional diari, sent professionals clau per al desenvolupament d'intervencions i accions que lluiten contra l'estigma.

• La continuïtat assistencial és un concepte que ha anat guanyant en importància i valor. El PSI és un programa vàlid per afavorir o fins i tot garantir la continuïtat assistencial en persones amb un trastorn mental greu. L'aportació de la teràpia ocupacional en el PSI rau en la seva essència mateixa, en la comprensió profunda que realitza de l'ocupació d'una persona i com aquesta impacta en la seva salut.

Quan la persona dona el seu consentiment i participa en les pròpies ocupacions genera una continuïtat, entesa no tan sols com a assistencial, sinó també com el seu projecte de vida.

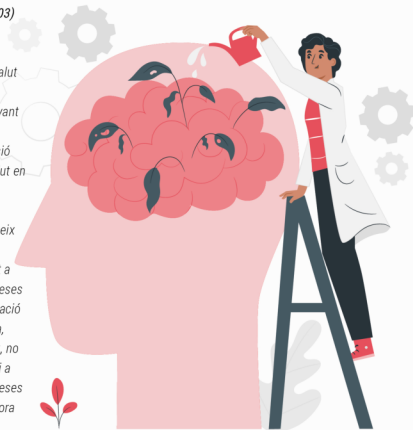
• El Terapeuta Ocupacional, com a professional sanitari i amb competències en els àmbits socials d'intervenció, és capaç de vetllar per la qualitat dels serveis oferts. Té entre les seves competències acadèmiques (BOE,2007) els coneixements dels funcionaments i contextos de desenvolupament dels serveis i les aptituds per treballar en un equip interdisciplinari.

3.3 Objectiu assistencial de promoció de la salut

• "Millorar l'educació per la salut i, en general, les actituds de la comunitat respecte als malalts mentals" (Pla de Serveis Individualitzats, 2003) (pàgina,10).

• Des de l'ampliació del concepte de salut cap a la qualitat de l'assistència i no només, l'absència de la malaltia, la TO ha vingut guanyant influència i importància. Una part clau en la promoció de la salut, és la comunicació i difusió dels factors que contribueixen a una millor salut en la comunitat.

• El terapeuta ocupacional, quan exerceix com a Gestor de Casos, s'especialitza en l'ús adequat d'un llenguatge clar, senzill i pertinent a cada interlocutor. En el cas de les persones ateses aquest factor cobra més rellevància. La implicació de tots els agents de salut en aquesta comesa, és una tasca compartida. El missatge de salut, no s'hauria d'enfocar únicament a les patologies i a les barreres, sinó també a identificar les fortaleces i habilitats com a eines de promoció de la millora de la salut i la qualitat de vida.



4. Població atesa

El Pla de serveis individualitzats (2003) determina tres criteris fonamentals per descriure la població diana del programa. Són:

- Els criteris diagnòstics i clínics determinen que la persona ha de tenir un Trastorn Mental Greu, amb certa gravetat clínica que persisteix en els últims dos anys.

- Els criteris socials es basen en una incapacitat per dur a terme activitats de la vida diària, socials i comunitàries de manera autònoma o independent. .

- Els criteris d'utilització de serveis es refereixen a l'ús desmesurat i continuat en el temps dels dispositius assistencials de la xarxa de salut mental, així com per l'absència prolongada i mantinguda d'aquest. És a dir, tant per excés d'ús, com per defecte.

Amb el pas dels anys i les noves necessitats que han sorgit, s'ha vist palesa la importància d'atendre la complexitat de les situacions i dinàmiques canviants. Ja no és suficient considerar els criteris diagnòstics, clínics, socials i d'ús de serveis, si no es configura com a pivot central les relacions entre els criteris i la importància del context en què es desenvolupen.

L'any 2016, segons el document del Pla director de Salut Mental i Addiccions (2017-2020), el grau d'implantació del PSI a Catalunya ja era del 67% per la població general. Actualment, les directrius d'atenció s'estan ampliant a usuaris d'altres edats, amb trastorn mental, que també requereixen d'aquesta intervenció comunitària i individualitzada. Segons refereix el Pla director de la Salut Mental i Addiccions de Catalunya 2017-2020, s'ha d'ampliar a tot Catalunya el desenvolupament del PSI en la població adolescent i jove amb trastorn psicòtic i patologia dual.

Han anat sorgint poblacions específiques dins del PSI a causa de les diferències en les seves necessitats d'atenció. Per exemple per a persones sense llar i amb trastorn mental, hi ha l'*Equip d'atenció en Salut Mental a les persones en situació de sense llar de Barcelona** ESMES (Sant Pere Claver, 2017), la principal característica del qual és que els casos són derivats pels serveis socials de Barcelona i pretenen ser atesos a la xarxa de Centres de Salut Mental.

Un altre exemple, és la població d'àmbit penitenciari, que compleixen un tercer grau de llibertat i busquen afavorir la vinculació als Centres de Salut Mental dels seus territoris d'origen. Finalment, en la població jove, també han començat a incloure el PSI en els Programes de Psicosis Incipient. (*Parc Sanitari Sant Joan de Déu, 2020*), amb la seva casuística particular i maneig especialitzat. A l'apartat 9 d'aquest document es mostren més experiències d'interès. .

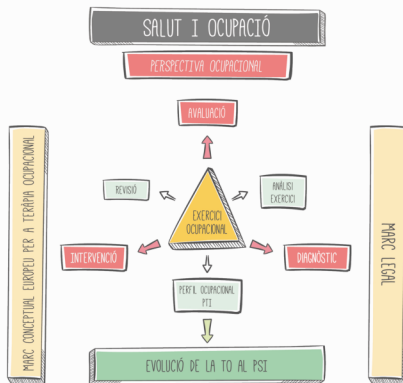


5.

Procés General d'Atenció de Teràpia Ocupacional en el PSI

El procés d'atenció de teràpia ocupacional en el PSI gira al voltant de tres eixos principals: l'avaluació, el diagnòstic i la intervenció.

Es desenvolupen en un marc d'avaluació contínua, seguint la premissa de la individualització en l'atenció.



5.1 Avaluació ocupacional en el PSI

En les primeres visites de seguiment es duu a terme el procés d'avaluació ocupacional. Es realitza mitjançant l'anàlisi de l'acompliment ocupacional. És un procés continu i canviant en el temps. Suposa recopilar informació de les accions per part del TO-PSI² de la persona atesa.

