

TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN OCCUPATIONAL THERAPY

DECS: Terapia Ocupacional, Trastornos Mentales

Mesh: Occupational Therapy, Mental Disorders



Autores

Dña. Susana López Ayesa.

Terapeuta ocupacional en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica II (Hospital de Navarra). Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

Dña. Cristina Rubio.

Terapeuta ocupacional de Avánvida en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Arga.

Dña. Edurne Apestegui Egea.

Terapeuta ocupacional en el Hospital de Día Psiquiátrico "Irubide". Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

Dña. Ana Gracia Franco.

Terapeuta Ocupacional en el Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier. . Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

D. Luis María Berrueta Maeztu.

Terapeuta Ocupacional de la Fundación Argibide en el Hospital de Día Psiquiátrico 1 (Hospital de Navarra). . Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

López Ayesa A, Rubio C, Apestegui Egea E, Gracia Franco A, Berrueta Maeztu LM. Terapia ocupacional en rehabilitación psicosocial. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, supl. 4: p 276-335 Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/rhbsm.pdf>

NOTA:

Año 2006 Documento cortesía de:
Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.

Introducción

La Terapia Ocupacional es una disciplina sanitaria que trabaja dentro del ámbito de la salud, lo social y educativo. Es una profesión que basa gran parte de su conocimiento en la Ciencia de la Ocupación humana y que cuenta con una larga experiencia histórica en los tratamientos psicosociales en la enfermedad mental.

La esencia de la Terapia Ocupacional consiste en, por una parte, el análisis y evaluación del impacto de la enfermedad, del trastorno, de la inadaptación social, de la disfunción psicosocial y/o de un acontecimiento vital estresante en el comportamiento ocupacional del individuo, y por otra, en el uso de la ocupación (*actividades, tareas y/o desempeño de roles*) como herramienta para evaluar, facilitar, restaurar y mantener

RESUMEN

La Terapia Ocupacional es una disciplina sanitaria que trabaja dentro del ámbito de la salud, lo social y educativo. Es una profesión que basa gran parte de su conocimiento en la Ciencia de la Ocupación humana y que cuenta con una larga experiencia histórica en los tratamientos psicosociales en la enfermedad mental.

SUMMARY

Occupational therapy is a medical discipline that works within the field of health, social and educational. It is a profession that bases much of his knowledge in the science of human occupancy and has a long historical experience in psychosocial treatments in mental illness.

la función, así como para prevenir la aparición de la Disfunción ocupacional.

El término "disfunción" en Terapia Ocupacional intenta explicar un fenómeno complejo: Kielhofner(1992) utiliza el término "disfunción ocupacional" y explica su naturaleza multifacética

del siguiente modo: *... "las disfunciones ocupacionales resultan de la interrelación entre factores biológicos, psicológicos y ecológicos. Por ejemplo, una limitación de la capacidad física puede no ser una situación suficiente para la disfunción ocupacional. Una disfunción en el desempeño ocupacional, no obstante, ocurre cuando al individuo con capacidad limitada le falta confianza, no conoce cómo resolver el problema efectivamente para compensar sus limitaciones, y encuentra barreras físicas y sociales"...*

Por tanto, se produce disfunción ocupacional cuando una persona tiene dificultades para elegir, organizar o ejecutar sus ocupaciones, proporcionando al individuo una calidad de vida insuficiente y una incapacidad para satisfacer las demandas ambientales.

La disfunción ocupacional puede sobrevenir por una dificultad en el uso o una limitación temporal ó crónica de las habilidades funcionales (habilidades sensoriomotoras, integración cognitiva y componentes cognitivos y destrezas psicosociales y componentes psicológicos) o por cambios bruscos en/de los entornos ocupacionales.

Otro concepto clave en Terapia Ocupacional es el de **Desempeño Ocupacional**. Éste se refiere a la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente

adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad. Así pues, los terapeutas ocupacionales distinguimos tres áreas ocupacionales: Actividades de la Vida Diaria, Ocio y productiva, dando gran importancia al entorno o ambiente.

La participación en diferentes ocupaciones en la vida cotidiana es indispensable para la identidad, la realización personal, la salud y el bienestar. La ocupación organiza el comportamiento, implica expresión de la propia personalidad, así como la conexión con la sociedad y el manejo del tiempo, organizando éste en hábitos, roles y patrones. Así pues, a través de las ocupaciones las personas influyen en su estado de salud y bienestar.

Esta concepción de la persona como ejecutor competente de ocupaciones, roles y actividades es primordial para la rehabilitación psicosocial y la integración social. El terapeuta ocupacional valora e interviene sobre las capacidades y habilidades de la persona, favoreciendo y posibilitando el desarrollo de todo su potencial. Todo ello mediante la adquisición o recuperación de la competencia necesaria para un funcionamiento ocupacional lo más autónomo, integrado e independiente posible, que le permita desarrollar roles vitales adecuados, significativos para la persona y normalizados dentro de la comunidad.

En **la evaluación ocupacional** se pretende conocer el impacto de la enfermedad en el desempeño ocupacional de la persona, e identificar destrezas y capacidades, así como las oportunidades y dificultades en sus contextos ocupacionales, con el objetivo de ayudarle a funcionar de una forma autónoma y satisfactoria.

Para los terapeutas ocupacionales, una persona es funcional si puede realizar de manera satisfactoria las tareas y actividades que sus roles ocupacionales le exigen. La evaluación ocupacional se realiza mediante fuentes indirectas (Historia clínica, Informes, Familiares, integrantes del equipo interdisciplinar...) y/o fuentes directas propias de la T.O. (Historia ocupacional, herramientas

observacionales, listados y cuestionarios de autoevaluación, entrevistas, y evaluaciones con métodos mixtos).

La **intervención** de la Terapia Ocupacional se dirige tanto a la persona como a su entorno¹, puesto que la persona jamás se puede considerar aislada de su medio. De la interacción de la ocupación de la persona y su entorno resulta el comportamiento ocupacional. La persona, la ocupación y el medio son interdependientes, debe existir armonía entre todos. El terapeuta ocupacional analiza esta interacción y propone diferentes estrategias compensatorias y/o adaptaciones del entorno en las diferentes etapas del proceso rehabilitador y de inserción.

Uno de las herramientas fundamentales de nuestra disciplina, tanto en la evaluación como en la intervención, es el **análisis y modificación de la actividad**, adaptándola a las diferentes disfunciones y discapacidades individuales de cada usuario.

En **resumen**, la práctica de la Terapia Ocupacional se basa en el uso terapéutico de ocupaciones (actividades y tareas significativas y dirigidas a metas) para evaluar y tratar a las personas que tienen un trastorno o enfermedad, dependencia, discapacidad, limitación en las actividades, o restricción en la participación para funcionar de manera independiente en sus roles vitales diarios, promoviendo así la salud y el bienestar.

¹ Se considera Entorno los contextos físicos, sociales, temporales, virtuales o culturales, por citar algún ejemplo.

2. CONCORDANCIA ENTRE LA PROPUESTA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y LA TERAPIA OCUPACIONAL

En este apartado se va a analizar la idoneidad de la terapia ocupacional como profesión a formar parte de los equipos de atención a las personas con trastorno mental grave.

Para ello se comparan:

- La definición de personas con trastorno mental grave y sus características, los principios y los objetivos de la atención a esta población, basándonos para ello en el contenido de la "Propuesta de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave" elaborada por Bienestar Social y en el Documento de Consenso "Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave" elaborado por el IMSERSO en 2003.
- La población susceptible de recibir servicios de terapia ocupacional, las áreas de intervención de la profesión, los principios y objetivos de la profesión.

CONCORDANCIA ENTRE LA POBLACIÓN DESTINATARIA DE LA PROPUESTA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y LA POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE RECIBIR SERVICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

DEFINICIÓN DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES:

La definición que cuenta con más aceptación en cuanto a Trastorno Mental Grave (en adelante T.M.G.), es la emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1978, que define a este colectivo como un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social y que han de ser atendidas en diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.

En esta definición se incluyen, por tanto, tres dimensiones a tener en cuenta:

1. **Diagnóstico.**
2. **Duración de la enfermedad y del tratamiento.**
3. **Presencia de discapacidad:**
Disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del Global Assessment of Functioning, que indica una afectación moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE RECIBIR SERVICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL:

Personas que, debido a un traumatismo o enfermedad física, una situación disfuncional, una discapacidad cognitiva, una disfunción psicosocial, una enfermedad mental, un retraso o trastorno en el desarrollo o en el aprendizaje o una situación ambiental adversa, tengan limitaciones en su funcionamiento ocupacional o riesgo de padecerlas, en cualquiera de las tres áreas de desempeño de terapia ocupacional: actividades de la vida diaria, actividades productivas y trabajo, y actividades de juego y ocio.

CONCORDANCIA ENTRE LAS ÁREAS DEFICITARIAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ÁREAS DEFICITARIAS

Muchas de las personas diagnosticadas con T.M.G. presentan déficits para el manejo y desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida personal y social:

- ✓ El autocuidado.
- ✓ La autonomía en actividades de la vida diaria y manejo de dinero.
- ✓ El autocontrol en situaciones de estrés. Son personas muy vulnerables debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- ✓ Deterioro en el funcionamiento cognitivo.
- ✓ Las relaciones interpersonales y sociales. Con frecuencia, las redes sociales de apoyo se limitan sólo a su familia lo que origina que vivan situaciones de aislamiento social.
- ✓ Para disfrute en actividades de ocio y tiempo libre.
- ✓ Dificultad de aprendizaje, déficits en habilidades y hábitos laborales que impiden el acceso al mundo laboral.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

En terapia ocupacional se consideran tres grandes áreas de intervención, denominadas **ÁREAS DE DESEMPEÑO**:

- ✓ Actividades de la vida diaria (aseo personal, vestido, alimentación, manejo de medicación, mantenimiento de la salud, socialización, comunicación funcional, movilidad funcional, movilidad en la comunidad, etc.)
- ✓ Actividades productivas y trabajo:
 - Organización del hogar (cuidado de la ropa, limpieza, preparación de comidas, compras, gestión del dinero, mantenimiento de la casa, procedimientos de seguridad)
 - Cuidado de otros
 - Actividades educativas
 - Actividades vocacionales (exploración vocacional, adquisición del empleo, desempeño del trabajo, planificación de la jubilación, participación en el voluntariado).
- ✓ Actividades de ocio y juego (exploración del ocio o juego, desempeño de ocio o juego).

Además, la terapia ocupacional evalúa y, si es necesario porque interfieren en el funcionamiento ocupacional, interviene sobre los **COMPONENTES DEL DESEMPEÑO**, que son habilidades o destrezas humanas fundamentales que, en una diversidad de grados y en diferentes combinaciones, se requieren para una participación satisfactoria en las distintas áreas de desempeño.

