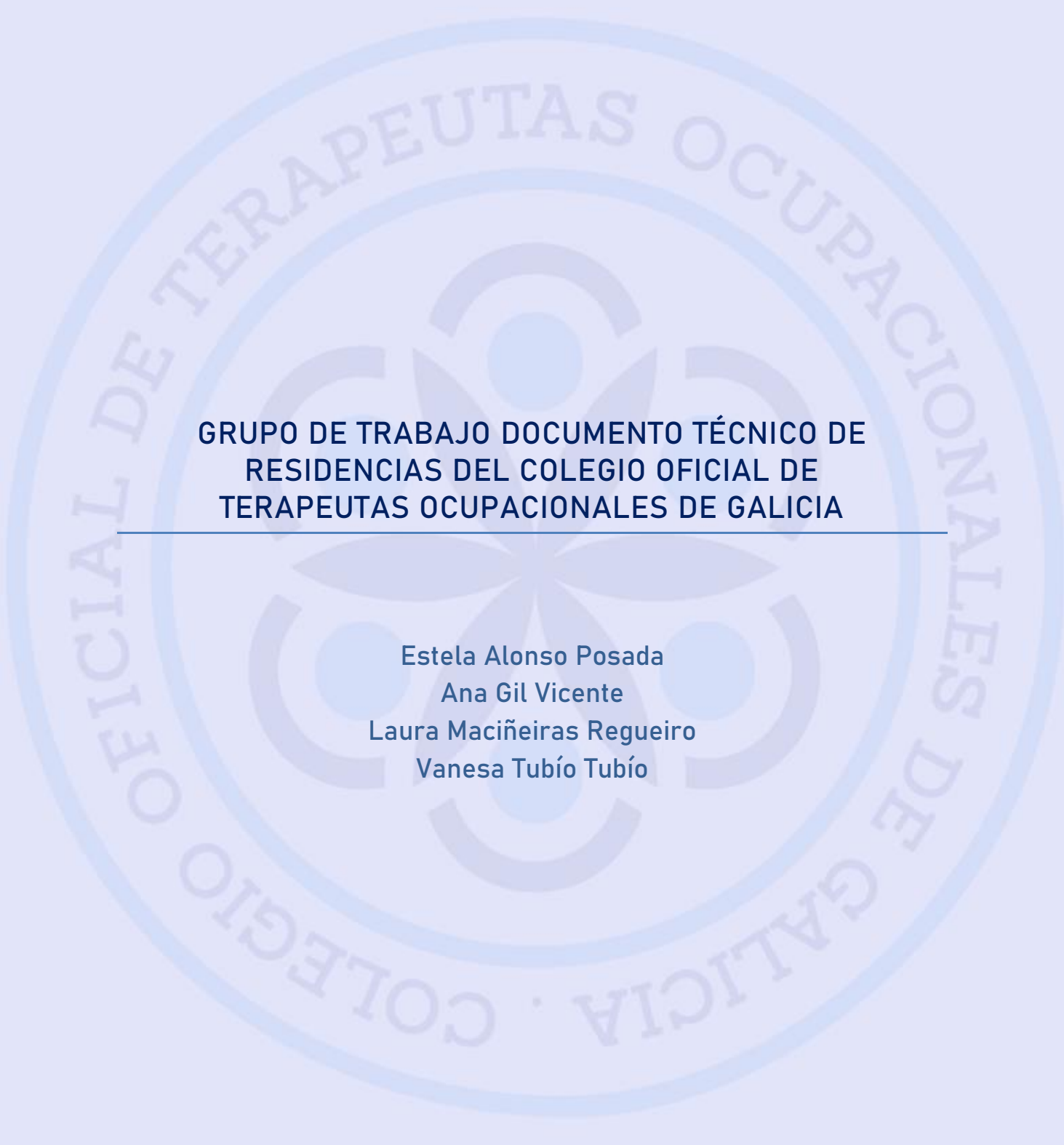




Documento técnico sobre la situación actual de la Terapia Ocupacional en centros residenciales para personas mayores de Galicia

Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia

The background features a large, light blue circular logo. The outer ring contains the text 'COLEGIO OFICIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE GALICIA' in a serif font. The inner part of the logo is a stylized emblem with a central figure and symmetrical floral or leaf-like shapes.

**GRUPO DE TRABAJO DOCUMENTO TÉCNICO DE
RESIDENCIAS DEL COLEGIO OFICIAL DE
TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE GALICIA**

**Estela Alonso Posada
Ana Gil Vicente
Laura Maciñeiras Regueiro
Vanessa Tubío Tubío**



Contenido

1. La Terapia Ocupacional	4
2. Terapia ocupacional en centros de mayores	7
2.1. Finalidad terapéutica de los centros residenciales	7
2.2. Cambio de visión, cambio de Modelo	8
3. Normativas y regulación de personal en centros residenciales	12
3.1. Normativa en Galicia	12
3.2. Normativas en el resto de España	14
4. La realidad de la terapia ocupacional en los centros residenciales de Galicia	15
5. Consideraciones finales	18
6. Referencias	21

La Terapia Ocupacional (TO) es una profesión sociosanitaria, regulada por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003 de 21 de noviembre) que recoge en su artículo 7 el perfil profesional del/la TO definiéndose como:

Diplomado/a Universitario/a en Terapia Ocupacional a quien corresponde la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.