Segons el "Marc Conceptual europeu per la Teràpia Ocupacional" (Brea, 2017), el concepte d'acompliment ocupacional es relaciona amb altres dues formes d'acció: l'acompliment d'activitats i l'acompliment de tasques. De tal manera que proposen una única definició que engloba les tres formes d'acció. Diu així:

"Acompliment ocupacional/d'activitats/de tasques: elecció, organització i realització d'ocupacions/activitats/tasques en interacció amb l'entorn." (Brea, 2017).

L'anàlisi de l'acompliment ocupacional/d'activitats/de tasques es constitueix en el procediment clau que permetrà desenvolupar l'avaluació ocupacional.

El que fa la persona es considera acompliment, en el qual una part és observable (acció) i una altra part seria la que té a veure amb l'elecció i l'organització.

És la persona qui determina, amb el significat que els confereix, la importància de si és una ocupació, una activitat o una tasca.

És a dir, es parla d'acompliment d'ocupació, d'activitats o de tasques en funció del significat i de la importància que tingui per a l'individu l'acció que estigui realitzant.

L'altre concepte inclòs en la definició, és un pilar de l'atenció comunitària en salut mental: la interacció amb l'entorn. La relació terapèutica que s'estableix entre el TO-PSI i la persona atesa, ja és en si, una interacció amb l'entorn continua, ja que es desenvolupa en aquell lloc que es troba la persona.

Per tal de facilitar la comprensió de la complexitat del concepte de l'anàlisi de l'exercici ocupacional³, es divideix entre les àrees i components del mateix.

Seguint, de nou el "Marc conceptual europeu per a Teràpia Ocupacional" (Brea, 2017) defineix àrees ocupacionals com:

"Categories de tasques, activitats i ocupacions que, per regla general, formen part de la vida quotidiana. Se solen denominar autocura, productivitat i oci i temps lliure".

² TO-PSI: es denomina així a partir d'ara, al professional terapeuta ocupacional i Gestor de Casos del PSI

³ En aquest manuscrit es farà servir el concepte "acompliment ocupacional" com a forma única d'acció, però es pot intercanviar les altres dues formes d'acció. S'ha triat aquest format per facilitar la comprensió i lectura.

Els components d'acompliment ocupacional són l'estil de vida i benestar, el seu projecte de vida i les seves fortaleces internes, així com els seus suports externs (Busquets, Guzmán i Domingo, 2019).

- **Estil de vida i benestar:** L'estil de vida es refereix als hàbits, a la qual cosa la persona fa de forma rutinària. Es veurà més endavant la influència que té en els hàbits ocupacionals. El benestar és un estat personal que li confereix sensacions de tranquil·litat i confort.

- **Fortaleces internes:** Són aquells components que formen part de la pròpia persona i que inclouen aspectes com l'actitud positiva enfront de situacions desadaptatives, la consciència de suport i de sol·licitud de suport, entre d'altres.

- **Suports externs:** Es refereix als ajuts que proporcionen unes persones a altres. Poden ser fruit de relacions professionals, com entre el TO-PSI i la persona atesa, o entre iguals, com en membres d'una mateixa unitat familiar.

- **Projecte de vida:** És un pla personal que s'elabora en funció d'unes fites o objectius. El TO-PSI s'encarrega de recollir els objectius de la persona atesa i d'una forma dialogada, consensuada i realitzable es van concretant en accions realitzables i observables.

5.2. Diagnòstic ocupacional en el PSI

Aquí s'uneixen el vessant propi del terapeuta ocupacional al PSI, que suposaria la generació d'un perfil ocupacional, juntament amb les eines pròpies dels Gestors de Casos al PSI. Es descriuen a continuació:

5.2.1 Perfil ocupacional

Un cop recopilada la informació de les accions, eleccions, organitzacions i significat que els atorga la persona atesa, es procedeix a plasmar-lo en un únic document. Aquest document s'anomena perfil ocupacional (Busquets i Guzmán, 2019), el qual permet elaborar de manera efectiva el diagnòstic ocupacional. Es compon dels resultats extrets dels components de l'acompliment, el projecte de vida, l'estil de vida i satisfacció, i les fortaleces i suports. (Annex 1). En aquest sentit el perfil ocupacional ajuda a detectar les necessitats ocupacionals i permet centrar l'abordatge en els projectes de vida i la creació de noves oportunitats per a les persones que són ateses des de PSI.

El temps estimat d'administració del perfil ocupacional és aproximadament d'una hora de durada. S'ha de tenir present que és una eina flexible i que s'adapta a les necessitats de les persones i entorns que s'avaluen, per això el temps d'administració pot ser variable.

És recomanable, la realització d'un informe ocupacional en el qual quedin reflectides totes les àrees i components que han estat treballades, quins són els objectius ocupacionals que s'estan avaluant i en definitiva, quin és el resultat del perfil ocupacional. Cal, que aquest informe se li doni a la persona atesa, ja que servirà de punt de partida per saber si es manté el mateix pla de tractament, o si requereix alguna modificació.

5.2.2 Pla Terapèutic Individualitzat (PTI)

El PTI és l'eina de referència que alinea els objectius, problemes o necessitats de les persones ateses amb el Gestor de Casos del PSI. La seva consecució marca el temps d'estada al PSI. Es parteix de la premissa que és la persona la protagonista del seu propi projecte de vida i és el professional el que li proporciona els suports externs i els ajuts que necessita.

Posem un exemple, si la persona vol treballar, se l'acompanya en el procés de recerca de feina. Se l'ajuda a elaborar un Currículum Vitae, se li mostra com inscriure's en portals d'ocupació, se l'assessora en la preparació de les entrevistes de treball i se li genera un suport en la seva ocupació. Si amb el temps, s'observa que necessita de major grau de suport o d'un equip especialitzat d'intervenció, es pot investigar en el seu entorn si disposa d'aquests dispositius o equips, i se li deriva a ells.

5.2.3 Altres escales i qüestionaris utilitzats

Les fonamentals són:

Qüestionari Camberwell per a l'avaluació de necessitats (CAN) (Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P (1995), el qual avalua les necessitats individuals.