- ✓ Componentes sensoriomotores.
- ✓ Integración cognitiva y componentes cognitivos.
- ✓ Destrezas psicosociales y componentes psicológicos.

CONCORDANCIA ENTRE LOS PRINCIPIOS GENERALES DEL MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO Y LOS PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

PRINCIPIOS DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE,

según el Documento de Consenso "Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave" elaborado por el IMSERSO en 2003

La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con TMG a una ciudadanía plena y digna.

- ✓ Supone promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación, según sus objetivos y sus planes personales.
- ✓ La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.
- ✓ Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida y el desempeño de roles sociales normalizados dentro de la comunidad.
- ✓ La rehabilitación ha de propiciar la autonomía y la independencia de la persona, con todo lo que ello conlleva.
- ✓ Debe ofrecer el apoyo que cada persona necesite, de forma individual, durante todo el tiempo que ésta precise.
- ✓ La rehabilitación ha de basarse en el principio de individualización: Cada individuo es único y el proceso de rehabilitación ha de serlo igualmente.

PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

- ✓ La terapia ocupacional entiende que la ocupación es parte de la condición humana, y a través de ella pretende mejorar la calidad de vida de todas las personas que vean su funcionamiento ocupacional limitado, independientemente de cuál sea su tipo y grado de discapacidad.
- ✓ La terapia ocupacional sigue el principio de autonomía, en el sentido de que respeta los valores, intereses y objetivos de la persona, a quien trata de implicar activamente en todo el proceso de intervención.
- ✓ A su vez, la terapia ocupacional pretende conseguir el máximo grado de autonomía e independencia en las áreas de desempeño ocupacional de la persona, y el desempeño de roles ocupacionales satisfactorios y socialmente significativos.
- ✓ La terapia ocupacional considera a la persona como un individuo único, cuyo desempeño ocupacional está determinado por sus propios valores, intereses, y capacidades en interacción con los diferentes ambientes en los que se desenvuelve. La intervención, por tanto, ha de ser individualizada, y dirigida tanto a la persona como a los contextos de desempeño.
- ✓ Siempre que sea posible, pretenderá el mantenimiento o integración de la persona en sus entornos naturales.
- ✓ La intervención de terapia ocupacional se realiza a través de un proceso individualizado en el que se revisan constantemente las necesidades, los

- ✓ Implica y ha de mantener una expectativa positiva sobre el individuo y su potencial de desarrollo.
- ✓ Se han de revisar constantemente los servicios, de los programas y los procesos con el fin de garantizar la calidad de la intervención.

objetivos y las estrategias de intervención.

3. FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Y SOCIAL

En este apartado tratamos de definir las funciones que corresponderían a un terapeuta ocupacional en los diferentes dispositivos que propone la Propuesta de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave. Naturalmente, esta es una relación de funciones orientativa, que siempre deberá ajustarse a las características concretas de cada recurso y cada equipo de trabajo.

Los recursos que hemos recogido son los siguientes:

1. Centro de Rehabilitación Psicosocial
2. Equipo de Apoyo Social (Intervención Sociocomunitaria)
3. Equipo de Formación y Apoyo Laboral y Centro Ocupacional
4. Alternativas Residenciales Comunitarias
5. Programas de Ocio y Tiempo Libre

3.1. FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

FUNCIONES DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE LA PERSONA

- Selección y aplicación de las evaluaciones necesarias para identificar tanto las necesidades ocupacionales y funcionales en las áreas de autocuidado, productividad y ocio como las posibles barreras ambientales.
 - Evaluación de componentes básicos de desempeño: habilidades cognitivas, perceptivas, sociales y motoras, que tienen lugar en un contexto ocupacional.
 - Recogida y Análisis de la Historia Ocupacional Previa.
 - Recogida y Análisis de la Historia formativo- laboral.
 - Evaluación de roles
 - Evaluación de rutinas y distribución previa del tiempo así como el grado de funcionalidad de las mismas.
 - Evaluación del patrón y participación previa en intereses de ocio y tiempo libre.
 - Evaluación motivaciones e intereses ocupacionales.
 - Evaluación de habilidades para la gestión eficaz de su tiempo de forma que establezca rutinas ocupacionales satisfactorias en su entorno.
 - Evaluación de la capacidad funcional para desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
 - Evaluación de las A.V.D. de Automantenimiento.

- Evaluación de las A.V.D. necesarias para el cuidado y mantenimiento del hogar.
- Evaluación de las A.V.D. necesarias para hacer uso de recursos comunitarios: transporte, dinero, recursos de ocio.
- Evaluación de la capacidad funcional para el desempeño de habilidades productivas y ocio.

EVALUACIÓN DEL ENTORNO:

- Valoración de los requerimientos físicos, de procesamiento y de comunicación-interacción del lugar de residencia, en relación con las capacidades personales.
- Análisis de la influencia en el desempeño ocupacional del usuario de los componentes sociales del ámbito comunitario (vecinos, amigos, compañeros de trabajo,...) y en que medida apoyan o inhiben la función.
- Análisis de la idoneidad de los recursos normalizados/ protegidos de ocio y tiempo libre y productividad del entorno socio-comunitario que le rodea.
- Análisis del contexto social y cultural que puede influenciar el comportamiento ocupacional.

FUNCIONES DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN CON LA PERSONA

- Participación junto con el equipo interdisciplinar en la elaboración de un plan individualizado de rehabilitación.
- Fomentar el sentido de la responsabilidad y del compromiso del paciente en su proceso de cambio y colaborar en el proceso de adaptación del usuario a la comunidad.

- Mejorar, mantener y/o compensar, el mayor tiempo posible, la ejecución/desempeño de las habilidades de automantenimiento, productividad, ocio y tiempo libre, de acuerdo a los intereses, creencias y valores que suponen la historia de vida de la persona.
- Diseño y puesta en práctica de intervenciones ocupacionales individuales y grupales dirigidas a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar las funciones sensorio-motoras, emocionales, neuromusculares, cognitivas y psicosociales.
- Estructurar a través de un programa de actividades un ritmo equilibrado de actividades de ocio, autocuidado, productividad y descanso.
- Entrenamiento en estrategias de administración de tiempo en recursos comunitarios para facilitar unas rutinas diarias normalizadas y equilibradas.
- Actividades de la Vida Diaria:
 - Reentrenar y realizar un seguimiento de las habilidades de la vida diaria básicas e instrumentales.
 - Enseñanza de estrategias para recuperar el mayor grado de autonomía posible en actividades de autocuidado y de cuidado del entorno.
- Ocio:
 - Programación de actividades de ocio adaptadas a las necesidades terapéuticas y personales del usuario.
 - Favorecer la integración sociocomunitaria de los usuarios.
 - Entrenamiento en habilidades para la búsqueda de alternativas de ocio comunitario.
- Productividad:
 - Iniciar actividades fuera del recurso, según preferencias, intereses y potencialidades, así como, recuperar antiguos aficiones o hobbies.

- Proporcionar entrenamiento previo en habilidades prevocacionales en usuarios que tengan previsto el paso a recursos comunitarios protegidos.
- Facilitar la exploración y el desarrollo de roles productivos que favorezcan la vida independiente.

INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO:

- Adaptación de las tareas del hogar a las capacidades y necesidades del usuario, facilitando así su participación activa en la dinámica familiar.
- Adaptación del entorno para permitir la exploración de ocupaciones, favoreciendo la puesta en práctica de habilidades y controlando la aparición del fracaso.
- Educación y asesoramiento a la familia para facilitar el manejo y la participación de la persona en el hogar, así como para mantener el nivel de ocupación.

3.2. FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL EQUIPO DE FORMACIÓN Y APOYO LABORAL Y EN EL CENTRO OCUPACIONAL

Elaborado por *"Grupo de trabajo de Terapeutas Ocupacionales pertenecientes al Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica, perteneciente a la consejería de Familia y asuntos sociales de la comunidad de Madrid. Subequipo de Rehabilitación Laboral.*

FUNCIONES DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE LA PERSONA

- Análisis del patrón formativo laboral previo.
- Exploración e identificación de los posibles intereses, valores y necesidades en relación al empleo

- Evaluación de su sentido de eficacia en el desempeño del rol de trabajador.
- Evaluación de la capacidad funcional (ECF), para el desempeño eficaz de un puesto de trabajo. Evaluación de la función psicosocial, cognitiva, perceptiva y motora.
- Evaluación de hábitos laborales y tolerancia al trabajo.
- Evaluación de los comportamientos laborales.
- Evaluación de las habilidades para la búsqueda de empleo y superación de procesos de selección, patrón previo y eficacia del mismo.
- Evaluación de las capacidades relacionadas con el trabajo tales como uso del transporte, teléfono, los cuidados personales. AVD.
- Evaluación del área de ocio, rutina diaria y grado de equilibrio ocupacional de la misma.

EVALUACIÓN DEL ENTORNO:

- **Análisis del puesto de trabajo:** Valoración de los requerimientos físicos, de procesamiento y de comunicación-interacción de la tareas laborales que debe desempeñar en un puesto de trabajo, en relación a las capacidades de desempeño personales. Este debe de contar de:
 - Análisis funcional: Capacidades de trabajo, comportamiento laboral y social, limitaciones...
 - Análisis del puesto: Junto con el empresario.
 - Análisis ergonómico: Describir el puesto, posturas, acceso a materiales...
 - Análisis técnico: Capacidades y conocimientos técnicos requeridos.
- **Análisis del ambiente de trabajo:** Evaluación de como las características del mismo impactan en el desempeño de la persona. Habrá que valorar:

- Las características físicas y sensoriales.
- Las características sociales: Jefes, compañeros, clientes...
- Las formas ocupacionales: Carga laboral, presión de tiempo, nivel de exigencia y responsabilidad, gratificaciones, trabajo en equipo, posibilidad de autogestión y autonomía, propiedades de los objetos y herramientas...

FUNCIONES DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN CON LA PERSONA

- **Orientación vocacional:** Apoyo en la definición de metas laborales en función de: Los intereses, valores, capacidades de la persona, su sentido de eficacia como trabajador y situación del mercado laboral.
- **Búsqueda activa de empleo:** Se incluye:
 - Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo.
 - Entrenamiento en habilidades de superación de los procesos de selección.
 - Seguimiento en la búsqueda activa de empleo.
- **Intervención en A.V.D y Ocio y Tiempo Libre.**
 - Entrenamiento en todas aquellas AVD que puedan interferir en su inserción laboral: Manejo del transporte, uso del teléfono...
 - Intervención en el ocio de la con el fin de mantener el equilibrio ocupacional entre el área productiva y la lúdica.
 - Estructuración de la rutina diaria, creación de hábitos que favorezca el desempeño de sus roles de vida en general y del rol de trabajador en particular.
- **Entrenamiento en los hábitos y habilidades necesarias para desempeñar un puesto de trabajo.** Dicho entrenamiento podrá realizarse a través de diseño y análisis de tareas un taller prelaboral,

mediante la supervisión de este, o en el mismo puesto de trabajo (in situ) o mediante seguimiento. Las habilidades que se deben entrenar son:

- Hábitos laborales básicos.
- Habilidades de manejo de los materiales y herramientas necesarios para el puesto.
- Habilidades de procesamiento, cognitivas y psicomotrices a través de la actividad y ocupaciones.
- Habilidades técnicas para la ejecución de tareas laborales.
- Habilidades para la interacción con los grupos sociales laborales: Jefes, compañeros, clientes...

INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO LABORAL:

- **Adaptación de puestos de trabajo:** Donde se podrá intervenir sobre las tareas y/o materiales y herramientas de forma temporal (progresiva) o permanente, con el fin de favorecer el desempeño de la persona. Esta adaptación puede ser de diversos tipos en función de las necesidades de la persona y la organización de la empresa:
 - *Restricción del puesto de trabajo:* Disminución de tareas, simplificación de los pasos, reducción del tiempo de trabajo...
 - *Reorganización del puesto de trabajo:* Diseño de funciones esenciales de un trabajo y ubicaciones razonables, tiempos de descanso, modificación del orden de las tareas...
 - *Modificación del puesto:* Materiales, herramientas a utilizar, ayudas técnicas, sustitución de tareas...
 - *Servicios de Apoyo:* Presencia de una tercera persona que facilite las actividades del trabajador. Este apoyo podrá ser temporal o permanente y puede incluir el proporcionar formación y entrenamiento necesario para el uso de herramientas y máquinas, entrenamiento de habilidades necesarias para el puesto, etc.

- **Adaptación de los entornos laborales:** Eliminación de barreras físicas, psicológicas y sociales para favorecer el desempeño de la persona.
 - *Adaptación de los entornos físicos:* Mediante la aplicación de principios ergonómicos, se modificaran las condiciones físicas y sensoriales que puedan limitar el desempeño de la persona.
 - *Adaptación de los entornos sociales:* Asesorando y apoyando a los supervisores/monitores y compañeros de trabajo para mejorar la integración de la persona en su entorno laboral.
 - *Adaptación de las formas y métodos ocupacionales* siempre que la empresa lo permita.

3.3. FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LAS ALTERNATIVAS RESIDENCIALES COMUNITARIAS

FUNCIONES DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE LA PERSONA

- Selección y aplicación de las evaluaciones necesarias para identificar tanto las necesidades ocupacionales y funcionales en las áreas de autocuidado, productividad y ocio como las posibles barreras ambientales.
 - Evaluación de componentes básicos de desempeño: habilidades cognitivas, perceptivas, sociales y motoras, que tienen lugar en un contexto ocupacional.
 - Recogida y Análisis de la Historia Ocupacional Previa.
 - Recogida y Análisis de la Historia formativo- laboral.
 - Evaluación de roles relacionados con su vida en el recurso residencial.

- Evaluación de rutinas y distribución previa del tiempo así como el grado de funcionalidad de las mismas.
- Evaluación del patrón y participación previa en intereses de ocio y tiempo libre.
- Evaluación de motivaciones e intereses ocupacionales.
- Evaluación de habilidades para la gestión eficaz de su tiempo de forma que establezca rutinas ocupacionales satisfactorias en el hogar.
- Evaluación de la capacidad funcional para desarrollar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
 - Evaluación de las A.V.D. de Automantenimiento.
 - Evaluación de las A.V.D. necesarias para el cuidado y mantenimiento del hogar.
 - Evaluación de las A.V.D. necesarias para hacer uso de recursos comunitarios: transporte, dinero, recursos de ocio.
- Evaluación de la capacidad funcional para el desempeño de habilidades productivas y ocio.

EVALUACIÓN DEL ENTORNO:

- Valoración de los requerimientos físicos, de procesamiento y de comunicación-interacción del lugar de residencia, en relación con las capacidades personales.
- Análisis de la influencia en el desempeño ocupacional del usuario de los componentes sociales del ámbito residencial (compañeros, profesionales, institución) y en que medida apoyan o inhiben la función.
- Análisis de la idoneidad de los recursos normalizados/ protegidos de ocio y tiempo libre y productividad del entorno socio-comunitario que rodea el recurso residencial.

- Análisis del contexto social y cultural que puede influenciar el comportamiento ocupacional.

FUNCIONES DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN CON LA PERSONA

- Participación junto con el equipo interdisciplinar en la elaboración de un plan individualizado de rehabilitación.
- Fomentar el sentido de la responsabilidad y del compromiso del paciente en su proceso de cambio y colaborar en el proceso de adaptación del usuario al recurso.
- Diseño y puesta en práctica de intervenciones ocupacionales individuales y grupales dirigidas a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar las funciones sensorio-motoras, emocionales, neuromusculares, cognitivas y psicosociales.
- Estructurar a través de un programa de actividades un ritmo equilibrado de actividades de ocio, autocuidado, productividad y descanso.
- Entrenamiento para la adquisición de hábitos de autocuidado, ocio y productividad.
- Entrenamiento en estrategias de administración de tiempo en recursos comunitarios para facilitar unas rutinas diarias normalizadas y equilibradas.
- Actividades de la Vida Diaria:
 - Reentrenar y realizar un seguimiento de las habilidades de la vida diaria básicas e instrumentales.
 - Enseñanza de estrategias para recuperar el mayor grado de autonomía posible en actividades de autocuidado y de cuidado del entorno.
- Ocio:

- Programación de actividades de ocio dentro de la dinámica residencial adaptadas a las necesidades terapéuticas y personales del usuario.
- Favorecer la integración sociocomunitaria de los usuarios.
- Entrenamiento en habilidades para la búsqueda de alternativas de ocio comunitario en personas que residan en recursos comunitarios.
- Productividad:
 - Iniciar actividades fuera del recurso, según preferencias, intereses y potencialidades, así como, recuperar antiguos aficiones o hobbies.
 - Proporcionar entrenamiento previo en habilidades prevocacionales en usuarios que tengan previsto el paso a recursos comunitarios protegidos.
 - Facilitar la exploración y el desarrollo de roles productivos que favorezcan la vida independiente.

INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO:

- Adaptación de las tareas de la residencia a las capacidades y necesidades del usuario, facilitando así su participación activa en la dinámica residencial.
- Adaptación del entorno para permitir la exploración de ocupaciones, favoreciendo la puesta en práctica de habilidades y controlando la aparición del fracaso.
- Formación y asesoramiento a personal de Atención directa para facilitar el manejo y la participación de la persona en el recurso residencial.
- Programación y organización de eventos que posibiliten la participación de los familiares/amigos del usuario en su proceso de tratamiento.
- Asesoramiento familiar sobre pautas para mantener el nivel de ocupación durante las salidas al domicilio.

3.4. TERAPIA OCUPACIONAL Y OCIO

"Los terapeutas ocupacionales permiten a los individuos, grupos y comunidades desarrollar los medios y oportunidades para identificar, realizar y conseguir en potencial deseado en las ocupaciones diarias (autocuidado, productividad y ocio)"

(Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional. CAOT).

3.4.1 INTRODUCCIÓN

La Terapia Ocupacional tiene una larga tradición de intervención en el área de ocio. Ya en los años de creación de la profesión, lo lúdico u ocioso se consideraba esencial para desarrollar una vida útil. Uno de los fundadores de la TO, Adolf Meyer (1922) ya defendía que *" los ritmos cotidianos debían mantener un equilibrio"* y que *"era muy importante el desarrollo sistemático de intereses y del tiempo como parte fundamental de la terapia"*.

Históricamente, el ocio ha sido contemplado dentro de los distintos Modelos de Práctica y Marcos de referencia de la Terapia Ocupacional, siendo considerado una de las tres áreas de desempeño ocupacional junto con la productividad y las actividades de la vida diaria, constituyendo en su conjunto, las áreas de práctica de los Terapeutas Ocupacionales.

En la actualidad, sigue siendo un área prioritaria de intervención, como se refleja en un estudio realizado en 2000 en el Reino Unido entre Terapeutas Ocupacionales que trabajaban en salud mental, en él se constató que 119 de los 137 encuestados referían intervenir en el ocio de manera regular, siendo uno de sus métodos de intervención más utilizado.

Una de las metas principales de la profesión es ayudar a la persona a lograr un estilo de vida equilibrado (entre las siete áreas ocupacionales) como determinante de calidad de vida. Es por ello que se justifica la intervención del

ocio, puesto que es reconocido su importante papel a la hora de equilibrar la vida de una persona y a la hora de promover la salud, el bienestar y la satisfacción en general.

La Terapeuta ocupacional Susan Knox (1993) afirmó con respecto al ocio: *El ocio ocurre fuera de las obligaciones del trabajo y proporciona oportunidades para la diversión, relajación, recreación, crecimiento personal y alcance de metas. El ocio satisfactorio y gratificante es guiado siempre por una motivación intrínseca. Permite y proporciona crecimiento y desarrollo personal, un tipo de actividad y una forma de interacción con el entorno. El ocio puede fortalecer la capacidad del individuo, su calidad de vida tanto en el área física, mental, social, actividades de desarrollo y bienestar psicológico.*

En resumen,

- Desde los comienzos de la Terapia Ocupacional los diferentes autores defienden que el Ocio forma parte de las ocupaciones necesarias para las personas.
- Los diferentes modelos teóricos de práctica de Terapia Ocupacional coinciden en la inclusión del ocio como un área básica de tratamiento en Terapia Ocupacional, al ser un área en la que se ponen de manifiesto habilidades y limitaciones relacionadas con el nivel de funcionalidad y la calidad de vida de la persona en un contexto sociocultural.
- El ocio se considera una de las siete áreas básicas de desempeño ocupacional y por tanto área de intervención de Terapia Ocupacional.

3.4.2 TERAPIA OCUPACIONAL, OCIO Y SALUD MENTAL

Ser capaz de elegir y disfrutar de actividades de ocio es esencial para la salud. Las personas con problemas de salud mental a menudo tienen dificultades para usar su tiempo libre de manera que satisfagan sus necesidades de ocio. Los Terapeutas Ocupacionales pueden ayudar a seleccionar actividades de ocio

significativas, establecer tiempos para el ocio, y explorar nuevas experiencias de ocio.

En diversos estudios realizados en esta última década por Terapeutas Ocupacionales en Reino Unido y Canadá, se recogen las características del ocio y de las intervenciones realizadas en función del diagnóstico:

..”En el caso de personas con trastorno dual, el ocio tenía la implicación “mantenerse activo”, porque el tiempo libre era considerado un posible desencadenante de recaída sino era ocupado con una actividad. El ocio se convertía entonces en una estrategia de evitación de recaídas para el Terapeuta Ocupacional...”