Es, por tanto, una disciplina sociosanitaria que, a través de la valoración de las capacidades y dificultades motoras, sensoriales, cognitivas y sociales de la persona, interviene para alcanzar el mayor grado de autonomía posible en su vida diaria. Contribuye a la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud, la restauración de la función, la adaptación a las condiciones de discapacidad, y la reincorporación social y productiva.

La TO utiliza como medio terapéutico la actividad significativa o propositiva (ocupación) dirigida y programada con un fin preventivo o terapéutico. La ocupación *es la actividad principal del ser humano en todas sus vertientes, fruto de un proceso evolutivo que culmina en el desarrollo de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales* (Kielhofner, 1992). La TO estudia la ocupación de las personas en las áreas de autocuidado/automantenimiento, productividad y ocio, tiempo libre y juego (Hooper 2002, Cruz 2002).

Según el Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), del que España es miembro, los objetivos genéricos perseguidos en la práctica de la Terapia Ocupacional son:

- La prevención de la discapacidad
- La promoción de la salud
- La consecución de niveles máximos u óptimos de funcionamiento, en aquellas personas en que este alterado o limitado por una lesión,

enfermedad física o mental, una condición de disfuncionalidad, una alteración en el desarrollo o aprendizaje o unas condiciones contextuales adversas.

La terapia ocupacional se fundamenta en el uso de la actividad como medio para conseguir la mejora de un componente en riesgo para la salud o como fin para lograr el objetivo inherente a dicha actividad es lo que conforma la base de la disciplina.

Para lograr la independencia funcional en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) desde terapia ocupacional se utilizan diferentes técnicas inherentes a la ejecución de dichas ocupaciones, a destacar entre otras: técnicas basadas en la rehabilitación física, en la rehabilitación cognitiva-conductual y técnicas basadas en la rehabilitación psicosocial. A continuación, se describen algunas de las funciones de la disciplina:

- Prestar servicio de terapia ocupacional en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud, la rehabilitación de la función, la compensación de la discapacidad y la reinserción, fomentando la autonomía en las Actividades de la Vida Diaria.
- Prescribir, diseñar y asesorar en nuevas tecnologías y productos de apoyo que faciliten la función, así como realizar su entrenamiento y posterior supervisión.
- Realizar la evaluación, el diseño, la aplicación y la adaptación de órtesis, prótesis y productos de apoyo, así como el entrenamiento en su utilización.
- Diseñar, proveer, dotar de actuaciones y/o adaptaciones que posibiliten la creación de un entorno accesible.
- Realizar adaptaciones del hogar, del trabajo, del puesto escolar y de su entorno más inmediato, cuando sea necesario, para que la persona logre su autonomía.
- Prescribir e implementar programas de terapia ocupacional que restauren la integración y competencia laboral; así como participar en programas de prevención de riesgos laborales.

- Informar y formar a las familias y/o personas que asistan al/la paciente.
- Utilizar la práctica basada en la evidencia y participar de manera activa en los diferentes niveles educativos dentro de la formación de grado, postgrado y continuada de grado de terapia ocupacional. Las/os terapeutas ocupacionales deberá asumir la responsabilidad del propio aprendizaje, buscando el acceso a la actualización de la especialización, investigación científica y docencia universitaria.
- Desarrollar investigaciones que demuestren el impacto de su práctica clínica.
- Coordinar sus actuaciones profesionales con las del resto de profesionales del equipo multidisciplinar en aras de garantizar el más completo y eficaz tratamiento.
- Realizar los pertinentes informes técnicos, clínicos, administrativos y legales necesarios que reflejen el proceso de terapia ocupacional.

Para comprender esta disciplina, es necesario profundizar en la importancia de la ocupación como actividad principal de la humanidad, a través de la que la persona controla y equilibra su vida. La ocupación hace referencia al conjunto de actividades y tareas de la vida cotidiana a las cuales la gente y las diferentes culturas dan nombre, estructura, valor y significado.

La ocupación es una necesidad fundamental de la persona. Las principales áreas ocupacionales de una persona son las Actividades de la Vida Diaria (AVD), el ocio y la actividad productiva, de forma que, al realizar sus ocupaciones, las personas interaccionan con el ambiente, desarrollando un comportamiento ocupacional determinado. El problema surge cuando se producen desequilibrios en las ocupaciones o fallan las habilidades necesarias para desempeñarlas (Ruiz, 2009).

El objetivo de la TO es ayudar a alcanzar de nuevo ese equilibrio entre sus ocupaciones, utilizando la actividad significativa como herramienta rehabilitadora para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función. El sentido de la actividad es que tenga un propósito y sea significativa o relevante para la

persona. Debe ser coherente con sus intereses, valores, roles, destrezas y entorno, capaz de incrementar la función y la satisfacción individual.

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) de la 54 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en mayo de 2001, además de establecerse un nuevo concepto de salud, se reconoce que la salud de una persona puede estar afectada tanto por alteraciones de las estructuras y funciones corporales (discapacidad), como por las limitaciones para llevar a cabo las actividades o las restricciones en la participación de la persona.

