



INFORME SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia

SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE



Publicado en A Coruña, 15 diciembre del 2021

INFORME SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

Grupo de trabajo sobre el informe de la terapia ocupacional en el servicio gallego de salud del Colegio Oficial de Terapia Ocupacional de Galicia

Autoría:

D. Miguel-Ángel Talavera-Valverde.

Dña. Raquel García-López

Dña. Carmen Díaz-Mor Prieto

Dña. Rebeca Huerta-Mareca (coordinadora del grupo)

Colaboradora:

Dña. Alejandra Bujan-Rey

Compilación del documento:

D. Miguel-Ángel Talavera-Valverde

Edita:

Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia (COTOGA)

Catalogación

REFERENCIA AL DOCUMENTO

Cómo citar el documento en formato APA 7ª edición

Talavera-Valverde, M.A García-López, R Diaz-Mor Prieto, C. y Huerta-Mareca, R. (2021). *Informe sobre la terapia ocupacional en el Servicio Gallego de Salud*. Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia

Páginas 138

Incluye Bibliografías e Índice, portada y contraportada

Título Original:

Informe sobre la terapia ocupacional en el Servicio Gallego de Salud

Este documento se finalizó en A Coruña, 03 diciembre, 2021

Índice

Índice de autoras y autor

1. Presentación del documento

2. Introducción

3. Análisis de la situación actual de la terapia ocupacional en Galicia.

3.1 Situación general de la terapia ocupacional en el SERGAS.

3.1.1. Puntos débiles y amenazas externas de terapia ocupacional en el SERGAS en las diferentes líneas estratégicas de la organización.

- Línea estratégica 1. Dotación de recursos humanos adaptando el número de plazas a las características demográficas.
- Línea estratégica 2. Atención a la demanda: gestión de agendas, uso de aplicativos informáticos (IANUS o similares), registros de terapia ocupacional, intervenciones hospitalarias y comunitarias.
- Línea estratégica 3. Formación, docencia e investigación.
- Línea estratégica 4. Visibilidad de la disciplina en relación con los usuarios, usuarias y la comunidad.
- Línea estratégica 5. Plan de necesidades y priorización de las mismas.

4. Terapia ocupacional en salud.

4.1. Competencias

4.2. Funciones

4.3. Visión

4.4. Misión

4.5. Valores

4.6. Procesos de terapia ocupacional

a) Estratégicos

b) Claves:

- Recogida de datos
- Planificación de la intervención
- Intervención
- De soporte

5. Descripción del dispositivo y funciones de la terapia ocupacional

6. Situación actual sobre la terapia ocupacional en Galicia

6.1. Cuadro de personal y dedicación.

7. Líneas estratégicas de desarrollo de terapia ocupacional

- Línea estratégica 1. Dotación de recursos humanos adaptando el número de plazas a las características demográficas.
- Línea estratégica 2. Atención a la demanda: gestión de agendas, uso de aplicativos informáticos (IANUS o similares), registros de terapia ocupacional, intervenciones hospitalarias y comunitarias.
- Línea estratégica 3. Formación, docencia e investigación.
- Línea estratégica 4. Visibilidad de la disciplina en relación con los usuarios, usuarias y la comunidad.
- Línea estratégica 5. Plan de necesidades y priorización de las mismas.

8. Conclusiones

9. Referencias bibliográficas

ÍNDICE DE AUTORAS Y AUTOR QUE REDACTARON EL DOCUMENTO

Dña. Carmen Díaz-Mor Prieto

Terapeuta Ocupacional. Licenciada Antropología Servicio Rehabilitación y medicina física.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Área Sanitaria de Lugo.

Dña. Rebeca Huerta-Mareca

Terapeuta Ocupacional. Licenciada Antropología Servicio Rehabilitación y medicina física.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Área Sanitaria de Lugo.

Dña. Raquel García-López

Terapeuta Ocupacional. Unidad de Desórdenes Alimentarios. Servicio de Endocrinología
Hospital de Conxo. Área Sanitaria de Santiago y Barbanza.

D. Miguel-Ángel Talavera-Valverde

Doctor en Ciencias de la Salud. MSc. Terapeuta ocupacional. Integrante de la unidad de investigación INTEGRSA SAÚDE (UDC. España). Profesor Departamento de Ciencias de la Salud. Universidade da Coruña. España. Integrante del grupo de investigación SINERGIA (UVALLE. Colombia). Terapeuta ocupacional en Área Sanitaria de Ferrol. España.