CAN

"Són nombrosos els estudis on, a través de l'escala CAN, s'han investigat les necessitats subjectives dels pacients amb trastorn mental greu: Phelan i cols. 1995; Middelboe i cols. 2001, McCrone i cols. 2001 (estudi Epsilon)".

El temps d'administració del CAN sol ser de 30 minuts.



Disponible a:

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

L'escala d'avaluació d'activitat global (EEAG)

Es numera el continu de malaltia i salut entre els números 0 a 100. Es valora el funcionament global d'una persona, segons uns criteris establerts en l'escala.

S'exclouen les limitacions per alteracions ambientals o físiques. És una de les escales més utilitzades. Se sol incloure la puntuació més baixa de 50, com un criteri en la inclusió de persona afectada d'un TMS.



Disponible a:

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

HONOS

L'escala va ser dissenyada per mesurar els diversos problemes físics, personals i socials associats a la malaltia mental i es mostra com un instrument útil per mesurar progrés, canvi o evolució. La seva utilitat rau en el mesurament del canvi d'una forma fàcil i ràpida. Es fa servir com a eina a l'hora de compartir informació entre professionals de diferents disciplines sanitàries



Disponible a:

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 és un qüestionari desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut a Ginebra i comprèn 36 ítems cobreixen sis dominis: comprensió i comunicació, mobilitat, autocura, portar-se bé amb la gent, vida i participació en la societat continguts en les dues dimensions de la discapacitat que defineix el model de la Classificació de Funcionament, Discapacitat i Salut (CIF, OMS, 2001). Es fa servir per discernir el grau de discapacitat i la seva afectació en les àrees d'acompliment ocupacional.

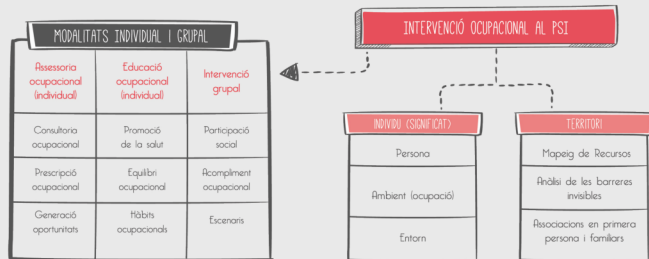


Disponible a:

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



5.3. Intervenció ocupacional en el PSI





5.3.1.1 En l'individu

S'entén l'individu com un ésser ocupacional. Seguint el model de Persona - Ambient (Entorn) - Ocupació (P-O-E) (Letts, Law, Rigby, Cooper, Stewart i Strong, 1999), es descriu l'acompliment ocupacional com la interacció entre els tres elements. Quan hi ha un equilibri entre aquests la funcionalitat és òptima i al contrari, la disfunció es produeix quan hi ha un desajust.

La persona, o grup de persones, és un ésser únic, compost d'esperit, ment i cos que segueix rols canviants i simultanis (Sánchez, Polonio, Hernández, 2010).

L'Ocupació: "Grup d'activitats que tenen un significat personal i sociocultural. Està determinada per la cultura i promou la participació en la societat."

Les ocupacions es poden classificar com a autocura, productivitat i oci/temps lliure." (Brea Rivero, 2017)

Entorn⁴: "Factors externs (físics, socioculturals i temporals) que demanen i influeixen en l'acompliment ocupacional"

Així queda justificat que la relació entre els tres components del model P-O-E possibilita l'acompliment ocupacional, i per tant la millora funcional i de salut. El TO-PSI contempla la persona atesa, no només com a tal, sinó inserida en un entorn i amb una ocupació determinada, afavorint en tot moment aquest equilibri saludable.

⁴ Tot i que en el model original es pot utilitzar el concepte Ambient, es pot traslladar al vocable "Entorn" doncs la traducció d'"Environment" possibilita ambdues opcions.

La intervenció es desenvolupa al voltant de dos eixos:

- a) A qui va dirigida: a l'individu (entès com a ser relacional) o al seu entorn.
- b) Tipus de modalitat: individual o grupal.

5.3.1 A qui va dirigida

Els formats d'intervenció en el PSI fonamentals són 3: **la visita de seguiment, la coordinació amb altres dispositius i la interacció amb l'entorn**. En el cas del TO-PSI, se centrarà en la visita de seguiment (en l'individu) i en l'entorn. La coordinació amb altres dispositius és un format que exerceix igual el TO-PSI que altres professionals del PSI que vinguin d'altres disciplines acadèmiques.

5.3.2. Intervencions en el territori

Mapatge de recursos

El mapatge de recursos es refereix a la forma de presentar d'una manera senzilla i visual, l'agrupació de totes les activitats que ofereix la comunitat. Aquestes activitats es coneixen, dins del nostre sistema de salut, com a actius, referint-se a aquells recursos, tant de la xarxa de salut mental com de la comunitat.

Exemples d'ells podrien ser els centres assistencials de salut, els hospitals, les oficines d'atenció de les administracions locals, o d'altra banda, les biblioteques, ateneus o associacions esportives (Annex II).

Les opcions d'actius, es poden considerar com a volàtils ja que poden aparèixer o desaparèixer, segons circumstàncies externes. Per exemple, durant la pandèmia del COVID-19, van sorgir grups de suport informal a sanitaris per part de veïns que s'oferien a traslladar als seus vehicles privats i també, agrupacions veïnals que s'organitzaven per a la recollida de menjar i productes bàsics per als més necessitats. D'altra banda, una cafeteria o un punt de trobada en un barri, també podrien arribar a ser considerats com a actius.

Anàlisi de les barreres invisibles

Les barreres invisibles són aquells impediments que dificulten el bon compliment ocupacional de les activitats de les persones. Un exemple és la cita prèvia.

Abans de la pandèmia, es podia acudir a l'oficina d'atur, se t'assignava un número d'espera i al cap d'uns minuts, l'atenció era personal i directa. Ara, es demana que abans de personar-se, s'aconsegueixi una cita prèvia.

L'estructura i funcionament dels serveis tendeixen a provocar barreres invisibles. Les barreres, no només són arquitectòniques, també ho produeix l'estructura horària. El terapeuta ocupacional i gestor de casos s'ha de percatar de la seva existència. Les traves en l'execució ocupacional de la persona es poden salvar amb la mediació en la flexibilització horària o la facilitació en la recopilació de documents administratius.