La base de la intervención de la TO es el uso de las actividades propositivas y se basa en un modelo de intervención preventiva y terapéutica (Cruz, 2002). El uso de la ocupación terapéutica es beneficioso debido al conocimiento por parte de las personas usuarias del significado de cada tarea ocupacional en las áreas de autocuidado/mantenimiento, productividad y ocio, tiempo libre y juego (Santos del Riego, 2006).

2.1. Finalidad terapéutica de los centros residenciales

El propósito general de los centros residenciales para personas mayores es promover la convivencia, la participación e integración social y la autorrealización de las personas mayores, por medio de la realización de actividades socioculturales y recreativas para la ocupación satisfactoria del tiempo libre y para la prevención de situaciones de riesgo, aislamiento y soledad (Alcántara, Ruiz y Moruno, 2010). En el mismo documento citado, se establecen una serie de objetivos generales de dichos centros:

- Favorecer la independencia y la autonomía personal.
- Dotar de un lugar de encuentro donde establecer vínculos sociales que faciliten la ampliación de las redes de apoyo social.
- Favorecer la satisfacción personal y el disfrute de la vida, por medio del desarrollo de actividades sociales y personales significativas.
- Favorecer el contacto social y el intercambio de experiencias.
- Ofrecer alternativas de ocio activo.
- Reforzar el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores, actuando desde un enfoque preventivo que promueva su bienestar, salud y calidad de vida, etc...

2.2. Cambio de visión, cambio de Modelo

En estos últimos años se observa un gran interés en los servicios gerontológicos de nuestro país hacia lo que se ha denominado la Atención Centrada en la Persona (ACP). Se opta por esta denominación como traducción del término Person-Centred Care (PCC), acuñado desde hace varias décadas y que está siendo utilizado en diversos campos de intervención (Martínez, 2013).

En los últimos años, los centros para personas mayores están evolucionando y cambiando el modelo de atención. Atrás comienzan a quedar los modelos médicos, la atención centrada en el servicio, en la enfermedad/discapacidad, para dar paso al acompañamiento, a la continuidad de los proyectos vitales, al

respeto por la dignidad y la toma de decisiones, a la atención centrada en la persona. Aunque a paso lento, los modelos de atención centrados en la persona, el *nada para la persona sin la persona*, irrumpen con fuerza en el sector, entendiendo la necesidad imperiosa de un cambio drástico que repercuta directamente en la calidad de vida de las personas institucionalizadas.

Pilar Rodríguez, presidenta de la Fundación Pilares para la autonomía personal, define la Atención Centrada en la Persona como aquella que promueve condiciones en ámbitos de calidad de vida y bienestar de la persona para mejorar, partiendo del respeto a la dignidad de los derechos, a los intereses y preferencias y contando con la participación efectiva de las personas; tratando de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, y al tiempo, poder desarrollar al máximo su autonomía personal para seguir llevando a cabo y controlando su propio proyecto de vida (Rodríguez, 2013).

En Galicia este giro en el modelo de atención también se ha tenido en cuenta en cuanto a sus centros de atención a personas mayores de titularidad pública, especialmente en los centros de día dependientes del Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar (CGSIB), en los que desde hace unos años se viene implementando tanto en los centros de gestión propia como en aquellos de gestión privada, además, el/la Terapeuta Ocupacional está considerado/a perfil prioritario en estos centros. Contrasta con la no prioridad ni obligación de dicho perfil en los centros residenciales, donde el mantenimiento de la autonomía, la continuidad del proyecto vital y la ocupación del tiempo es, si cabe, más relevante.

Viendo la definición de ACP y de TO, se entiende que toda intervención con personas mayores desde TO debería estar basada en los principios de ACP y viceversa; toda intervención basada en ACP está íntimamente relacionada con los principios de actuación de la TO.

A través de un Plan de Atención Individualizado (PAI) basado en el modelo ACP, la persona usuaria participa activamente en el establecimiento de sus objetivos que tendrán un carácter prioritario y serán parte importante de la intervención.

“A lo largo del proceso terapéutico, el/la terapeuta escuchará y respetará las necesidades de la persona usuaria y le ayudará en la toma de decisiones. El alcance de los objetivos favorecerá el bienestar de la persona, así como la satisfacción de sus necesidades a través del mantenimiento de roles o mediante ocupaciones significativas”. Son estas ocupaciones significativas las que permiten a la persona mejorar su calidad de vida, su bienestar y potenciar sus capacidades fomentando así (Hidalgo, 2020):

- Mejorar su nivel de independencia
- Garantizar su derecho de autonomía
- Disminuir las alteraciones conductuales
- Favorecer el bienestar emocional
- Mantener el nivel cognitivo
- Aumentar la interacción social con el entorno

Cuando nos adentramos en el conocimiento de este modelo, para un/una terapeuta ocupacional es inevitable no establecer un sinfín de similitudes con el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) desarrollado por Gary Kielhofner en 1995 y que representa un modelo propio. Una de las premisas principales es la importancia de los valores, deseos, intereses y autoconcepto de cada persona. Al igual que en el modelo de ACP, la persona usuaria se sitúa en el centro del proceso. Esta similitud en las bases establecidas por ambos modelos, sostiene nuevamente el perfil profesional de la TO como perfil imprescindible en ámbitos gerontológicos.