Director TOG (A Coruña) www.revistatog.com

ORCID: 0000-0002-9817-373XE

1. Presentación del documento

El presente documento ha sido fruto de un intenso trabajo llevado a cabo por un grupo de personas colegiadas del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia (COTOGA) a lo largo del año 2020 y 2021. Estas personas, expertas en el ámbito que ocupa el informe y con amplia experiencia profesional que así lo abala, forman parte del Grupo de Trabajo para la Elaboración del Informe de la situación de la Terapia Ocupacional en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

En este informe, se realiza un análisis exhaustivo de cuál es el papel que ocupa la terapia ocupacional actualmente en Galicia, más concretamente en materia de salud, incidiendo en sus puntos débiles y vislumbrando cuáles podrían ser las líneas estratégicas a seguir y las acciones a llevar a cabo para mejorar esta situación.

Los y las terapeutas ocupacionales tenemos un papel fundamental tanto en ámbitos sanitarios como sociosanitarios, por lo que consideramos que este documento será de gran utilidad a la hora de planificar acciones conjuntas que garanticen una distribución y desempeño equitativo y justo de los servicios de terapia ocupacional en el SERGAS.

Por último, queremos resaltar el impacto positivo que las líneas estratégicas que se describen tendrían no solo sobre la puesta en valor de la figura de los y las terapeutas ocupacionales, si no sobre las propias personas que acuden a estos servicios, garantizándoles una atención integral y de calidad.



Junta Directiva de COTOGA

2. Introducción

Durante aproximadamente dos años, el grupo de trabajo de la situación sobre la terapia ocupacional en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) dependiente del COTOGA, estuvo trabajando en este documento, que hoy sale a la luz.

La realidad de la disciplina en la administración, Servicio Gallego de Salud, muestra una antítesis que no puede pasar desapercibida para los y las profesionales que conformamos la terapia ocupacional. Pero tampoco puede pasar desapercibido para las y los gestores y diferentes niveles administrativos y de recursos humanos que conforman el SERGAS.

La ausencia de un documento como este ha restado visibilidad a una disciplina que por su versatilidad y función ha sido, es y puede ser de gran ayuda para la población y la organización en la que participamos. La elaboración de este documento en el que se describe la situación real y actual de la Terapia Ocupacional en el SERGAS puede ser de gran ayuda para gestionar el trabajo, reivindicar atribuciones, contribuciones y acciones de los y las terapeutas ocupacionales dentro de la organización.

La ocupación y su vínculo con la salud es el mejor resultado para promover, prevenir, restaurar, establecer, modificar y adaptar el desempeño ocupacional de las personas para lograr su sensación de competencia y mantener su equilibrio con el bienestar.

La existencia de documentos como este pueden ser ejes de nuestro trabajo en la organización, una hoja de ruta que pueda determinar los pasos a seguir en pro del desarrollo de la disciplina y la mejora de sus condiciones dentro de la organización.

Asimismo, consideramos que la mejor forma de obtener los logros es la necesidad de establecer sinergias y fomentar la negociación activa con otras disciplinas que conforman la organización y con la propia organización, con este documento podemos concretar dónde estamos y donde nos gustaría estar.

La terapia ocupacional no es la única profesión que puede crecer dentro de la organización, pero creemos que debemos ser conscientes que ese crecimiento debe ir de la mano junto a otras disciplinas, ya que consideramos que esto es necesario para fomentar el mayor nivel de salud dentro en la población.

Por ese motivo consideramos que se pueden establecer puentes y consensos, junto a otras disciplinas, estableciendo alianzas y contextos de colaboración que sirvan para desarrollarnos como parte de los equipos de trabajo dentro de la organización.

Este documento puede contribuir a ello, con revisiones cada cuatro años, que permita mantener viva la idea de crecer como terapeutas ocupacionales dentro de la organización. Este crecimiento medido debe ser lo que sirva de exponente para fomentar nuestra presencia en determinados niveles de trabajo dentro de la organización. No debemos perder la idea de que somos una disciplina creativa con posibilidades de crecimiento ordenado, y, no podemos olvidar que para obtener todos estos logros necesitamos de una unión y una proactividad de todos y todas las terapeutas ocupacionales que conformamos y conformaremos la organización.