Les normatives i polítiques locals també determinen l'ús del territori. La justícia ocupacional és definida com **"La promoció d'un canvi social i econòmic per incrementar la consciència individual, comunitària i política, els recursos i la igualtat d'oportunitats per al desenvolupament d'ocupacions que permetin a les persones assolir el seu potencial i experimentar benestar"** (Simó, et. al, 2008). D'aquesta manera, es configura la justícia ocupacional com una eina vàlida per superar les barreres invisibles

Influències de les associacions en primera persona i familiars

Les associacions en primera persona són entitats ciutadanes que engloben les inquietuds de les persones afectades d'una problemàtica mental. Les associacions o fundacions de familiars inclouen els seus cuidadors, normalment, els familiars més propers.

Els conceptes d'apoderament, drets, ciutadania o participació, entre d'altres, han estat reclamats com a propis per les entitats de primera persona (*diversamente.es*) Els reclamen ser els seus propis protagonistes de les seves trajectòries de vida. Prova d'això és el manual de recuperació de *Activament.org* (2021) o la recent modificada llei de suport a les persones amb discapacitat de la seva capacitat jurídica (*Boletín General del Estado*, 2021). Tots aquests avenços han anat influenciant de manera positiva, en un canvi de visió dels professionals i en les intervencions que fan.

La web de la confederació salut mental Espanya (www.consaludmental.org), promou l'agrupació de totes les persones al voltant de la salut mental, diluint la diferència entre persones sanes i persones malaltes, perquè tots cuidem la nostra salut mental.

5.3.3. Modalitats

Les modalitats refereixen a la manera de dur a terme la intervenció ocupacional en el PSI, poden ser individual o grupal.

5.3.3.1 Modalitat Individual

Es reproduïen a continuació en funció de l'enfocament d'intervenció, podent utilitzar-se d'una manera dirigida cap al canvi en l'acompliment ocupacional (assessoria ocupacional) o cap al manteniment (educació ocupacional)

5.3.3.1.1 Modalitat individual-Assessoria ocupacional

En ser el PSI un mètode organitzatiu d'atenció a les persones amb una malaltia mental greu i amb necessitats d'atenció complexes, la relació que s'estableix entre el CPI i la persona atesa és la principal eina que permet aquest acostament. Les intervencions sempre es duen a terme en els escenaris de vida de la persona atesa.

Des de l'enfocament que proporciona la TO-PSI, s'utilitzen aquestes tècniques fonamentals:

- La consultoria ocupacional
- La prescripció ocupacional
- La generació d'oportunitats

Consultoria Ocupacional

La consultoria ocupacional és una tècnica professional especialitzada en el desenvolupament d'activitats quotidianes de qualsevol tipus que ofereix assessorament, eines i alternatives en la participació ocupacional a través de l'observació, l'anàlisi, la identificació i la interpretació de les necessitats del client (*Busquets, Domingo i Guzmán, 2020*)

Els terapeutes ocupacionals, són els professionals especialitzats encarregats de dur a terme aquest servei a través de l'observació, l'anàlisi i la identificació i posterior interpretació de les necessitats i desitjos de la persona atesa. Aquest servei té l'objectiu de promoure la salut ocupacional, a través de la consciència ocupacional i la participació ocupacional per millorar l'impacte de la malaltia en totes les àrees de la vida diària de la persona.

La prescripció ocupacional en PSI

La prescripció ocupacional és una tècnica especialitzada que planteja un pla d'acció determinat per cobrir les necessitats ocupacionals dels clients, prèvia avaluació de les seves dimensions ocupacionals, el seu entorn i el seu context. (*Busquets, Domingo i Guzmán, 2020*).

Des de la disciplina de teràpia ocupacional es prescriuen dietes ocupacionals on es tenen en compte els factors que faciliten o inhibeixen l'acompliment ocupacional de la persona a la qual s'atén, la interacció amb el seu entorn, el seu projecte de vida i el seu estil de vida i benestar.

Les dietes ocupacionals es podrien definir com la regulació de la quantitat i del tipus d'ocupacions que realitza una persona en la seva vida diària. Per tant, la realització d'un pla d'acció individualitzat basat en una dieta ocupacional ajudarà la persona atesa a cobrir les seves necessitats ocupacionals i en conseqüència, a l'assoliment d'una recuperació integral.

L'ús de la prescripció ocupacional a PSI és una intervenció fonamental per a l'assoliment dels objectius ocupacionals de les persones usuàries. Es realitza un cop s'ha fet l'anàlisi i avaluació de necessitats i es pacta amb la persona atesa quines seran les accions/activitats/ocupacions que seran prescrites.

La prescripció ocupacional és una eina, principalment per a la persona on es plasma de manera visual el resultat del pla ocupacional. És recomanable incloure en la prescripció ocupacional els aspectes següents:

- **Planificació temporal:** quin dia de la setmana, a quina hora, fins quan, etc..
- **Context i/o entorn:** on es realitza cada activitat.
- **Descripció i tipus d'activitat:** que es realitza.
- **Explicació específica dels suports:** que necessita per a la realització de cada activitat.
- **Característiques de la persona:** cal determinar quina informació és rellevant a tenir en compte perquè la persona pugui dur a terme el seu pla d'acció.

La generació d'oportunitats

Quan es requereix la reconstrucció del projecte de vida i un nou pla d'acció per satisfer les necessitats ocupacionals, és de vital importància generar oportunitats de participació en noves activitats o dotar de diferent significat les existents.

Per això, és clau generar noves oportunitats del que s'anomena *"l'ocupació salvadora"*.

L'ocupació salvadora és una acció escollida, organitzada i amb un significat rellevant per a la persona.

Es defineix com: aquelles ocupacions que salven la vida de la persona; aquelles activitats que permeten que una persona, en moments de molt malestar, doni un valor i connecti amb la vida. Un dels reptes de la teràpia ocupacional és ajudar les persones a identificar i ser conscients de les seves ocupacions salvadores, així com fer palès a les persones clau del seu entorn la importància de no privar-los d'aquestes eines fonamentals. (*Busquets i Guzmán, 2020*).