Así mismo, dentro de la idea de que la terapia ocupacional basa su intervención en que el ser humano es un ser ocupacional y que “la participación crea y afirma significado en la vida” (Kielhofner, 2006) se engloban los conceptos de privación, alienación y justicia ocupacional (Moruno y Fernández, 2012).

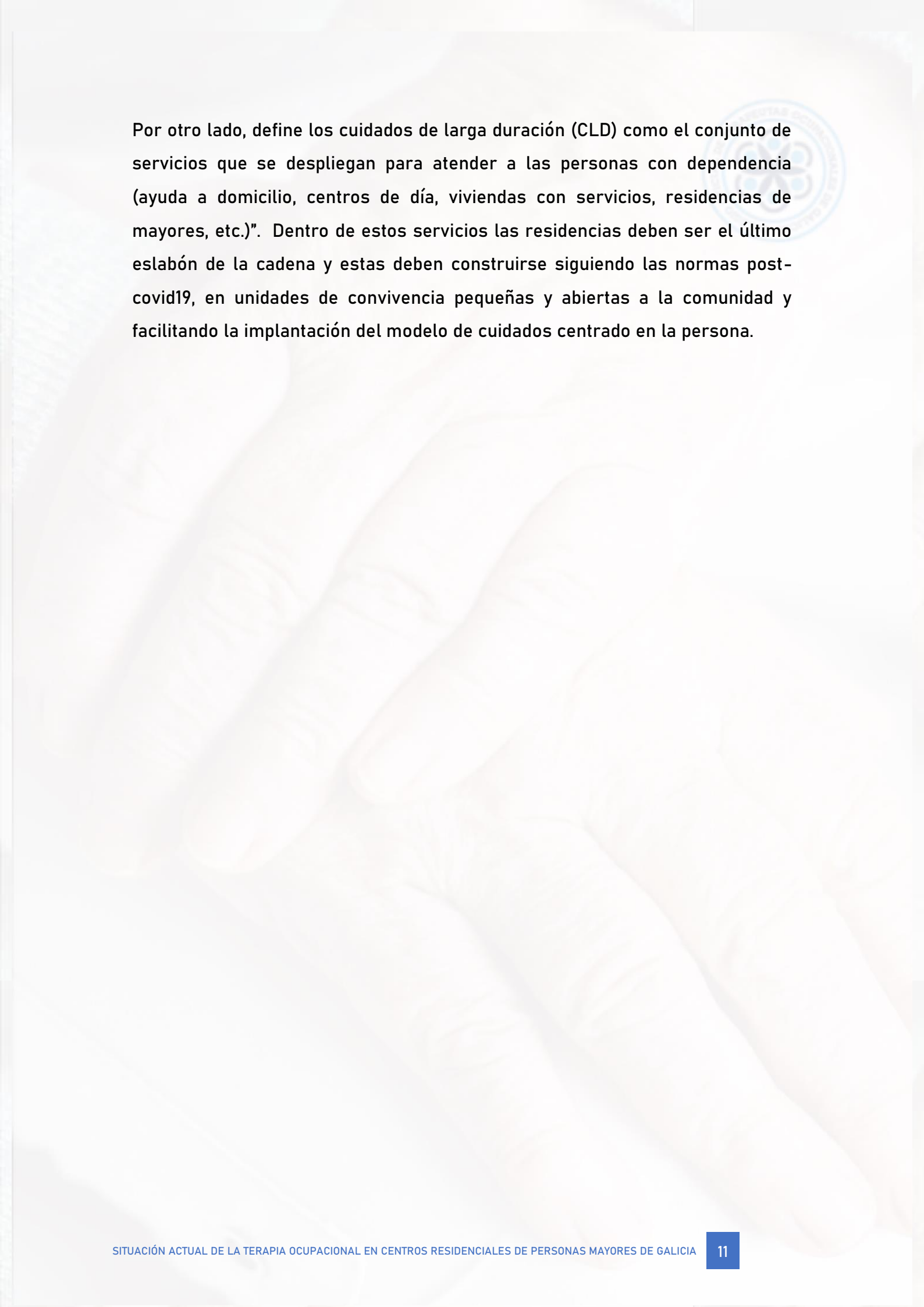
Las teorías sobre la Justicia Ocupacional mantienen que las personas cuentan con unas determinadas capacidades, necesidades y rutinas ocupacionales en el contexto de su entorno, y que por ello tienen derecho a ejercer dichas capacidades con el fin de promover y mantener su salud y calidad de vida (Stadnyk, Townsend y Wilcock, 2010).

La inclusión de la figura de los y las terapeutas ocupacionales como elemento indispensable dentro de los centros residenciales de mayores permite abordar de forma directa aquellas situaciones de privación ocupacional, donde existan “limitaciones en el desempeño de actividades, debidas a factores situacionales, del contexto inmediato del individuo”. Además, los conceptos de privación ocupacional y alienación ocupacional se entienden “como factores de riesgo para la salud y ligados al padecimiento de enfermedades”, lo que supone un claro ámbito de intervención de la TO (Moruno y Fernández, 2012).