Hemos intentado visibilizar el pasado, el presente y bosquejar lo que podría ser un futuro de terapia ocupacional dentro de la organización. Las siguientes actualizaciones de este documento, serán necesarias para situar la disciplina en el su presente, pero en algún momento debemos iniciar ese camino, ese punto de partida. El reto está sobre la mesa, y es cuestión de que todos y todas colaboremos para poder ser y hacer terapia ocupacional dentro de la organización.

3. Análisis de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS.

3.1. Situación general de la terapia ocupacional en el SERGAS

3.1.1. Puntos débiles y amenazas externas de terapia ocupacional en el SERGAS en las diferentes líneas estratégicas de la organización.

Las líneas estratégicas son parte de los lineamientos de la disciplina para poder desarrollar su trabajo con la organización. En este caso, hemos establecido una serie de puntos débiles y amenazas externas que pueden ser causantes de la situación que en la actualidad atraviesa la terapia ocupacional en el SERGAS. Con el ánimo de poder establecer medidas para el ajuste de estas líneas estratégicas, nuestro trabajo se centra en analizar y describir lo que creemos puede estar dificultando el desarrollo de la terapia ocupacional en el SERGAS.

Línea estratégica 1. Dotación de recursos humanos adaptando el número de plazas a las características demográficas.

Puntos débiles de la terapia ocupacional en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS)	
Estigmatización de la profesión considerándola como actividad de entretenimiento y no como una intervención terapéutica	Existe un gran desconocimiento de las funciones e intervenciones realizadas por el o la terapeuta ocupacional, esto hace que algunos mandos intermedios no demanden nuestra actuación y que el incremento de plazas en las diferentes unidades no sea posible. De hecho, en muchas ocasiones se han generado plazas de otras disciplinas, en lugares donde podrían haberse ofertado de terapia ocupacional. El desconocimiento de las funciones y competencias de esta profesión, ha generado una ausencia de contratación de las mismas.

Crecimiento lento de la terapia ocupacional en el SERGAS y poca visibilidad del trabajo de los y las terapeutas ocupacionales en el SERGAS

Desde la aparición de la figura del o de la terapeuta ocupacional el incremento de plazas de esta profesional en la organización ha sido muy lento, sobre todo si lo comparamos con otras disciplinas del SERGAS u otras organizaciones. En el caso de otras organizaciones, la provisión de plazas por ejemplo de la Xunta de Galicia en la OPE (2020) ha sido de 50. Este número no es comparable con ninguna de las ofertas SERGAS de terapia ocupacional. De hecho, ni sumando varias ofertas OPE Sergas, se llegaría a este número de 50 que oferta la Xunta de Galicia en una sola convocatoria. En el caso de otras disciplinas, Enfermería, Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería o Fisioterapia siguen siendo disciplinas que crecen exponencialmente frente a la terapia ocupacional. Las creaciones de otras plazas se han llevado a cabo como consecuencia de la presión social o por las listas de espera. Además, en la creación de nuevas plazas han tenido muy poco en cuenta la posibilidad de generar desde un primer momento vacantes, siendo cubiertas por acúmulos y ocasionando que no existiera una consolidación de la misma hasta después de mucho tiempo en esta situación. La creación de plazas de terapia ocupacional en servicios como salud mental se ha visto mermada por la incorporación de otros y otras profesionales en detrimento de los y las terapeutas ocupacionales. Desde el grupo de trabajo hemos detectado que la creación de puestos de trabajo va por detrás de las necesidades reales de la población y la organización, en tanto en cuanto, la creación de plazas de terapia ocupacional para la organización se ha visto mermada frente a otras disciplinas. Además de todo esto, no hay propuestas claras de incorporación de terapeutas ocupacionales al SERGAS en programas de nueva creación. O si existe esta inquietud, sucede que son dotaciones insignificantes a una red del SERGAS como es el ejemplo de la previsión de Salud Mental de incorporar en esta próxima convocatoria cinco plazas. Esta situación resulta ciertamente incomprensible, pues hay muchas unidades de salud mental que