L'ocupació salvadora, se sol iniciar quan el TO-PSI ofereix alternatives d'activitats o genera noves oportunitats que li permetin implicar-se en noves accions. És a dir, de no tenir cap ocupació a estar ocupat. En altres ocasions, l'ocupació salvadora es produeix quan es canvia el rol de la persona en les activitats que abans participava. És a dir, provocant que el significat de la participació en l'activitat sigui diferent.

5.3.3.1.2 Modalitat individual- Educació ocupacional

La modalitat individual, mitjançant l'educació ocupacional, pretén promoure un enfocament de manteniment, restauració o prevenció de l'acompliment ocupacional. Utilitza tres tècniques fonamentalment:

Promoció de la salut

El TO-PSI, com a professional sanitari, té entre les seves competències, el dret i el deure, de promocionar la salut de les persones que atén. **"L'ocupació és, en si mateixa"** (*Souto, et al, 2019*) i segueix amb **"La gestió de la quotidianitat i la recerca de l'equilibri entre diferents grups d'activitats són, sens dubte, la millor forma de mantenir la salut de l'ésser humà"**.

El que il·lustra que l'acompliment ocupacional és una bona manera de promocionar la salut.

Equilibri ocupacional

El grup d'especialització en salut mental del Col·legi de Terapeutes Ocupacionals de Catalunya (COTOC) va editar una infografia, en ella explica el que és l'equilibri ocupacional. Ho refereix així: **"La percepció o l'experiència subjectiva que té cada persona sobre la quantitat adequada d'ocupacions, la varietat i la satisfacció que té en relació al temps dedicat a les mateixes"** (*document en premsa no publicat*). És a dir, es requereix d'equilibrar els elements següents:

- Significat de l'activitat o tasca per a la persona.
- Quantitat que considera adequada.
- Temps que considera idoni.
- Satisfacció que obté.

La tasca, per tant, del TO-PSI serà buscar la manera de balancejar aquests quatre elements per facilitar l'obtenció de l'esmentat equilibri ocupacional.

Hàbits

El concepte d'hàbit ja ve definit en el **"Marc conceptual europeu per a Teràpia Ocupacional"** (*Brea, 2017*) com :

"Pauta d'acompliment en la vida diària que s'adquireix mitjançant repeticions freqüents, requereix una atenció mínima i proporciona una funció eficaç".

Seguint una seqüència lògica, primer es realitza la intervenció dirigida cap al canvi i després es busca mantenir-lo. En l'última etapa, es pretén refermar els nous hàbits adquirits o mantenir els hàbits saludables i ocupacionals existents.

5.3.3.2 Modalitat d'intervenció grupal

Sovint les necessitats ocupacionals de l'usuari són de socialització, de relació i de lleure grupal, però aquest pot manca d'un context facilitador que promogui el compromís amb l'ocupació. Treballar amb altres persones que no sigui el TO-PSI o la família, representa una dificultat afegida en el procés d'intervenció. Els beneficis esperables de la modalitat d'intervenció grupal s'enumeren a continuació:

Participació social

La participació social sol ser prerrequisit per a altres activitats. Permet desenvolupar relacions significatives entre iguals. Facilita l'anàlisi de destreses, capacitats i fortaleces. S'assemblen a la vida quotidiana i ofereixen un espai d'exploració.

Acompliment ocupacional

La posada en pràctica d'una activitat o tasca dins d'una ocupació entre iguals potencia la reciprocitat de l'aprenentatge, permet el suport entre ells mateixos i sol augmentar la sensació de satisfacció.

Escenaris

Les activitats en grup s'assemblen a la vida quotidiana. La realització d'activitats compartides, sota un objectiu de cooperació, tendeix a afavorir la sensació de competència i habilitat.

Recomanacions per a la realització d'activitats grupals en el PSI

El TO-PSI és qui valora la indicació que un usuari realitzi una activitat grupal, en funció de les necessitats ocupacionals de la persona, la seva motivació i el seu estat clínic.

Incloure en el grup només aquells usuaris que mostren motivació per l'activitat grupal.

Valorar amb la resta de l'equip de professionals si l'activitat pogués ser oferta de manera transversal i/o com a prescripció ocupacional, de manera que pogués servir per les persones. En aquest supòsit, s'haurien d'establir ràtios d'altres professionals acompanyants a l'activitat.

En aquest cas, s'haurien d'establir ràtios d'altres professionals acompanyants a l'activitat.

01

Informar i demanar consentiment al coordinador del PSI sobre la realització d'activitats grupals terapèutiques amb usuaris del programa.

02

Informar l'usuari prèviament sobre l'activitat grupal que es realitzarà. Tipus d'activitat, beneficis de la seva realització, possibles aspectes a tenir en compte...

03

04

La ràtio de professionals per grup d'usuaris PSI no hauria de superar les 6 persones.

05

06

Possibles activitats grupals que es poden realitzar al PSI:
Sortides culturals a la comunitat (exposicions, museus, llocs d'interès turístic...)
Sortides relacionades amb activitats de lleure (piscina, passejos, cinema...)
Grups terapèutics a CSMA o altres dispositius de la comunitat (grup de projecte de vida, d'habilitats socials, d'autonomia personal, taller de lectura...)

07

5.4 Revisió

La mitjana de temps d'estada mitjana d'una persona al PSI sol ser aproximadament de dos anys.

Es recomana que cada sis mesos es faci una revisió dels objectius consensuats per identificar si l'evolució avança segons els objectius plantejats o si necessita alguna modificació.

La revisió es basa en el consens entre el TO-PSI i la persona atesa, s'usen com a eines el PTI, l'informe ocupacional i la reavaluació de les escales CANSES, HONOS, EEAG i WHO-DAS II.

La revisió serveix per incidir en els canvis produïts en les avaluacions i esbrinar si la persona pot finalitzar la seva estada al PSI per la seva evolució positiva.



6. Ràtios assistencials actual per proveïdors

Segons l'últim Cens elaborat pel COTOC (2018) a Catalunya es disposava de 482 Terapeutes Ocupacionals, dels quals 355 són col·legiats.

A data d'octubre de 2021, el COTOC compta amb més de 800 afiliats i s'estima que hi pugui haver aproximadament 1000 Terapeutes Ocupacionals, entre els anys 2022 i el 2023 a Catalunya.