Abordar esto en el entorno directo de la persona, situándola en el centro de la intervención como figura activa dentro de la rutina de sus actividades básicas, fomentando entornos significativos que favorezcan su desempeño que tendrá un impacto en la necesidad de ayuda y/o apoyos que necesite para desempeñar las ocupaciones de su vida diaria (Moruno y Fernández, 2012; Wilcock y Townsend, 1998). Entender la terapia ocupacional desde el enfoque de justicia ocupacional (Moruno y Fernández, 2012) reafirma la idea de que “aquellas comunidades e individuos que de algún modo vean (...) limitada (...) o restringida de cualquier forma su participación ocupacional verán afectada negativamente su salud y calidad de vida” (Wilcock y Townsend, 1998).

La Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME) y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG,2020) acaban de publicar en marzo de 2021 un manifiesto en el que ponen sobre la mesa la necesidad de plantear un nuevo modelo de cuidados de larga duración para nuestros mayores.

Este documento habla de “una mayoría de personas mayores de nuestra sociedad activas física, intelectual y socialmente y nos continúan ofreciendo ayuda, experiencia, conocimiento y valores”. Sin embargo, reconoce que, con el aumento de la edad, nos encontramos con un subgrupo de personas mayores que presentan diversas enfermedades y que pueden manifestar una situación de dependencia. Esta dependencia la describe como “un fenómeno dinámico, brusco o progresivo, y requiere la adaptación de las personas a los déficits que van surgiendo para mantener siempre el máximo grado de autonomía”.



Por otro lado, define los cuidados de larga duración (CLD) como el conjunto de servicios que se despliegan para atender a las personas con dependencia (ayuda a domicilio, centros de día, viviendas con servicios, residencias de mayores, etc.)". Dentro de estos servicios las residencias deben ser el último eslabón de la cadena y estas deben construirse siguiendo las normas post-covid19, en unidades de convivencia pequeñas y abiertas a la comunidad y facilitando la implantación del modelo de cuidados centrado en la persona.

3.1. Normativa en Galicia

Los requisitos de acreditación de centros residenciales para personas mayores difieren en cada autonomía. En Galicia está regulada por la Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores (modificación del 13 de abril de 2007)

En otras comunidades autónomas (CCAA) como Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla y León, La Rioja o Asturias, que especifican por normativa la obligatoriedad de contratación de un/una terapeuta ocupacional en función de número de personas usuarias de la residencia, o con un mínimo de horas semanales (dependiendo de la normativa de la Comunidad Autónoma).

En el caso de Galicia la normativa es poco específica en cuanto a las titulaciones requeridas tanto en atención directa como en los perfiles profesionales directivos, dejando a criterio de cada centro el personal de atención directa. Solo se regula la presencia de auxiliares de atención directa o gerocultores/as, personal médico y personal de enfermería. Así, podemos encontrar centros con una gran interdisciplinariedad, como otros en los que apenas hay profesionales especializados más allá de personal de enfermería, lo que repercute directamente en la calidad y servicios ofertados al usuario final, la persona mayor.

El decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste, de la Consellería de Trabajo y Bienestar de la Xunta, publicado en el DOG número 182 de 24 de Septiembre de 2013, y con revisión vigente de 1 de Enero de 2019 establece una serie de servicios que las personas con algún grado de dependencia reconocido tienen derecho a recibir. Según el Decreto, los servicios comunes de atención residencial y atención residencial terapéutica

están destinados a personas preferentemente con 60 años o más con dependencia grado II y III. Entre los servicios que se ofertan se encuentran la Terapia Ocupacional. También se recoge, dentro de la cartera de servicios específicos, el servicio de atención residencial terapéutica para personas dependientes con Alzheimer y, al igual que en los servicios comunes, se oferta específicamente la Terapia Ocupacional.

En el monográfico que elaboró y publicó la Consellería de Trabajo y Bienestar de la Xunta, se recogen una serie de servicios básicos y prestaciones que se dan en función de las diferentes carteras de servicios. Atendiendo al tema que nos ocupa, nos detendremos en el análisis de la sección 2.5 relativa a los *servicios de atención residencial*, y al punto *cartera de servicios para personas dependientes con Alzheimer*. En ambos casos, en el área de mantenimiento y rehabilitación se especifica, entre otras como estimulación cognitiva, o rehabilitación funcional, la terapia ocupacional como prestación de carácter básico del servicio. Asimismo, se recomienda una intensidad del servicio diaria.

3.2. Normativas en el resto de España

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG, 2020) publicó un estudio comparativo de las normativas de residencias para personas mayores en España, tanto estatal como de las 17 autonomías. En dicho documento se observa la gran variabilidad de criterios que las diferentes normativas recogen en materia de personal, siendo menos de 10 las autonomías en las que se hace referencia a las ratios de presencia de los perfiles profesionales de Educación Social, Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Psicología, Terapia Ocupacional y Trabajo Social, entre otros.