Referencia: Hodgson Susan; Lloyd Chris. The leisure participation of Clients with a Dual Diagnosis.(BJOT) October 2001. 64 (19)

..”Para aquellas personas que tienen lo que podría denominarse “ocio forzado”, como personas encarceladas, desempleados o pacientes de hospital, el ocio era considerado dentro del proceso de tratamiento desde una perspectiva diferente a las personas con trabajo, siendo en muchos casos, su ocupación más valorada, y por tanto una herramienta terapéutica de gran valor a la hora de estimular y entrenar diversas habilidades necesarias para la vida independiente.

Igualmente, se constató la importancia de la intervención sobre los factores externos que limitaban la participación en actividades de ocio (transporte, limitaciones físicas, falta de medios económicos...) a través del entrenamiento en habilidades y la adaptación ambiental y de la tarea.”..

Referencia: Pieris, Ivonne; Craik, Christine. Factors enabling and Hindering Participation in Leisure for People with Mental Health Problems. BJOT June 2004 67 (6)

...”Las personas con esquizofrenia participaban principalmente en formas de ocio pasivas. Esto, además de tener consecuencias a nivel físico, estimulaba el

aburrimiento, no permitía el uso equilibrado de las capacidades y habilidades de la persona y pueden no apoyar el desarrollo de competencias que el ocio activo hace. Además los estilos de vida dominados por ocio pasivo pueden no fomentar ni la inclusión social ni la recuperación, en el sentido de redescubrir la identidad que hay más allá del "enfermo mental". El apoyo por parte del Terapeuta Ocupacional a la hora de explorar y poner en práctica nuevas actividades de ocio, mediante la selección y adaptación de la actividad y el entorno, demostró ser la estrategia de intervención más eficaz"...

Referencias: Shimitras, Leah; Fossey, Ellie. Time use of people living with schizophrenia in a North London Catchment area. BJOT Feb 2003 66 (2)

Pieris, Ivonne, Craik, Christine. Factors enabling and Hindering Participation in Leisure for People with Mental Health Problems. BJOT June 2004 67 (6)

3.4.3 EVALUACIÓN

De acuerdo con la Terapeuta Ocupacional Winnie Dunn (1987) el proceso de evaluación de ocio puede ser clasificado en tres categorías: inventarios de actividades, medidas de la realización conductual o instrumentos creados o ideados según las necesidades del servicio.

Evaluaciones de ocio estandarizadas que usan los terapeutas ocupacionales:

- Historia del Rol Ocupacional (Florey y Michelman,1982)
- Marco de referencia de ocio para Terapia Ocupacional (Söderback y Hammarlund) . Se utiliza para guiar la evaluación e intervención en ocio desde Terapia Ocupacional. Las dimensiones son tiempo, motivación intrínseca, elección libre de las actividades de ocio, capacidad, estructura del ambiente social y cultural, actividades de ocio, metas y las influencias en rol de ocio y en la conducta.
- Inventario de Intereses de ocupaciones de ocio (Stein y Cutler, 1997).
- Listado de Intereses (Matsutsuyu, 1969)

- Configuraciones del tiempo.
- Cuestionario Ocupacional (Riopel,1981; Mundo, 1986)
- Entrevista Histórica del Funcionamiento Ocupacional (OPHI-II) (Kielhofner,G; Mallison, T,)
- Autoevaluación del funcionamiento ocupacional (AFO) Baron Curtin 1990)
- Pie de Vida (Mac Dowell, 1976)
- The Leisure competence measure (Kloseck, Crilly Ellis &Lammers, 1996)
- Leisure diagnostic Battery (Ellis&witt)
- Leisure Satisfaction Questionnaire (Beard&Ragheb, 1980)
- The Activity Index (Gregory, 1983)

3.4.4 INTERVENCIÓN

La intervención en el Ocio en Terapia Ocupacional pretende conseguir principalmente dos objetivos:

- Equilibrio en actividades significativas en la vida cotidiana.
- Explorar las limitaciones y ayudar a elegir opciones realistas y adecuadas para el ocio.

En la práctica, la intervención puede consistir en adaptar las actividades de ocio o el ambiente en el que son practicadas, ayudar a la persona a aprender una nueva actividad de ocio, y/o utilizar actividades de ocio como medio terapéutico.

Loree A. Primeau, defiende que la intervención de ocio desde Terapia Ocupacional podía realizarse considerando el ocio como:

- Estímulo: Como estímulo, las actividades de ocio motivan a los individuos a participar en actividades terapéuticas.
- Recompensa: Como recompensas, refuerzan la participación de la persona en la intervención.

- Reforzador: sobre todo cuando la participación en actividades de ocio específicas es la culminación de las sesiones de intervención en las que las personas planificaron y organizaron estas actividades.

- Medio: Se refiere a su uso en la intervención como modalidad terapéutica para lograr metas específicas de intervención. Los terapeutas lo emplean como medio para lograr el cambio en los factores y las habilidades de desempeño del individuo (que subyacen a todas las áreas de ocupación) y un área de ocupación específica el ocio. Diversos estudios indican que se emplea para lograr beneficios físicos, cognitivos, psicológicos, sociales y espirituales. Los profesionales de terapia ocupacional normalmente emplean actividades de ocio, por ej. Juegos, actividades creativas, etc.. para mejorar la destreza manual de sus clientes, incrementar su atención en la tarea, desarrollar sus habilidades sociales, o intensificar sus habilidades sociales o intensificar sus sentimientos de autoeficacia y autoestima.

- Fin: Los TO que intervienen directamente sobre el área de ocio lo hacen a través de los siguientes medios terapéuticos:

- A través del uso del resto de áreas de ocupación como medio de tratamiento.
- Enseñanza y educación acerca de nuevas técnicas, opciones de ocio en la comunidad, utilización de equipos adaptados, etc...
- Resolución de problemas: Identificar qué problemas interfieren en el desempeño de ocio y planificar soluciones.
- Asesoramiento en ocio: Ayudar a los individuos a determinar sus capacidades y sus habilidades para la participación en el ocio, mejorar sus habilidades según la necesidad y localizar los recursos comunitarios para el ocio y tener acceso a ellos.
- Diseño y modificación ambiental: El diseño y la modificación del ambiente es un método terapéutico por

medio del cual los terapeutas abordan factores contextuales (físicos, sociales, culturales, de actitud, organizativos) que facilitan o dificultan la participación adecuada de las persona en ocio en la vivienda, y la comunidad.

En definitiva, los terapeutas ocupacionales asesoran, coordinan, educan y colaboran con los pacientes y otras personas para eliminar barreras y moldear ambientes de apoyo que faciliten su acceso a oportunidades de ocio y su inclusión en ellas.

Los objetivos específicos de Terapia Ocupacional dentro de un programa de intervención en ocio son:

- Favorecer una actitud positiva y activa hacia las actividades de ocio.
- Facilitar la adquisición de roles relacionados con el ocio.
- Aumentar o mejorar las habilidades físicas, cognitivas y sociales, a través de la realización de actividades de ocio significativas.
- Posibilitar la realización de actividades de ocio significativas para la persona, a través de la evaluación e intervención sobre los factores intrínsecos e extrínsecos que influyen en la ocupación.
- Facilitar la exploración y búsqueda de nuevas actividades de ocio.
- Explorar y recoger la historia y expectativas futuras de ocio de la persona.
- Mejorar la capacidad de elección y sentimiento de control.
- Posibilitar el bienestar físico y psíquico a través del equilibrio ocupacional de la persona.
- Incorporar del ocio en su rutina diaria.
- Facilitar la socialización y participación en actividades sociales.
- Fomentar la ubicación en la comunidad y asunción de un rol activo.
- Suscitar el interés y la satisfacción con el tiempo libre y de ocio.
- Potenciar nuevos intereses a través del tiempo de ocio.

3.5. ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA.

3.2.1 INTRODUCCIÓN :

La Terapia ocupacional está especializada en ayudar a personas que presentan dificultades de funcionamiento en su vida diaria en las distintas áreas de ocupación (actividades de la vida básicas e instrumentales, trabajo, educación, juego, ocio y participación social).

La presencia de una disfunción puede requerir el aprendizaje de nuevas habilidades, un cambio en la tarea, o la creación de un ambiente adecuado con el que interaccionar.

El trabajo en la comunidad, ya sea en los distintos recursos comunitarios existentes o en el propio domicilio de la persona, es el lugar ideal de provisión de tratamiento para la Terapia ocupacional, ya que permite solucionar los problemas que se producen en las actividades de la vida diaria mediante la observación de los factores ambientales que fomentan o dificultan el funcionamiento y el reentrenamiento de habilidades en los contextos naturales en los que van a ser utilizadas.

Todo ello, con el fin de evitar los ingresos hospitalarios y posibilitar la permanencia en la comunidad con la mayor calidad de vida posible. La disciplina de Terapia Ocupacional se apoya en valores y creencias que resultan básicos para el cuidado comunitario, como son:

- *Ocupación:* La Terapia Ocupacional (TO) se centra principalmente en el valor de la ocupación para la salud de las personas, siendo ésta resultado de la interacción entre el individuo y el ambiente/es en los que se desenvuelve. El objetivo del TO es facilitar a las personas la satisfacción de sus necesidades ocupacionales y en última instancia, la independencia. Para ello, se analiza el patrón ocupacional, se identifican las áreas de mejora y se realiza un análisis de la actividad sobre la que se desea trabajar. A través de este análisis el TO es

capaz de adaptar la actividad a las características del individuo o establecer las ayudas necesarias para realizarla.

- *Independencia y Autonomía:* La Terapia ocupacional reconoce la individualidad de las personas. En este sentido, a la hora de establecer un plan de tratamiento, el Terapeuta ocupacional siempre valora y tiene en consideración las motivaciones de la persona, así como la valoración que hace de sí misma y de su control sobre las circunstancias que le rodean.

- *Entorno:* El entorno se considera un elemento determinante en el desempeño ocupacional, facilitando o inhibiendo el comportamiento ocupacional. La valoración e intervención de los entornos en los que se desenvuelve la persona supone un aspecto crucial para la terapia ocupacional, así como para el cuidado comunitario.

- *Persona:* Un individuo se considera una combinación de valores, creencias, habilidades, emociones y experiencias. El trabajo en la comunidad supone ayudar la persona en el desempeño de una variedad de roles, que también deben ser tenidos en cuenta en la intervención. La Terapia Ocupacional considera y ve a la persona desde un punto de vista holístico y global y por tanto analiza no sólo al individuo, sino también la actividad y situación en que se produce. Esto implica realizar una valoración global que incluye: la persona (habilidades motoras, percepción, pensamiento, motivaciones, creencias y experiencias pasadas), las tareas y actividades y el entorno y sistemas de apoyo.

- *Establecimiento de metas realistas:* La Terapia ocupacional tiene como objetivo el logro de un desempeño ocupacional satisfactorio y lo más autónomo posible, por lo que una de sus herramientas es la adaptación de las tareas a las capacidades y necesidades de la persona. Para ello evalúa a la persona y analiza la tarea y las habilidades necesarias para realizarla, dividiéndola así en pasos que el sujeto pueda lograr.