La xifra d'11.213 va ser la xifra que va donar el Consell de Col·legis de TO a una pregunta del ministeri de Sanitat, usant com a base el nombre de titulats des del 1994 fins al 2012. Als quals es va sumar les dades de la web del Ministeri d'Educació: 4389 fins al curs 2017-2018. Sent l'estimació total el 15602 (Coor.Arenas, 2020).

Proveïdors de serveis al PSI 2021	Proveïdors de serveis en el PSI que tenen contractats TOs	TOs contractades en el PSI a jornada completa	TOs contractats en el PSI a jornada parcial
24	6	9	2

El COTOC, el passat mes de maig del 2021, va començar a recollir dades entre els seus col·legiats. Es van fer servir mitjans de difusió propis i canals de xarxes socials. Es van demanar les respostes a aquestes tres variables bàsiques: hores contractades, nombre de persones ateses al PSI i casos totals atesos al territori.

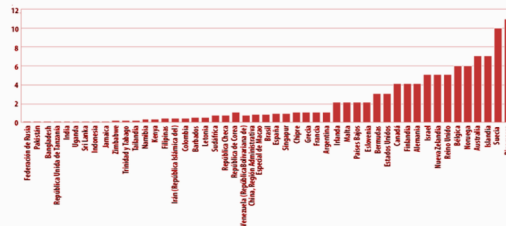
Es van localitzar sis proveïdors de serveis que compten amb TO al PSI. En cadascun d'ells, amb el nombre d'hores totals de la jornada completa, el màxim de persones ateses va ser de 15. En tres d'aquests sis proveïdors, tenen contractats a temps parcial el TO i PSI, sorgint algunes variabilitats en les ràtios, ja que s'afegeixen la particularitat de l'entorn rural i la proporcionalitat de la jornada. S'estima que hi ha 24 proveïdors de serveis que tenen concertat el PSI al CatSalut.

7. Ràtios mínimes i òptimes d'teràpia ocupacional

7.1 Datos de ratios de TOs en el mundo

Como se puede observar a continuación, los países escandinavos en el 2011, conocidos por su bienestar social y dirigido a mejorar la autonomía individual, fueron los países con mejores ratios de terapeutas ocupacionales. En España, no llegaban ni a 1/10.000 habitantes.

Figura 1. Terapeutas ocupacionales por cada 10.000 habitantes (en países seleccionados)



Nota: Muchas asociaciones profesionales recopilan datos sobre el personal de rehabilitación. No obstante, los profesionales no están obligados a ser miembros ni a responder a los cuestionarios de las encuestas. Estos datos proceden de 65 organizaciones miembros con una tasa de respuesta del 93%.

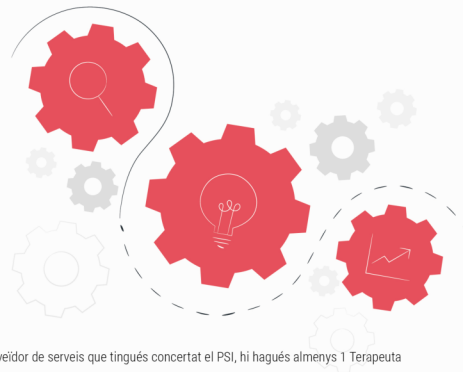
Fuente: Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS (OMS, 2011).



En dates posteriors, 2014 i 2017, les principals organitzacions internacionals de Teràpia Ocupacional ENOTHE, Canadian Institute i WFOT , realitzaven les seves respectives reclamacions de ràtios (COTOC, 2014); Canadian Institute for Health Information (2010); Söderback (2014); OMS (2017).

Món	Mínim de 75	WFOT 2017
EUA	300	WFOT 2008
Dinamarca	75	ENOTHE 2014
Canadà	38,1	Canadian institute
Unió Europea	27,8	COTOC 2014
Espanya	12,66	COTOC 2014
Catalunya	1 TO per cada proveïdor de serveis que tingui concertat el PSI	COTOC Elaboració pròpia 2021

D'aquesta manera, es podrien expressar les ràtios mínimes, òptimes i la recomenació bàsica d'accessibilitat.



7.2 La ràtio mínima

Seria aquella que per cada proveïdor de serveis que tingués concertat el PSI, hi hagués almenys 1 Terapeuta Ocupacional a jornada completa.

7.3 La proposta de ràtio òptima

Seria que per cada 3 gestors de casos contractats per un mateix Proveïdor de Serveis, com a mínim, hi hagués 1 Terapeuta Ocupacional a l'equip PSI.

7.4 Recomanació bàsica d'accessibilitat

No obstant això, la principal recomanació que es faria, és que en tot procés de selecció de professionals per a la figura de Gestor de Casos en el PSI, els terapeutes ocupacionals hi estiguessin inclosos.

8. Experiències externes

A continuació, s'exposen alguns exemples d'experiències de les terapeutes ocupacionals com Gestores de Casos.

8.1. Experiències Internacionals

A nivell internacional, cal destacar la participació de les terapeutes ocupacionals en el desenvolupament i implementació de serveis on el rol professional és de gestió de casos en salut mental.

Segons l'Associació Canadenca de Terapeutes Ocupacionals (1991).

"Els supòsits filosòfics en els quals es basa la teràpia ocupacional són coherents amb els principis de l'enfocament de gestió de casos per a la prestació de serveis a les persones amb trastorns psiquiàtrics greus, en el sentit que tots dos adopten una visió holística, promouen la independència i se centren en el funcionament més que en el tractament de la malaltia. A més, comparteixen la creença que els clients són el centre del procés d'atenció."

(Kupra et.al, 1995).

Al Canadà, les terapeutes ocupacionals han funcionat com a gestores de casos, i també com a supervisors i directors de serveis de gestió de casos. Això és coherent amb el moviment dins de la professió per explorar models innovadors de prestació de serveis que poden ajudar a tancar la bretxa entre l'entre el sistema sanitari actual i la capacitat del client per aconseguir l'èxit en la vida quotidiana a la comunitat.

Robinson, M., Fisher T.F., Broussard K. (2016) publiquen a l'*American Journal of Occupational Therapist* un document anomenat: *El rol de la teràpia ocupacional en la gestió de casos i la coordinació de l'atenció per a clients amb afeccions complexes*.