Si nos centramos más concretamente en la Terapia Ocupacional, son solamente 8 las comunidades autónomas que valoran la importancia del perfil del/la terapeuta ocupacional y, por tanto, hacen referencia en sus normativas a la necesidad de incluir esta figura en los equipos de atención en las residencias

de mayores. En la tabla 1 se incluye un resumen de dichas CCAA y su ratio de trabajadores de TO.

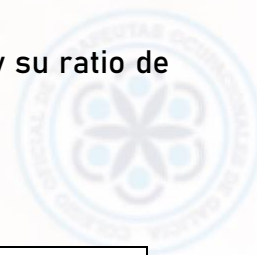


Tabla 1.

CCAA	RATIO
ANDALUCÍA	0.01
ARAGÓN	Un TO o Educador por cada 15 usuarios
ASTURIAS	TO, Monitor ocupacional y/o Animador Sociocultural; ratio: - 0.010 por cada usuario no dependiente - 0.012 por cada usuario Grado I - 0.014 por cada usuario Grado II - 0.015 por cada usuario Grado III
CASTILLA LA MANCHA	Personal específico en residencias que prestan servicio de estancias diurnas: un TO por cada 50 usuarios o fracción.
CASTILLA LEÓN	- Centros con menos de 50 usuarios, al menos 5 horas/semana. - Centros entre 50 y 100 usuarios, al menos 2 horas diarias. - Centros con más de 100 usuarios, 4 horas/día.
CATALUÑA	-Grado III: 9 horas año/persona usuaria. - Grado II: 5 horas año/persona usuaria.
LA RIOJA	-Nivel 1: 10horas/semana. - Nivel 2: 20h/semana. - Nivel 3 y 4: 40h/semana.
PAIS VASCO	-Grado 0 y I: 0.011 -Grado II y III: 0.011

Tabla1. Resumen por CCAA. Fuente: SEGG, 2020

Después de realizar un estudio de campo durante los meses de junio a diciembre de 2020, se han recogido una serie de datos que nos demuestran que la realidad dista mucho de lo anteriormente explicado. A través de llamadas telefónicas a los centros residenciales de mayores de Galicia, se han recogido datos de casi la totalidad de los recursos residenciales, de titularidad pública, iniciativa social y de carácter privado. En algunos casos, la recogida de información ha sido completada de acuerdo con los datos publicados en el Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales (RUEPSS). En concreto los datos a continuación analizados se recogieron de 257 centros residenciales de personas mayores de las 4 provincias gallegas, que albergan un total de 20 183 plazas:

- 71 de A Coruña (27.6%), 35 de ellas cuentan con la figura de terapeuta ocupacional.
- 37 de Lugo (14.4%), 25 de ellas cuentan con la figura de terapeuta ocupacional.
- 87 de Ourense (33.9%) 17 de ellas cuentan con la figura de terapeuta ocupacional.
- 62 de Pontevedra (24.1%), 18 de ellas cuentan con la figura de terapeuta ocupacional.

En cuanto al tipo de titularidad, se desprenden los siguientes datos:

Los centros de titularidad pública tienden a tener más terapeutas ocupacionales en sus equipos profesionales, siendo los de titularidad privada los que menos cuentan con este servicio. La excepción es Lugo, donde esta tendencia se invierte, siendo los centros de titularidad privada los que disponen de este perfil en un 91% de los centros, frente a un 60% en el caso de los centros de titularidad pública.



La provincia de Ourense es sin duda, aquella en la que los datos son menos esperanzadores, es la provincia donde más centros residenciales hay, sin embargo, es también la que menor representación de la profesión ostenta; Pudiendo deberse este hecho a la dispersión habitacional y de recursos gerontológicos, con tendencia a situarse en zonas más alejadas de núcleos urbanos.

	TITULARIDAD	Nº TOTAL RESIDENCIAS	SIN TO	CON TO	% CON TO
A CORUÑA	PÚBLICA	14	4	10	71,4
	INIC. SOCIAL	17	7	10	58,8
	PRIVADA	40	25	15	37,5
LUGO	PÚBLICA	10	4	6	60,0
	INIC. SOCIAL	16	7	9	56,3
	PRIVADA	11	1	10	90,9
OURENSE	PÚBLICA	26	19	7	26,9
	INIC. SOCIAL	39	31	8	20,5
	PRIVADA	21	19	2	9,5
PONTEVEDRA	PÚBLICA	11	7	4	36,4
	INIC. SOCIAL	16	10	6	37,5
	PRIVADA	35	27	8	22,9

Tabla 2. Centros con y sin TO en Galicia en función de la titularidad. Elaboración propia.

Sorprende negativamente que los centros con plazas financiadas no continúen con la tendencia anteriormente descrita, y los porcentajes de centros con este tipo de plazas públicas que disponen de servicio de terapia ocupacional se sitúen en torno al 35% en Galicia, cuando en los centros públicos el porcentaje es del 51%.