3.2.2 POR QUÉ EL TERAPEUTA OCUPACIONAL DEBE FORMAR PARTE DE LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

- La especialidad de TO proporciona una formación genérica (*que incluye conocimientos de Psicología, Psiquiatría, Actividades de la Vida Diaria, Actividades Ocupacionales Aplicadas,...*) que resulta relevante en la atención comunitaria a enfermos mentales crónicos.
- Las habilidades de la TO para evaluar de manera integral los componentes de la actuación (habilidades físicas, cognitivas, sociales y sensoriales), las áreas de desempeño (trabajo, ocio, AVDs básicas e instrumentales), y los contextos de actuación (entornos en los que el sujeto se desenvuelve), suponen un aspecto valioso en el trabajo comunitario.
- El énfasis de la TO en las actividades de la vida diaria, las habilidades para la vida autónoma y los resultados funcionales es un aspecto crucial y muy apropiado en el trabajo comunitario, ya que muchos clientes con enfermedad mental crónica tienen severos déficits en dichas áreas.
- La creencia de la TO de que la ocupación puede promover salud y bienestar, y el énfasis en la calidad de vida a través de un enfoque de colaboración también es fundamental en el trabajo comunitario.
- Los TO pueden ayudar a facilitar la continuación del cuidado desde la unidad de agudos a la comunidad, trabajando las habilidades necesarias para manejarse de manera autónoma en la comunidad, así como para ayudar en la reintegración al trabajo a personas con dificultades cognitivas o físicas. Están particularmente preparados para detectar las barreras para la recuperación.
- En Gran Bretaña, EEUU y Canadá, los TO actúan como gestores de casos en personas con trastornos del desarrollo y con enfermedad mental en equipos en los que los servicios sanitarios y sociales están integrados. También proporcionan gestión de casos en equipos de atención comunitaria y equipos de atención primaria.

3.2.3 CONTRIBUCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL A LAS DISTINTAS ÁREAS DE ACTUACIÓN EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

⇒ Salud Física:

El conocimiento y formación de la TO en aspectos físicos de la enfermedad es un aspecto importante a la hora de ayudar a las personas con TMG a satisfacer sus necesidades de salud física.

⇒ Salud Mental:

Resultan especialmente importantes las habilidades del Terapeuta ocupacional para la observación del comportamiento. De este modo, es posible detectar pequeños cambios conductuales que pueden indicar una crisis.

La formación en Psiquiatría resulta útil a la hora de asesorar cómo manejar síntomas en el día a día, controlar su interferencia en las AVDs (Educación sobre su enfermedad y sobre cómo tomar la medicación, adiestramiento en el uso de ayudas para facilitar esto último)

⇒ Educativo/Vocacional:

Los servicios dentro de esta área son tradicionales dentro de la TO y van desde el entrenamiento prevocacional, los talleres protegidos, programas de transición al empleo, voluntariado, apoyo al empleo normalizado, etc.

Para asegurar que las derivaciones son realistas, la TO contribuye a evaluar las habilidades laborales del cliente, sus comportamientos y hábitos.

La formación de Terapia ocupacional en salud mental, así como del impacto de las distintas patologías en el funcionamiento diario, resulta de gran ayuda a la hora de comprender a la persona y su disfunción en el rol productivo. Los modelos de investigación y práctica de la terapia ocupacional son los que guían la evaluación de los temas de desempeño ocupacional. Esta evaluación nos permite ofrecer soluciones únicas a los temas laborales que incluyen al trabajador (persona), al lugar de trabajo (ambiente) y el trabajo en sí (ocupación).

Algunos ejemplos de intervención de TO en esta área son: Enseñanza de habilidades de manejo del tiempo, Programas de entrenamiento progresivo

para el empleo, ergonomía, búsqueda de empleo, Análisis y adaptación del puesto de trabajo...

⇒ Ocio/Social:

El repertorio de evaluaciones sociales y de ocio de TO puede ayudar a identificar el nivel de habilidad en estas áreas.

El T.O. puede también asesorar sobre las actividades de ocio más adecuadas para el sujeto, así como las adaptaciones necesarias para que pueda realizarlas de manera autónoma.

⇒ Familia/Paternidad:

Aquí, resulta especialmente interesante el conocimiento de la TO de los roles y la adaptación a ellos. Las habilidades del TO en el análisis de la actividad, graduación, adaptación y simplificación del trabajo pueden ser utilizadas para ayudar a las familias a diseñar actividades significativas que mantengan los roles familiares de la persona con enfermedad mental.

La evaluación del ambiente y nuestra habilidad para establecer las modificaciones oportunas son útiles a la hora de ayudar a las familias a mantener ambientes en el hogar que apoyen pero no sean excesivamente estimulantes. Nuestra habilidad para afrontar los efectos funcionales de la enfermedad puede facilitar el desarrollo de la familia de expectativas realistas acerca de su familiar con enfermedad mental.

El conocimiento por parte del TO del desarrollo normal del niño puede ser útil a la hora de ayudar al padre con EMG a comprender y educar a su hijo.

⇒ Vivienda:

La aportación del terapeuta ocupacional va encaminada a:

- Evaluar las demandas ambientales y las habilidades del individuo para vivir solo.

- Enseñar las habilidades de manejo del hogar que necesite de manera individual o en grupo.
- Desarrollo de habilidades de asertividad y sociales para tratar con compañeros de piso y caseros.

⇒ Finanzas:

La aportación del terapeuta ocupacional va encaminada a:

- Evaluar las habilidades de manejo de dinero.
- Enseñanza de habilidades de manejo de dinero, elaboración de presupuestos y administración de ingresos, realización de gestiones bancarias, etc. a nivel individual o en grupo.

⇒ Actividades de la vida diaria:

En esta área es especialmente relevante el conocimiento que la terapia ocupacional tiene de la complejidad de las habilidades subyacentes necesarias para llevar a cabo estas actividades. Su aportación se centraría en:

- Evaluación y modificación ambiental, análisis de la actividad, la adaptación, graduación y simplificación del trabajo.
- Conocimiento de los recursos de la comunidad.

4.- PRESENCIA DE LA FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN PLANES DE RHB PSICOSOCIAL DE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Dados el paradigma y la filosofía de la Terapia Ocupacional, el Terapeuta Ocupacional se perfila como un agente adecuado dentro de la rehabilitación psicosocial.

Así la figura del Terapeuta Ocupacional aparece reflejada en diversos documentos sobre Atención Psicosocial a Enfermos Mentales Graves de otras Comunidades Autónomas, según la revisión que se efectuó en septiembre de 2005:

• **ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS EN ESPAÑA: UNA VISIÓN CRÍTICA. Diana Molina. PSICÓLOGA DE ACITLP. REVISTA SIN LÍMITE.**

En cuanto a las políticas económicas que han condicionado la creación de los servicios comunitarios nombrados anteriormente, el autor proporciona datos absolutamente esclarecedores aportados por el Catedrático de Psiquiatría de la Universidad De Cantabria, José Luis Vázquez-Barquero (2001), donde compara el número de profesionales destinados ala salud mental por cada cien mil habitantes en España y en los países más avanzados de la Unión Europea:

	ESPAÑA	UNIÓN EUROPEA
Psiquiatras	5,5	15
Psicólogos	2,7	20
Enfermeros psiquiátricos	5,8	50
Terapeutas Ocupacionales	0,5	20
Asistentes sociales	1,3	10

En esta relación hay aspectos relevantes a comentar:

En tercer lugar el número de enfermeros psiquiátricos, asistentes sociales y, muy especialmente, **terapeutas ocupacionales** (recursos básicos en la integración psicosocial de las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas) es prácticamente testimonial en España.

• **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE: REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.**

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (IMERSO). MADRID, 10 DE SEPTIEMBRE DE 2003.

Punto 5.5. Los profesionales de la Rehabilitación Psicosocial:

...“Entre las disciplinas implicadas en la rehabilitación psicosocial destacamos: la psiquiatría, la psicología, la **terapia ocupacional**, el trabajo social, la educación social y la enfermería psiquiátrica”..

Punto 6. Formación y reciclaje de los Profesionales y de la Comunidad:

...“En relación a los profesionales:

- La presencia de asignaturas relacionadas con la rehabilitación y la integración social de las personas con TMG en la formación de pregrado (medicina, enfermería, psicología, **terapia ocupacional**, trabajo social, educación social...).
- Facilitar a través de las universidades, el Periodo de Prácticas para alumnos que cursan diplomaturas y licenciaturas que guarden relación con la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave, tales como Medicina, Psicología, Pedagogía, **Terapia Ocupacional**, Enfermería, Trabajo Social, Educación Social, etc”...

Anexo 1. Unidades de Salud Mental: Programa de Rehabilitación y Seguimiento de la Persona con TMG. :

...“El programa ha de contar con un equipo de profesionales asignado de forma total o parcial al mismo. Ha de ser multidisciplinar y contar con las siguientes figuras: Psiquiatra, **terapeuta ocupacional**, psicólogo, DUE y trabajador social (el número y la jornada estará determinada por el número de usuarios)”...

Anexo 2. *Hospital de Día o Unidad de Hospitalización Parcial:*

...“El HD ha de contar con un equipo multidisciplinar con las siguientes figuras profesionales: psiquiatra, psicólogo, DUE, **terapeuta ocupacional**, trabajador social y monitor/auxiliar psiquiátrico (el número y la jornada estará determinada por el número de usuarios)”...

Anexo 4. *Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación:*

...“La UHTR ha de contar con un equipo multidisciplinar con las siguientes figuras profesionales: psiquiatra, psicólogo, DUE, **terapeuta ocupacional**, trabajador social y monitor/auxiliar Psiquiátrico (el número y la Jornada estará determinada por el número de usuarios)”...

- HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD. CUADERNOS TÉCNICOS 4. MADRID 2000. AEN (*Asociación española de Neuropsiquiatría*)

4. Organización.

4.2. Organización y estructura de servicios.

En la tabla nº5, extraída de la Encuesta de Salud Mental de 1996, se exponen los ratios de profesionales por población en cada Comunidad Autónoma referidos al conjunto de la red. Hay tres comunidades en las que la Encuesta no proporciona datos por no tenerlos disponibles (tabla nº5)

4.2.6. Estimación de las Necesidades de Recursos.

En la tabla nº7, se recoge la estimación de necesidades de recursos de profesiones para un Centro de Salud Mental para una población de 100.000 hab. (tabla nº7)

- **EL OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL: ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA.** DICIEMBRE 2003. CUADERNOS TÉCNICOS 5. AEN (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA). (tabla nº8)

3. DATOS DE LA RED ASISTENCIAL.

3.1. Unidades / Centros de salud Mental.

3.1.1. Adultos.

Profesionales por 100.00 habitantes. Comparando los datos podemos resaltar que:

Terapeutas ocupacionales: Solo hay en Castilla la Mancha, Euskadi, Madrid y La Rioja.