Els autors d'aquesta publicació destaquen no solament les competències de les professionals en teràpia ocupacional per exercir el rol del gestor de casos, sinó que posa en rellevància la necessitat d'un canvi en l'atenció sanitària americana amb la inclusió del TO com a part fonamental d'aquest canvi. Citen literalment:

"Els principis, l'educació, la pràctica, l'enfocament i la perspectiva de la teràpia ocupacional ofereixen molt per beneficiar aquesta major atenció a la gestió de casos i la coordinació de l'atenció."

(Robinson, Fisher y Broussard, 2016)



8.2 La consideració en l'àmbit de les associacions.

L'Associació Professional Espanyola de Teràpia Ocupacional (APETO) és una entitat sense ànim de lucre, d'àmbit estatal que va ser fundada l'any 1967. La seva missió és vetllar pels interessos dels graduats, diplomats i els estudiants de Teràpia Ocupacional.

En la seva secció de documents tècnics al seu web té publicat el document: **ROLS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL A L'ATENCIÓ SOCIO-SANITÀRIA**.
(Vicente, A.; i Labrador, C., 2017).

En aquest document, es parla de l'atenció socio-sanitària com la unió a les xarxes sanitària i socials a persones amb alta complexitat i dedica tot un apartat a la Teràpia Ocupacional i la Gestió de Casos, justificant el seu valor afegit. Se cita en el text la frase següent:

"Els professionals de la teràpia ocupacional aporten un valor i experiència diferents a la gestió de casos i la coordinació de l'atenció actual."

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

Les conclusions dels autors estan alineades amb les argumentacions presentades al llarg del present document:

“Cap altra professió aborda de manera integral les preocupacions com ara les activitats de la vida diària, els problemes d'independència, les eleccions d'estil de vida, les activitats socials, la gestió del temps, el transport públic i la reintegració comunitària, inclosa la conducció, la participació social, el treball i l'educació.”

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

8.3. En altres comunitats autònomes

La direcció general de salut mental de **Castella la Manxa** va elaborar un document tècnic de Gestió de Casos (2013) en el qual van participar en la seva elaboració el *“Grup Regional de Treball de Terapeutes Ocupacionals”*. A la seva pàgina 18, cita textualment:

“Els professionals nats que poden realitzar aquest tipus de gestió personal de casos a Castella La Manxa són: infermeres, preferentment amb l'especialitat de Salut Mental, Treballadors Socials i Terapeutes Ocupacionals.”

(Document tècnic de Gestió de Casos, 2013)

En el seu relat, defineixen el perfil del cas (en relació a la persona atesa) en **tres dimensions**, la sanitària, social i ocupacional. I aprofundeixen en el concepte de preparació, habilitats i coneixements específics.

El *llibre blanc de la Teràpia Ocupacional en Salut Mental Castella La Manxa* (2018), a la seva pàgina 41, reconeix, especifica i defineix el Terapeuta Ocupacional en la gestió de casos.

Per la seva banda, la Direcció General d'Assistència Sanitària de **Castella i Lleó**, publica el 2020 una revisió del document: *Gestió de casos en salut mental: Procés d'atenció al pacient crònic complex de salut mental* (Velasco, C i Álvarez M. (coord.) 2020). En el qual cal assenyalar que una de les autores del grup de treball, és una terapeuta ocupacional.

En l'esmentat document, a la seva pàgina 6, cita textualment:

“En aquest procés (en referència al títol del text), quan es fa referència a l'Equip Multidisciplinari dels Equips de Salut Mental, s'inclou els professionals de Psiquiatria, Psicologia, Infermeria, Treball Social i Teràpia Ocupacional (sempre que dins d'algun dispositiu de la xarxa es compti amb aquest professional i es consideri necessària la seva intervenció en qualsevol punt del procés).”

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

9. Limitacions actuals i recomanacions

Limitaciones

En l'actualitat determinem dues grans limitacions pel que fa a la teràpia ocupacional al PSI:

La primera limitació que s'observa és la tendència actual a contractar professionals per exercir com a gestors de casos , formats amb un perfil més *“clínic”* davant un altre perfil més *“social”*. Clínic entès, com una estratègia d'intervenció enfocada cap a la continuïtat assistencial de la persona en els recursos de la xarxa sanitària de salut mental. I perfil *“social”*, com un tramitador de recursos en el context particular de cada persona, per atendre les necessitats socioeconòmiques més immediates.

El nostre parer és que els perfils *“clínic i social”* han de quedar integrats a la figura del Gestor de casos en Salut Mental.

La segona gran limitació que s'observa és la tendència en els darrers anys de la disminució de la contractació de terapeutes ocupacionals, com a gestors de casos en el PSI. El motiu és que hi ha proveïdors de serveis que limiten l'accés de les seves ofertes laborals a una única professió.

Recomendaciones

La conclusió d'aquest document tècnic seria **la promoció de la igualtat d'oportunitats davant l'accés a les places de gestors**, comptant amb el perfil del Terapeuta Ocupacional, en les mateixes condicions que qualsevol altre professional sanitari i/o d'àmbit social.

En concret, la demanda específica seria que en un mateix proveïdor de serveis, cada 3 Gestors de casos s'inclogués com a mínim, un terapeuta ocupacional a jornada completa.



10.

Bibliografia de suport

- 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.

Bibliografia

- Aburto, J.; Balsera, J.; Jo, L.; Casas, M.; Ortiz, M.; Hidalgo, T.; Fernández, R.; Vega, V.; Parra, M.; Sans, A.; Gironella, D.; Haro, J.M.; 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, M.P., Chimento, S., Martínez, A.I., 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_cofcto-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-actuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf
- Sánchez, A.I., 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.santpereclaver.org/esmes-increment-de-recursos-per-atencio-salut-mental-persones-sensellar/>
- Souto, A.I., Talavera, M.A., Facal T., Rodríguez, L.M. (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">Designed by slidesgo / Freepik

12. Annexos

ANNEX I

EXEMPLE D'AVUACIÓ AMB PERIL OCUPACIONAL (Guzman i Busquets, 2020)

PERIL OCUPACIONAL

Nom: xxx
Data: març 2022
Edat:
Motiu de consulta:

	ÀREES D'ACOMPLIMENT OCUPACIONAL		
	març 2022	data	data
1. Comprensió i comunicació	3	0	0
2. Manegar l'entorn	4	0	0
3. Cura Personal	5	0	0
4. Relacionar-se amb altres persones	4	0	0
5. Tasques de la llar	3	0	0
6. Oci i temps lliure	2	0	0
7. Feina/ Contribució a la Societat	2	0	0
8. Educació / Formació	2	0	0
9. Participació a la Societat	2	0	0
10. Descans i son	3	0	0
MITJANA	3,0	0,0	0,0

	ACOMPLIMENT OCUPACIONAL		
	març 2022	data	data
1. H de Comunicació	3	0	0
2. H de Processament	4	0	0
3. H. Motors	4	0	0
MITJANA	3,7	0,0	0,0

	PROJECTE DE VIDA		
	març 2022	data	data
1. Esperança	3	0	0
2. Plaer	2	0	0
3. Gaudir	3	0	0
4. Experiència Positiva	3	0	0
5. Lliure	2	0	0
6. Pertinença	2	0	0
7. Metes i Objectius	3	0	0
8. Orientació Projecte de Vida	3	0	0
9. Harmonia	3	0	0
MITJANA	2,7	0,0	0,0

Escala de Puntuació	
Problema Greu	1
Problema Important	2
Problema Lleu	3
Requereix suport	4
Sense Problema	5

	ESTIL DE VIDA I BENESTAR		
	març 2022	data	data
1. Planificació de rutina	4	0	0
2. Equilibri de rutina	3	0	0
3. Varietat de rutina	3	0	0
4. Satisfacció Estil de Vida	3	0	0
5. Responsabilitat sobre salut	2	0	0
6. Responsabilitat sobre la seva vida	3	0	0
7. Responsabilitat Llocs de Vida	5	0	0
MITJANA	3,3	0,0	0,0

	FORTALESES		
	març 2022	Fecha	Fecha
1. Autoconeixement	4	0	0
2. Elecció i Control	3	0	0
3. Actitud Positiva	3	0	0
4. Adaptabilitat	4	0	0
5. Perseverança	5	0	0
6. Consciència de Suport	4	0	0
7. Sol·licitud d'Ajuda	3	0	0
MITJANA	3,7	0,0	0,0

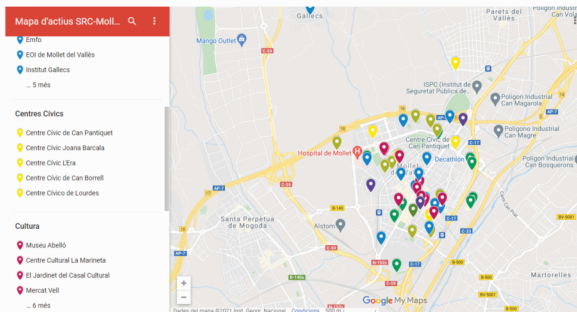
	SUPORTS EXTERNS		
	març 2022	data	data
1. Demandes Generals Entorn	3	0	0
2. Economia	5	0	0
3. Llar	4	0	0
4. Família	3	0	0
5. Amics	2	0	0
6. Grups Socials	2	0	0
7. Oportunitats	3	0	0
MITJANA	3,1	0,0	0,0



ANNEX II

MAPA DE RECURSOS COMUNITARIS

Exemple de SRC Mollet del Vallès



OBJECTIUS DELS SERVEIS DERIVADORS

- Vinculació i seguiment al CSMA.
- Adherència al tractament farmacològic.
- Millorar la consciència de malaltia.
- Millorar la seva autonomia personal.
- Donar suport a la família/cuidadors.
- Manteniment i/o suport a la recerca d'habitatge.
- Vinculació als recursos comunitaris /socials.
- Vinculació als recursos laborals.
- Vinculació a altres serveis de la xarxa de salut
(SRC, Hospital de Dia, Hospitalització domiciliària...).
- Investigació de recursos d'oci i/o lleure.



OBJECTIUS OCUPACIONALS DE LES PERSONES ATESES

- **Àrees d'acompliment ocupacional.** S'engloben tots els interessos motivats per un millor acompliment ocupacional en les seves activitats de la vida diària o rutines quotidianes.

S'indouen tant els que realitzen per si mateix, com mitjançant algun tipus de suport, com podria ser d'una treballadora familiar o un cuidador principal.

- **Estil de vida i benestar.** S'inclouen les millores en les relacions socials, en el seu entorn, en la seva xarxa de suport o en els seus contactes de cuidadors informals. Per exemple, el continuar acudint a un bar a esmorzar tots els matins.

- **Dimensió de recaigudes.** Es refereix a la identificació de situacions, accions o activitats que generen protecció o si per contra, aquestes activitats generen risc de recaigudes. Alguns aspectes reconeguts com a precipitants de malestar són la soledat, els dolts mal elaborats, la manca de suports o l'absència d'activitats significatives en la seva vida diària.

- **Dimensió productiva.** S'interpreta com les activitats que la persona sent com a obligades. Poden ser el treball o les obligacions imposades per la cultura, com són les tasques en la cura de la llar o dels familiars. Una altra versió, pot ser el voluntariat o els compromisos que s'adquireixen en pertànyer a grups socials.

- **Dimensió econòmica.** La necessitat de sufragar les despeses bàsiques de menjar, allotjament i altres necessitats són pilars en l'autosuficiència d'una persona.

- **Dimensió oci/temps lliure.** El temps lliure es dota del seu significat cultural, quan es fa servir en contraposició al temps usat en una jornada laboral o per la productivitat personal. En persones que no poden treballar perd el seu sentit original. El lleure, s'entén com aquelles activitats o tasques que en exercir-se generen un plaer en si mateixes.

- **Dimensió social.** L'accés als serveis i prestacions socials és un dret moltes vegades desconegut per la persona atesa i /o la família. Informar, empoderar i acompanyar la persona perquè no quedi exclosa del sistema social és una altra necessitat.

- **Fortaleses internes.** Són aquells components que formen part de la pròpia persona i que inclouen aspectes com l'actitud positiva enfront de situacions desadaptatives, la consciència de suport i de sol·licitud de suport, entre d'altres.

- **Suports externs.** Les problemàtiques en les famílies amb persones amb una malaltia mental greu i complexa està ben documentada. Els desitjos de sanejar aquestes relacions, és una manifestació recurrent de les persones ateses al PSI.