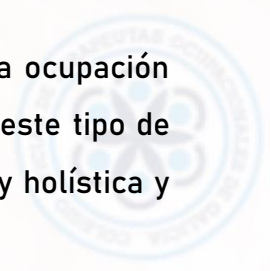
	TITULARIDAD	CENTROS CON PLAZAS FINANCIADAS	CON TO	% CON TO
A CORUÑA	INIC. SOCIAL	4	2	50
	PRIVADA	14	5	35,7
LUGO	INIC. SOCIAL	8	4	50
	PRIVADA	10	9	90,0
OURENSE	INIC. SOCIAL	23	3	13,0
	PRIVADA	1	0	0,0
PONTEVEDRA	INIC. SOCIAL	7	2	28,6
	PRIVADA	10	2	20,0

Tabla 3. Centros con plazas financiadas con y sin TO según titularidad. Elaboración propia.

La Terapia Ocupacional es una disciplina joven en muchos aspectos, lo que hace a la profesión, como se ha constatado en las llamadas de recogida de información, una gran desconocida, incluso en el ámbito gerontológico. Los resultados obtenidos en el estudio refuerzan el hecho de que la terapia ocupacional es una disciplina pendiente de instaurarse en los centros residenciales de forma globalizada, confundándose en ocasiones con otros perfiles profesionales.

Parece claro que los objetivos terapéuticos establecidos en los centros de mayores encajan en el currículo de la profesión, pudiendo considerarse la figura de la/el terapeuta ocupacional como uno de los perfiles más idóneos en este tipo de centros, ya que las actividades que las personas percibimos como significativas influyen directa y positivamente en el estado de salud y bienestar. Formativamente, la Terapia Ocupacional parte de una visión holística y humana de la intervención, a través de lo cotidiano, de la actividad significativa, que resulta de gran interés en el trabajo con personas mayores. Se considera que, tal como recoge la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, debe asegurarse el derecho de recibir ciertas terapias, y eso solo puede asegurarse regulando el funcionamiento y los perfiles profesionales en los recursos a la dependencia y, en concreto, en las residencias para personas mayores.

Por este motivo, se considera necesario revisar la normativa vigente, a fin de modificarla, ampliarla y poder asegurar la presencia de este perfil en todos los recursos residenciales para personas mayores, del mismo modo que se aseguran otro tipo de perfiles. Las residencias para personas mayores no son centros hospitalarios, de modo que no solo se debe regular la presencia de perfiles puramente sanitarios, sino que debemos ir más allá. Resulta evidente pensar que, ante el nuevo modelo de atención que se busca en este tipo de recursos, más humano, más significativo, más digno, etc. resulta de igual importancia el mantenimiento de la salud, pero no en su expresión más curativa,



sino como el mantenimiento de la autonomía, de la dignidad, de la ocupación significativa y de los proyectos de vida. Las personas usuarias de este tipo de recursos tienen el derecho a recibir una atención multidisciplinar y holística y no solo puramente sanitaria.

Los recursos residenciales para mayores deben dejar de ser lugares impersonales, asistenciales, donde las personas acaban sus días de un modo muy alejado de una vida y un día a día normalizado, extremadamente diferente de lo que sucedería en su domicilio. Aunque no es nuevo ni extraño que las personas deseen envejecer y pasar sus últimos días en sus casas, los centros residenciales deben ser lugares a los que las personas quieran ir en el momento en el que su autonomía se vea comprometida. Deben convertirse en hogares, donde una vida normalizada y facilitadora de la autonomía sea posible.

Las líneas de intervención actuales en estos centros van encaminadas a que la vida de los mayores continúe de un modo similar al anterior, a pesar de la institucionalización. Es decir, debemos darles la oportunidad de seguir realizando actividades que les hagan sentir útiles, que continúen realizando actividades tan básicas como poner la mesa, elegir su ropa, decidir en qué ocupan su tiempo, arreglar su habitación, etc. Debe ser la persona quien decida qué es importante recuperar o mantener, no únicamente la decisión de cada profesional desde una visión ajena a la historia de vida, valores e intereses de la persona usuaria. Dejar de ser un agente pasivo de la institución a uno activo, que promueva la responsabilidad y la pertenencia a la institución. Los y las profesionales debemos ser acompañantes y generadores de apoyos en todas esas tareas.

Para ello, los y las terapeutas ocupacionales, cuentan con la formación y la visión global de la persona necesaria para realizar, junto con el resto del equipo interdisciplinar, un trabajo en el que la base sea la ocupación significativa, poniendo en valor las necesidades, gustos y preferencias y características personales únicas, facilitando la autonomía en la toma de decisiones y no solo en lo que al área funcional se refiere. Se posiciona, de este modo, la terapia ocupacional como uno de los perfiles más idóneos en este tipo de instituciones.

Con los datos anteriormente expuestos resulta curioso que, a día de hoy, casi 8 años después de la publicación de la Cartera de Servicios de la Xunta, la figura del terapeuta ocupacional no está presente en el 100% de los centros residenciales de atención a personas mayores de Galicia, tanto de titularidad pública como privada y en aquellos que cuentan con plazas financiadas, puesto que entre los servicios que se ofrecen a sus usuarias/os se encuentra la Terapia Ocupacional.