3.1.2. Infanto-Juvenil.

En relación al número de profesionales de las Unidades/Centros de salud mental Infanto-Juvenil:

Terapeutas Ocupacionales: Solo hay en Andalucía con 0,12 por 100.000 habitantes.

3.2 Unidades de Hospitalización Breve.

3.2.1 Hospitalización Breve de Adultos.

Respecto a las profesiones:

Terapeuta Ocupacional: No hay ningún profesional en Aragón, Asturias, Baleares, Extremadura, Melilla, Navarra, La Rioja y Valencia (2002). El mayor número de profesionales está en Canarias con 1,65.

3.3. Hospitalización Parcial.

3.3.1. Hospitalización Parcial (Día) Adultos.

Profesionales por 100.000 habitantes.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Psiquiatras x 100.000 hab (*)	Psicólogos x 100.000 hab (*)	D.U.E x 100.000 hab (*)	T.S x 100.000 hab (*)	Aux. de Clínica x 100.000 hab (*)	Terapeutas Ocupacionales x 100.000 hab (*)	Total
Andalucía	4,6	2,2	4,9	1,4	8,6	0,2	24,4
Aragón	6,9	2,9	8,5	1,7	31,4	0,3	61,3
Asturias	5,2	2,4	10,4	1,6	20,8	0,2	52,6

Terapia ocupacional en rehabilitación psicosocial.

Baleares	4,8	4,0	6,4	1,2	28,8	0,1	59,9
Canarias	5,0	3,0	8,3	1,2	18,8	0,2	38,3
Cantabria	5,3	2,7	8,5	1,1	26,8	0,4	61,5
Castilla-La Mancha	3,9	3,7	7,4	1,5	20,0	1,2	40,3
Castilla y León	4,8	2,4	5,7	1,1	8,7	0,3	24,0
Cataluña							
Comunidad Valenciana	4,2	2,0	2,6	0,4	8,5	0,3	18,2
Extremadura	3,1	2,5	5,9	0,7	21,2	0,2	81,7
Galicia							
Madrid	6,4	3,0	6,2	1,6	7,8	0,8	29,5
Murcia	5,1	3,7	0,4	0,8	8,5	0,8	30,9
Navarra	6,1	4,6	10,1	3,4	49,6	1,9	94,4
Pais Vasco							
La Rioja	6,9	3,8	7,3	0,8	27,6	0,4	68,3
Total Estado	5,0	2,7	5,8	1,3	13,4	0,5	34,4

Tabla 5. Recursos humanos. (*) Datos recogidos del Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores 1996. Ministerio de Sanidad Consumo.

C.S.M	Psiquiatras/ 100.000 hab.	Psicólogos/ 100.000 hab.	Enfermeros/ 100.000 hab.	T. Sociales/ 100.000 hab.	Otros/ 100.000 hab.
Adultos	5	4	3	0,5	Aux. Adm. 2,5
Programa de Niños y Adolescentes	1,5	1	0,5	0,5	Logopeda 0,5
Programa de Psicogeriatría	1	0,5	0,5	0,5	T. Ocupacional 1
Programa de Rehabilitación y	0,5	0,5	3(*)	1	

Seguimiento					
Programa de Alcohol y Drogas	1	2	1	0,5	
Total Mínimo	9	8	8	3	
Total Optimo	12	11	10	3	

Tabla 7. Estimación de necesidades de profesionales en los C.S.M.

(*) Estimación realizada sobre la base de una prevalencia de 0,6 % de Trastornos mentales graves y crónicos, considerando que el 15% de los mismos necesitaría una atención específica y que un profesional puede ser responsable de 50 casos como máximo. Para poder desarrollar una atención domiciliaria más intensa estas cifras deben aumentar.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	D.U.E	TRABAJADOR SOCIAL	AUXILIAR CLÍNICA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	OTROS
ANDALUCÍA							
ARAGON	2	2	3	1	3	1,5	
ASTURIAS	2	1	5	1	20	6	
BALEARES	2	3	2	0,25			2,5
CANTABRIA							
CASTILLA LA MANCHA	4	3	4		3	4	2
CASTILLA LEON	3,5	2,5	4	1,5	4	1,5	0
CATALUNA							
EUSKADI							
GALICIA							
MADRID	14	10	12	1	2	7	
MELILLA							
NAVARRA	2	3,5	3	3	3	1	2

Tabla 8.

Según las profesiones:

Terapeutas Ocupacionales: No hay en Asturias. El mayor número está en la Rioja con 1,05.

5. PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL.

Terapeutas Ocupacionales: En la tabla 49 se presentan todos los terapeutas ocupacionales en las distintas CCAA, excepto en Cataluña y en Valencia donde no tenemos datos. En Castilla la Mancha es donde tienen el mayor número de Terapeutas Ocupacionales por 100.000 habitantes con el 1, 63.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TERAPEUTA OCUPACIONAL
ANDALUCIA	0,44
Aragón	1,20
Asturias	0,76
Baleares	0,46
Canarias	0,22
Cantabria	1,14
Castilla – la Mancha	1,63
Castilla – León	0,36
Cataluña	
Euskadi	0,86
Extremadura	0,84
Galicia	0,51
Madrid	1,12
Melilla	0
Murcia	0,67
Navarra	0,9
Rioja	1,41
Valencia (2002)	

Tabla 49: Total terapeutas ocupacionales x 100.000 habitantes

6. ANÁLISIS CUALITATIVO.

6.3. Profesionales.

Según las profesiones:

Terapeuta Ocupacional: La media de las CCAA (excepto Cataluña y Valencia) está en 0,78. En los datos, es demostrativa la incorporación progresiva de nuevas profesiones en todos los dispositivos de atención a la salud mental. Sobre todo se han ido incorporando **Terapeutas Ocupacionales** en las Unidades de Hospitalización Breve tanto de adultos como infantil.

• **REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO.**

SITUACIÓN ACTUAL Y RECOMENDACIONES. AEN (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA).

Apartado 3.2. Descripción de la Red de Recursos Específicos.

Punto 2. Hospital de Día.

...”Personal: Para un Hospital de Día tipo con una capacidad de 30 pacientes el número de profesionales necesario sería:

- 2 psiquiatras (1 por cada 15 pacientes)
- Un psicólogo
- Dos D.U.E
- **Un terapeuta Ocupacional**
- Un monitor Ocupacional
- Un trabajador social a tiempo parcial”....

Punto 3: Unidad Hospitalaria de Rehabilitación. Comunidades Terapéuticas.

..”Personal: La severidad de las situaciones objeto de tratamiento y la extrema flexibilidad de los abordajes derivada de la individualización de las intervenciones en función de objetivos personalizados desde el momento de la derivación, exigen, como condiciones generales:

- Una elevada proporción de profesionales en relación al número de pacientes.
- Una actitud y formación específicas del personal de la Unidad.

Para ello son necesarios como mínimo: (para 25-30 plazas)

- Dos psiquiatras
- Un psicólogo clínico
- Dos D.U.E
- **Un terapeuta ocupacional**
- Un trabajador social a media jornada
- Dos auxiliares de enfermería por turno”...

Punto 4: Centros de Rehabilitación Psicosocial y actividades de apoyo y soporte social (funciones de centro de día).

Centros de Rehabilitación Psicosocial.

...”Personal: El personal que se considera necesario para realizar y coordinar las actividades y programas que han de ofrecer los Centros de Rehabilitación Psicosocial, diariamente, de lunes a viernes en jornada partida de mañana y tarde, es el siguiente:

- Un Director/Coordinador
- 2/3 Psicólogos
- 1 Trabajador Social
- **1 Terapeuta Ocupacional**
- 2/3 Monitores/Educadores
- 1 Auxiliar Administrativo”...

Actividades de apoyo y soporte social (funciones de centro de día).

...”Personal: El dispositivo deberá contar con un personal compartido con otros programas de los Servicios de Salud Mental y/o Centro de Rehabilitación y con personal adscrito a tiempo total.

Tiempo parcial:

- 1 psicólogo
- 1 enfermero
- 1 trabajador social

Tiempo total:

- **1 terapeuta ocupacional**
- 2 monitores”...

Punto 5: Alternativas Residenciales Comunitarias.

Mini-Residencias.

...” Personal: Para el adecuado funcionamiento de una MR es necesario contar con un equipo multiprofesional, cuya composición mínima es la siguiente:

- 1 Director (psicólogo) a jornada completa
- **1 Terapeuta Ocupacional a jornada completa.**
- 10 Monitores-Educadores distribuidos en turnos de mañana, tarde y noche los 7 días de la semana.
- 1 Auxiliar Administrativo a jornada completa”...

Punto 6. Rehabilitación laboral e integración en el mundo del trabajo.

Centro de Rehabilitación Laboral (CRL).

Personal:

- 1 Psicólogo
- 1 Trabajador Social a tiempo parcial
- **1 Terapeuta Ocupacional**
- 1 Maestro de Taller por cada actividad polivalente de rehabilitación laboral.
- 1 Preparador Laboral.

Apartado 3.4. Intervenciones Terapéuticas propias de la Rehabilitación Psicosocial. Programas de Tratamiento Integral para la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico (TMS).

Punto 1. Intervenciones Terapéuticas. Actividades de la Vida Cotidiana:
...“Programas dirigidos a promover un funcionamiento independiente en la vida cotidiana. Incluyen entrenamiento en el manejo del dinero, tareas domésticas, autocuidados. Aunque a veces se equipara al entrenamiento e habilidades sociales, no es lo mismo, y pueden ser administradas por **terapeutas ocupacionales**”...

Apartado 4.2. Datos de recursos de rehabilitación en las diferentes comunidades autónomas.

Extremadura:

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial, que 4 de ellos son de 60 plazas cada uno y los 2 restantes 25 plazas cada uno, tienen la siguiente dotación:

- 1 Director técnico psicólogo
- 2 psicólogos
- **1 terapeuta ocupacional**
- 1 trabajador social
- 1/2 monitor
- 1 auxiliar administrativo.

Madrid:

Centros de Rehabilitación Psicosocial:

2 Centros de Rehabilitación Psicosocial pertenecen al Servicio Regional de Salud-Mental. Los 8 restantes (705 plazas) pertenecen a la Consejería de Servicios Sociales (Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica). La Plantilla de estos Centros de Rehabilitación Psicosocial (85-90 plazas cada uno) es la siguiente: un director (psicólogo), 2-3 psicólogos, 1

trabajador social, **1 terapeuta ocupacional**, 2-3 educadores y 1 auxiliar administrativo.

Miniresidencias:

Estas Miniresidencias cuentan con una plantilla formada por director/psicólogo, **1 terapeuta ocupacional** y educadores que cubrirán las 24 horas del día.

Baleares: Cuentan con **3 terapeutas ocupacionales** en Mallorca.

• **PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA (2003-2007). SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERIA DE SALUD.**

Punto II.4. Red de Servicios de Atención a la Salud Mental en Andalucía.

...“En Los dispositivos de mayor complejidad, se incorporarán otras categorías como **Terapeutas Ocupacionales** según las necesidades, con la finalidad de poder ofrecer una atención integral (bio-psico-social) a las personas que padecen cualquier problema de salud”...

• **PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL. PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.**

Punto 3.2 Principios de la Práctica Rehabilitadora. Equipo y Funciones:

....“Terapeutas Ocupacionales: Realización de los diferentes programas de rehabilitación laboral tanto en las unidades, como de enlace con los recursos laborales comunitarios”...

Punto 4.1. Los Programas de Rehabilitación en los Centros de Salud Mental Comunitario. Profesionales:

...“El Equipo encargado del Programa de atención al TMG constará al menos de un psiquiatra de referencia, psicólogo encargado de programas específicos de

rehabilitación, profesionales de enfermería (DUE y auxiliares de clínica), trabajador social y **terapeuta ocupacional**”...

Punto 4.2. *Subprograma de Dispositivos Específicos. Programa de Seguimiento de Casos (PSC). Apartado de Personal:*

El equipo de PSC deberá como mínimo contar con:

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Enfermeros/as
- Trabajador/a Social
- Auxiliares sanitarios en salud mental
- **Terapeuta Ocupacional**

• **PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010 DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. DEPARTAMENTO DE SALUD, CONSUMO Y SEGURIDAD SOCIAL. GOBIERNO DE ARAGÓN.**

III. Análisis de la situación de la Atención a la Salud Mental en Aragón.

Recursos Actuales.

Hospitales de Día:

Salvo el de Huesca, ubicado en dependencias anexas al Hospital Psiquiátrico Provincial Sagrado Corazón de Jesús, no se dispone de más hospitales de día psiquiátricos en la Comunidad Autónoma. Cuenta con los siguientes recursos humanos:

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo a tiempo parcial
- 2 ATS/DUE
- **1 terapeuta ocupacional a tiempo parcial**
- 1 trabajador social a tiempo parcial
- 3 auxiliares de clínica.

Hospitales Psiquiátricos.

Dado el número de camas y tipología de los pacientes (Tabla 8) muchos de estos hospitales están menos dotados en determinados recursos humanos, como en el caso de los **terapeutas ocupacionales** y de los psicólogos.

IV. Modelo de Atención a la Salud Mental en Aragón.

Líneas estratégicas.

Línea 7: Política de Calidad.

...“Además, los diferentes dispositivos de la red de Salud Mental deberán incluirse en la oferta formativa de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y en las prácticas regladas de enfermería, trabajador social y **terapeuta ocupacional**”...

V. Propuesta de Red de Salud Mental para Aragón.

Catálogo de Dispositivos.

Hospitales de Día. Equipo profesional.

..“Podrá recibir el apoyo de **terapeuta ocupacional** desde otros recursos de la Red de Salud Mental”..

Centros de Rehabilitación Psicosocial. Equipo profesional.

...“Deberá disponer de un equipo específico de profesionales de carácter multidisciplinar y su organización y actividades estarán coordinadas por un responsable facultativo. La plantilla estará compuesta, en un centro tipo de 40 plazas, como mínimo por:

- 1 Psiquiatra
- 1 Psicólogo clínico
- 1 ATS/DUE
- 1 Trabajador social
- **1 Terapeuta ocupacional**
- 2 Monitores de educación especial
- 1 Auxiliar administrativo...”

..” Se dispondrá en Zaragoza de un centro de rehabilitación psicosocial infanto-juvenil que atienda las necesidades de este grupo de edad y que incluya

la realización de programas conjuntos con la red de servicios sociales y educativos. Estará dotado del siguiente equipo profesional:

- 1 Psiquiatra o psicólogo clínico
- 1 ATS/DUE
- 1 Trabajador social con dedicación parcial
- **1 Terapeuta ocupacional**
- 1 Educadores/Monitores de educación especial
- 1 Auxiliar administrativo con dedicación parcial”...

Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia. Equipo profesional.

- 2 Psiquiatras (uno de ellos con funciones de coordinador)
- 1 Psicólogo clínico
- 2 ATS/DUE
- 1 Trabajador (con dedicación parcial)
- **1 Terapeuta ocupacional**
- 2 Auxiliares de enfermería
- 1 Auxiliar administrativo
- Otros: monitores, personal de oficios, mantenimiento, etc.

Unidades Residenciales-Rehabilitadoras de Larga Estancia. Equipo profesional.

Las necesidades de recursos humanos por cada 40 camas son:

- 1 Psiquiatra
- 1 Psicólogo clínico
- 5 ATS/DUE
- 1 Trabajador social
- **1 Terapeuta ocupacional**
- 8 Auxiliares de enfermería
- 1 Auxiliar administrativo
- Otros: monitores, personal de oficios, mantenimiento, etc.

Dispositivos de Inserción Socio-Laboral.

Centros Ocupacionales.

...“Son espacios terapéuticos que se establecen a través de actividades grupales de recreo, cultura, aprendizaje o para-laborales. Los objetivos básicos son la recuperación o el mantenimiento de habilidades y normas de convivencia y comunicación en grupo. El equipo técnico está formado por trabajador social a tiempo parcial, psicólogo-psicoterapeuta, **terapeuta ocupacional** y monitor”...

VI. Actuaciones Prioritarias.

Adecuación y Desarrollo de Recursos.

Centros de Rehabilitación de Psicosocial.

3. Recursos Humanos:

..“Completar los estándares profesionales de **terapeutas ocupacionales**:

- Área de Salud I: **0,5** para el centro de nueva creación propuesto en Monzón
- Área de Salud II: **1** para el centro de nueva creación propuesto
- Área de Salud III: **1** para el centro de nueva creación propuesto
- Área de Salud IV: **0,5** para el centro de Teruel
- Área de Salud V: **1** para el centro de nueva creación propuesto

Unidades Rehabilitadoras de Media Estancia.

3. Recursos Humanos.

....“Completar los estándares profesionales de **terapeutas ocupacionales**:

- Área de Salud I: **1**
- Área de Salud II y III: **1**
- Área de Salud IV: **1**

Unidades Residenciales-Rehabilitadoras de Larga Estancia.

3. Recursos Humanos.

...“Las plantillas procederán de los antiguos hospitales psiquiátricos con adecuados refuerzos en algunos profesionales: **terapeutas ocupacionales**, personal auxiliar, etc”...

Unidad de Trastornos Graves Refractarios.

...“Deberá dotarse de 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 2 ATS/DUE, **1 terapeuta ocupacional** y 4 auxiliares de clínica.”...

VI. Actuaciones prioritarias.

Elaboración de un Plan de Formación.

...“La orientación comunitaria y el énfasis en el seguimiento del enfermo mental grave y las actividades de rehabilitación exigen priorizar y desarrollar actividades dirigidas a la capacitación específica de profesionales de enfermería, trabajo social y **terapia ocupacional**; así mismo, el plan de formación se tendrá en cuenta las necesidades en materia de organización de centros y servicios y gestión clínica, calidad asistencial y metodología de investigación”.....

...“Para el apoyo de la formación continuada e todos los profesionales que trabajan en los programas asistenciales y especialmente para lo son incluidos en los sistemas MIR, PIR y EIR – trabajadores sociales, **terapeutas ocupacionales**, celadores y otros – se deben utilizar las Comisiones de Docencia de las Áreas de Salud en relación directa con la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias”...

• **PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA LA-MANCHA 2002-2004.
CONSEJERÍA DE SANIDAD. GOBIERNO DE CASTILLA-LA MANCHA.**

Líneas de Acción.

Línea de Acción 4. Red Regional de Dispositivos para la Atención a la Salud Mental.

4.2 Dispositivos de Salud Mental para el adulto y el anciano.

4.2.1 Unidad de Salud Mental (USM).

...“Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud Mental se tenderá a que cada área de salud disponga del siguiente personal distribuido en una o varias USM:

- 1 psiquiatra/12.500 hab. De 18 ó más años de edad.
- 1 psicólogo clínico/17.000 hab. De 18 ó más años de edad.
- 1 enfermero especialista en psiquiatría/25.000 hab. De 18 ó más años de edad.
- 1 trabajador social por cada USM.
- **1 terapeuta ocupacional/50.000 hab. De 18 ó más años.**
- 1 administrativo/50.000 hab. De 18 ó más años de edad.
- 1 auxiliar de enfermería/50.000 hab. De 18 ó más años de edad”..

4.2.4 Hospital de Día (H.D).

...“El H.D contará con 10 a 15 plazas/100.000 habitantes, con un máximo de 20-25 plazas por H.D”...“Precisa el siguiente personal:

- 1 psiquiatra.
- 1 psicólogo clínico
- **1 terapeuta ocupacional.**
- 1 trabajador social (compartido con otros dispositivos).
- 1 enfermero.
- 2 auxiliares de clínica.
- 1 auxiliar administrativo”....

4.3 Dispositivos de rehabilitación.

4.3.1 Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL).

...“Precisa del siguiente personal:

- 2 psicólogos clínicos.
- **1 terapeuta ocupacional.**
- 1 trabajador social.
- 3 educadores/monitores
- 1 administrativo”...

4.3.2 Unidad de Media Estancia (UME).

...."Cada módulo precisa del siguiente personal:

- 2 psiquiatras.
- 2 psicólogos clínicos.
- 1 trabajador social.
- **2 terapeutas ocupacionales.**
- Suficiente personal de enfermería y auxiliar.
- Personal de ocio, mantenimiento, etc"...

4.7 Dotación de la Red Regional de Dispositivos para la Atención a la Salud Mental.

4.7.3 Serán dispositivos de ámbito regional:

TOTAL CLM

Dispositivos

	Infanto Juveniles (*)	Unidad Salud Mental	Unidad Hospitalización Breve	Equipo Atención Drogodep.	HD	Centro Rehabilitación Psicosocial y Laboral	UME	Total
Psiquiatras	16	107	29	1	7	-	14	174
Psicólogos	17	77	14	9	7	40	14	178
Trabajadores Sociales (**)	7	11	7	6	5	20	6	60
DUE/ATS	17	53	66	9	7	-	62	214
Terapeutas Ocupacionales	-	25	-	-	7	20	16	68
Auxiliares de Clínica	14	25	132	-	14	60	124	369
Auxiliares Administrativos	8	25	7	9	7	20	8	84
Otros profesionales (***)	-	-	-	8	-	-	-	-

Tabla 16: Previsión de Recursos Humanos por Dispositivos en Castilla-La Mancha. Fuente: Consejería de Sanidad

(*) En Infanto-Juvenil se incluyen las Unidades de salud Mental Infanto-Juveniles y Los Hospitales de Día Infanto Juveniles.

(**) Los Trabajadores Sociales en Unidades de Salud Mental (adultos), Equipos de Atención a Drogodependencias y Hospitales de Día (adultos) son compartidos.