En la actualidad, la reciente crisis sanitaria derivada de la COVID-19 ha dejado en evidencia los actuales modelos de servicio que se ofrecen a las personas mayores, haciendo necesario y urgente, hoy más que nunca, un cambio profundo en el sector. Durante la primera ola de esta crisis sanitaria las residencias para personas mayores se vieron afectadas presentando las mayores cifras de mortalidad de todos los sectores. El grupo de trabajo multidisciplinar que asesora al Ministerio de Ciencia e Innovación ya se ha pronunciado frente a la necesidad de realizar un cambio en el modelo de atención a personas mayores institucionalizadas (GTM, 2020). Además de lo ya vivido, hoy nos encontramos con las secuelas que ha dejado a su paso (aumento morbilidad, falta de contacto social, deterioro físico y cognitivo, ruptura de proyectos vitales, alteración de rutinas, etc.) que precisan una intervención desde la visión holística de la TO. Trabajar orientados a recuperar la autonomía personal y el máximo grado de independencia funcional debe ser una prioridad en las instituciones. Reducir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de la persona usuaria debe ser el centro de un modelo de atención en el que la figura del/ de la terapeuta ocupacional se torna necesaria e indispensable.

Tras el análisis de los datos obtenidos se considera beneficioso para la disciplina la continuidad del proyecto a través de distintas líneas de actuación resultantes del estudio, como, por ejemplo:

- Afianzar la figura de la terapia ocupacional en la totalidad de los centros residenciales de Galicia como perfil profesional obligatorio.
- Estudiar el impacto de la intervención desde terapia ocupacional en la calidad de vida de las personas usuarias de los centros residenciales.
- Analizar las posibles causas de la desigualdad de la presencia de la figura de terapia ocupacional en las distintas provincias de la comunidad autónoma de Galicia.

- Alcántara, V., Ruiz, M., Moruno, P. (2010). Terapia ocupacional en centros de mayores. TOG, (3), 92-121. Recuperado en <http://www.revistatog.com/mono/num3/centrosmayores.pdf>
- Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) (2020). Informe del GMT sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf
- Hidalgo, C. (2020). Modelo de atención centrada en la persona desde terapia ocupacional en geriatría. Cursos Fnn. Recuperado de <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-16/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-desde-terapia-ocupacional-en-geriatria/>
- Hooper, B., Wood, W. (2002). Pragmatism and structuralism in occupational therapy: the long conversation. Am J Occup Ther. (56), 40-50. Doi: 10.5014/ajot.56.1.40.
- Kielhofner, G. (1992). Conceptual foundations of occupational therapy. Philadelphia: FA Davis.
- Kielhofner, G. (1995). A model of human occupation: Theory and application (2nd ed.) Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kielhofner, G. (2006). Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. (3ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Martínez, T. (2013). La Atención Centrada en la Persona. Algunas claves para avanzar en los Servicios Gerontológicos. ACP Gerontología. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>


- Moruno P. y Fernández P. (2012). Análisis teórico de los conceptos de privación, alienación y justicia ocupacional. TOG, (5), 44-68. Recuperado de <https://www.revistatog.com/mono/num5/teorico.pdf>
- Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores. Diario Oficial de Galicia, 88, de 6 de mayo de 1996, 4108. Recuperado de <https://politicassocial.xunta.gal/es/conselleria/normativa/orden-de-18-de-abril-de-1996-por-la-que-se-desarrolla-el-decreto-2431995-de-28>
- Orden de 13 de abril de 2007 por la que se modifica la de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores. Diario Oficial de Galicia, 80, de 25 de abril de 2007, 6675-6678. Recuperado de <https://politicassocial.xunta.gal/es/conselleria/normativa/orden-de-13-de-abril-de-2007-por-la-que-se-modifica-la-de-18-de-abril-de-1996>
- Real Academia Nacional de Medicina de España y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (18 de marzo de 2021). *Hacia un nuevo modelo de cuidados de larga duración*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado de <https://www.segg.es/actualidad-segg/2021/03/18/manifiesto-ranme-segg-hacia-un-nuevo-modelo-de-cuidados-de-larga-duracion>
- Rodríguez, P. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. Colección Papeles de la Fundación, Nº 1. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.

- Ruiz, M. (2009). El libro blanco de la Terapia Ocupacional en Aragón. TOG, 6(4): 486-490. Recuperado de <http://revistatog.es/suple/num4/libroblanco.pdf>
- Santos del Riego, S. (2006). La terapia ocupacional española: un momento histórico. TOG, (3), 1-23. Recuperado de <http://www.revistatog.es/num3/pdfs/Editorial.pdf>
- Stadnyk, R., Townsend, E., y Wilcock, A. (2010). Occupational justice. In C. H. Christiansen, & E. A. Townsend (Eds.), Introduction to occupation: The art and science of living, (2) 329-358. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2020). Resumen Normativa de residencias. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Recuperado de https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf
- Wilcock A., Townsend E. A. (1998). Occupational justice. En Crepeau E. C., Shell B. (Eds.). Willard and Spackman's occupational therapy. (192-215). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.ed.
- World Health Organization. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: versión abreviada, Versión abreviada. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>

COLEGIO OFICIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE GALICIA

Rúa Boquete de San Andrés, 8
15003, A Coruña (Galicia).

 677 22 73 06

 administracion@cotoga.es

 www.cotoga.es