(***) Hace referencia a médicos con experiencia en drogodependencias

Línea de Acción 11.

Programa de formación en salud mental.

11.1 Formación de pregrado:

11.1.3.,” Se potenciará la especialidad de **terapeuta ocupacional**”...

- **ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA-LEÓN. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SOCIO SANITARIA. JUNTA DE CASTILLA-LEÓN.**

Mapa de recursos y dispositivos en salud mental.

Otros recursos.

Como anexo final al mapa de recursos, se presenta en la siguiente tabla la dotación de recursos humanos sanitarios en diferentes dispositivos.

	ESM	EPIJ	UHP	URP	CRP	HDP/PHP	Ratio(Nº p/100.000hab.)
Psiquiatras	83	10	34,5	12	--	3,5	5,74
Psicólogos	50	4,5	4,5	5,5	11,5	2,5	3,15
ATS/DUE	39,5	3	84	48,5	2	4	7,27
Trabajadores Sociales	14	--	5	6	3,5	1,5	1,20
Auxiliares de clínica	19	1	99	102	20,5	4	9,86
Terapeutas Ocupacionales	--	--	1,5	4	3	1,5	0,40
Total	205,5	18,5	228,5	178	40,5	17	27,63

Tabla 20. Recursos humanos de carácter sanitario en diferentes dispositivos de la Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Castilla y León.

- **PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA 2003-2007. SERVICIO DE ACCIÓN Y PROGRAMAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. DIRECCIÓN**

GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES. CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES. COMUNIDAD DE MADRID.

Punto III.6.. Programa de Formación e Investigación y Calidad.

III.6.2; *Descripción: definición y contenidos.*

...“Desarrollo de sistemas de formación pregrado: se establecerán acuerdos y convenios de colaboración con diferentes Universidades para facilitar la realización de prácticas de alumnos de diferentes titulaciones en los recursos del programa (psicología, trabajo social, educación social, **terapia ocupacional**, etc.)”...

III.6.3. *Objetivos de cobertura o desarrollo:*

...“ Desarrollar sistemas de formación pregrado: se llevarán a cabo progresivamente convenios con las Universidades para que al finalizar el periodo del PLAN existan acuerdos de prácticas de formación pregrado en al menos las siguientes titulaciones: psicología, trabajo social, **terapia ocupacional** y educación social”...

III.6.4. *Calendario de implantación.*

...“Se irán implantando progresivamente las medidas señaladas de tal forma que se alcancen los objetivos anteriormente expuestos. Así al finalizar el periodo de vigencia de este PLAN habrá como mínimo:

- Encuestas anuales de necesidades de formación.
- Programa de formación continuada anual.
- Un título propio del campo de la rehabilitación psicosocial y atención social.
- Un centro de rehabilitación psicosocial y atención social.
- Un centro de rehabilitación psicosocial acreditado en cada una de las áreas acreditadas para la formación especializada PIR y MIR.
- Alumnos en prácticas pregrado de psicología, **terapia ocupacional**, trabajo social y educación social.

- Propuesta y desarrollo anual de líneas de investigación.
- Una publicación anual.
- Todos los centros y recursos del Plan desarrollando un modelo de gestión de calidad bajo el estándar EFQM."....

• **DOCUMENTO TÉCNICO 6: ORGANIZACIÓN, FUNCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA.**

Punto 6.2: Programa de rehabilitación ocupacional y laboral (R.O.L). Equipo de rehabilitación ocupacional y laboral:

..."Este equipo estará formado por personal de la Unidad de Rehabilitación dedicado a la planificación, organización y ejecución de los programas individualizados de Rehabilitación en sus aspectos ocupacionales y laborales"...

..."Los profesionales necesarios para llevar a cabo este programa serán:

- Trabajador Social
- Psicólogo
- **Terapeuta Ocupacional (Coordinador de los talleres)**
- Abogado asesor (a tiempo parcial)
- Monitores
- Otros"...

• **PLAN DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA 1999-2001.GUÍA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL. GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PSICOSOCIAL. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO.**

Punto 6. Programas.

6.4. :Programas de alternativas residenciales.

Dispositivos residenciales.

G) Unidades Residenciales.

1. Estancias cortas y transitorias (media estancia).

...“Personal técnico:Para un total de 50 camas, proponemos la siguiente plantilla de técnicos:

- 16 auxiliares de clínica
- 6 ATS/DUE
- **2 terapeutas ocupacionales**
- 1 trabajador social
- 1 psicólogo
- 2 psiquiatras”...

2. Estancias prolongadas.

...“Actividades: Se prestará atención integral, vivienda, comida, aspectos sociales, organización de ocio y tiempo libre, actividades de enfermería básica, atención médica, apoyo psicológico, psiquiátrico o rehabilitador, **terapia ocupacional**, fisioterapia, podología, etc., entre otros.”...

AGRADECIMIENTOS

Al Grupo de trabajo de Terapeutas Ocupacionales pertenecientes al Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica, perteneciente a la consejería de Familia y asuntos sociales de la comunidad de Madrid. Subequipo de Rehabilitación Laboral.

- D^a. Almudena Cuadrado. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral “Hortaleza”.
- D. Manuel Santísimo Sacramento. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral “Getafe”.

- D^a. Esther Franco Baguer. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral "Retiro".
- D^a. Maite San Bernardo. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida."
- D^a. Laura Balugo Huertas. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral "Carabanchel".
- D. Óscar Sanchez Rodríguez. Terapeuta Ocupacional. Centro de Rehabilitación Laboral "Vázquez de Mella".

Elaboraron el documento "Funciones del Terapeuta Ocupacional en el Equipo de Formación y Apoyo Laboral y en el Centro Ocupacional" que forma parte de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEN. Hacia una Atención Comunitaria de Salud Mental de Calidad. Cuadernos Técnicos 4. Madrid 2002.
2. AEN. Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones. AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría).
3. AEN . El Observatorio de Salud Mental. Análisis de los recursos de Salud Mental en España. Diciembre de 2003.
4. Bellido Mainar, J.R.; Berrueta Maeztu, L.M.; Ariñez Merchán, I. La aportación de la Terapia Ocupacional en el abordaje de la funcionalidad del trastorno de la personalidad. TOG (A Coruña), Número 1, Diciembre de 2004. www.revistatog.org
5. Christiansen Ch, Baum C. Occupational Therapy: Overcoming human performance deficits. Ed Slack. 1991.
6. Creek J. Occupational Therapy and Mental Health Ed. Churchill Livingstone, 1990
- 7.- Crepeau E, Cohn E, Shell B. Terapia Ocupacional Willard & Spackman. 10ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003.
- 8.- Crouch R, Alers V. Occupational Therapy in psychiatry and Mental Health. 4ª ed. London.: John Wiley & Sons Inc; 2005.
- 9.- Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y Práctica. Barcelona: Masson; 1998.
10. Early MB. Mental Health Concepts and Techniques. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott – Raven; 1996.
11. Finlay L. The Practice of psychosocial Occupational Therapy. 2ª ed. Cheltenham. Stanley Thornes pub; 1997.
12. Fleming Cottrell R. Clinical Case Management: Expanding the Role of the occupational Therapist in Mental Health Practice. In: Amy E. Drummond. Proactive approaches in psychosocial occupational therapy. USA: Slack, 2000. p. 265-280.
13. Gª-Margallo P, San Juan M, Jonquera S, Navas I. El Análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional. Madrid: AYTONA; 2005.
- 14.- Guzmán Lozano S, Herrera Porras P, Umbert S. Organización e intervención de programas de rehabilitación y reinserción en el ámbito hospitalario. En: I Jornadas de Terapia ocupacional en salud mental de Cataluña
15. Hodgson S, Lloyd C. The leisure participation of Clients with a Dual Diagnosis. BJOT. 2001. 64 (19). 487-492.
- 16.- Hopkins HL, Smith HD. Terapia Ocupacional (Willard/Spackman). 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1998.
- 17.- Junta de Castilla-León. Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León 2003- 2007. Valladolid. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienes Social, Dirección General de Planificación Sociosanitaria. 2003.
- 18.- Kannenberg K. Occupational Therapy practice guidelines for adults with schizophrenia. 3ª ed. USA: The American Occupational Therapy Association; 2001
- 19.- Banegas J, Rodriguez F, Graciana A. Interacción de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas. Rev Esp Salud Pub. 76(1). 1-5
- 20.- Moruno Miralles P, Romero Ayuso D. Actividades de la Vida diaria. Barcelona: Masson; 2006.
- 21.- Pieris I, Craik C. Factors enabling and Hindering Participation in Leisure for People with Mental Health Problems. BJOT. 2004; 67(6).240-247.
- 22.- Comunidad de Madrid. Plan de Atención Sociosanitaria a Personas con Enfermedades Mental Grave y Crónica

- 2003-2007. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Servicio de Acción y Programas para Personas con Discapacidad. Dirección general de Servicios Sociales; 2003
23. Comunidad de Castilla-La Mancha. Plan de Salud Mental de Castilla- La Mancha 2002-2004. Toledo. Gobierno de Castilla La Mancha, Consejería de Sanidad. 2002
- 24.- Comunidad Autónoma de Murcia. Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia 1999-2001: Guía de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en salud Mental. Guía para la organización, funcionamiento y evaluación de programas de rehabilitación y reinserción psicosocial. Murcia. Comunidad Autónoma de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo. 2000.
- 25.- Comunidad Autónoma de Aragón. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la comunidad autónoma de Aragón. Zaragoza. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud, Consumo y Seguridad Social. 2002.
- 26.- Comunidad autónoma de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. 2003.
- 27.- Polonio B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001
- 28.- Comunidad Autónoma de Aragón. Plan Estratégico de Salud Mental: Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en salud Mental. 2002-2010. Zaragoza. Comunidad Autónoma de Aragón, Servicio Aragonés de Salud. 2003.
- 29.- Hospital General de Cataluña. Difusión: Unidad TLP del Hospital General de Cataluña. Revista Sin Límite. 2006. (15). [6-13]. Fundación ACI-TLP. Disponible en: <http://www.sin-limite.net/portal/library/Acai-nro15-Nov06.pdf>
- 30.- Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
- 31.- Shimitras L, Fossey E. Time use of people living with schizophrenia in a North London Catchment area. BJOT. Feb 2003; 66 (2): 46-54.
- 32.- Círez Garayoa I, Gracia Franco A, Barbero Tamayo S. Terapia Ocupacional. Pamplona: APTONA; 2004.
- 33.- Varios autores. Documento de consenso sobre rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. [Monografía en Internet]. Madrid: IMSERSO; 2003 [20/05/2005]. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F1/ACT13625/Docconsenso.pdf>
- 34.- Varios autores. Organización, función y evaluación de programas de rehabilitación y reinserción psicosocial. Documento Técnico 6. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Comunidad Autónoma de Murcia.