	están sin dotar de terapeutas ocupacionales y donde sería susceptible su incorporación.
La creación de puestos de trabajo va por detrás de las necesidades reales de la población	El Hospital Álvaro Cunqueiro de reciente creación en el área de Vigo, acaba de incorporar al terapeuta ocupacional. En algunas provincias gallegas la figura del o la terapeuta ocupacional en rehabilitación infantil (a partir de 6 años) es inexistente, las unidades de daño cerebral en hospitales públicos no cuentan con terapeutas ocupacionales (sí en los concertados), no existe la intervención del terapeuta ocupacional en UCI en los hospitales públicos gallegos, pero sí en los concertados, en privados y en los de fuera de nuestra Comunidad Autónoma.
Ratios desproporcionados para las/os terapeutas ocupacionales que trabajan en la red del SERGAS	Las ratios desproporcionadas para los y las terapeutas ocupacionales impiden que se puedan ofrecer tratamientos de calidad a la persona, individualizados, con dificultades de tiempo a la hora de elaborar la historia ocupacional, establecer objetivos a corto, medio y largo plazo y realizar un seguimiento de todo el proceso. Con estos ratios desproporcionados no se puede dar una intervención centrada en la persona y de calidad asistencial lo que repercute negativamente en la salud de las personas con las que trabajamos.
No sustituir la totalidad de los días libres o vacaciones, entre otros de los y las terapeutas ocupacionales en la red del SERGAS	La no sustitución del o la terapeuta ocupacional contribuye a que la categoría profesional no tenga valor e importancia, y a que se considere que los tratamientos de los y las terapeutas ocupacionales se pueden interrumpir en el tiempo.

<p>No están todos los servicios básicos de salud mental cubiertos por terapeutas ocupacionales en el SERGAS (UHB, HDD, ETAC)</p>	<p>El plan de salud mental recoge las necesidades de profesional de los servicios básicos, y en la actualidad, existen aún recursos asistenciales básicos que no contemplan la figura del o de la terapeuta ocupacional. Esta situación implica una desigualdad entre Áreas Sanitarias, y en la propia disciplina. Los nuevos proyectos que se inician en salud mental están copados por otras disciplinas, dejando al margen a la terapia ocupacional, no se llegan a plantear la posibilidad de incorporar la figura del o la terapeuta ocupacional a medio plazo, con lo que eso implica de desigualdad laboral y de intervención en la salud de las personas. Existe discriminación de atención en las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), Hospitales De Día (HDD) y en los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) ya que en unas áreas sí ofertan la intervención del o la terapeuta ocupacional y en otras no.</p>
<p>No hay propuesta de incorporación terapia ocupacional en Atención Primaria</p>	<p>Existe evidencia de que la intervención de terapia ocupacional puede acometer en entornos de Atención Primaria (documentos de Atención Primaria del Servicio de Aragón y de Andalucía). El concepto de promoción de la salud y su vínculo con la ocupación del ser humano hace que esta situación sea posible. Las intervenciones de terapia ocupacional en este nivel, se ajustan a personas, poblaciones, comunidades y organizaciones, con el ánimo de empoderarnos en materia de salud-ocupación-bienestar. Las restricciones del SERGAS en materia de incorporación de terapeutas ocupacionales a atención primaria son evidentes y dificultan un trabajo holístico en donde la figura del o la terapeuta ocupacional sea plena al igual que las del resto de profesionales que trabajan en este nivel.</p>

Amenazas externas de la terapia ocupacional en el SERGAS

<p>No hay interlocutor de las/os terapeutas ocupacionales dentro del SERGAS (Figura de supervisión y/o coordinación)</p>	<p>Estar coordinados/as por personal que desconoce las funciones de terapia ocupacional y dificulta el desarrollo de la misma. Un hecho que ha hecho invisible la labor de los y las terapeutas ocupacionales, es la falta de representación dentro de la organización. Los supervisores de los y las terapeutas ocupacionales son fisioterapeutas en las unidades de rehabilitación física y enfermeros/as en las unidades de Salud Mental. Dentro de la organización a un nivel funcional dependen de dirección de enfermería y a nivel técnico dependen de dirección médica. En las mismas unidades se ha incrementado exponencialmente el número de enfermeros/as y de fisioterapeutas. Creemos que el desconocimiento de las funciones e intervenciones realizadas por el/la terapeuta ocupacional hace que los cargos intermedios no demanden la actuación del terapeuta ocupacional y el incremento de plazas en las diferentes unidades. El objetivo es seguir avanzando en la creación de puestos de coordinación para que estos colectivos dejen de estar tutelados y puedan participar de las decisiones de su profesión.</p>
<p>Entrada de otras profesiones a competir en puestos que podrían ser de terapia ocupacional</p>	<p>La incorporación de otros profesionales a determinados puestos laborales implica un desconocimiento de las atribuciones de la terapia ocupacional, ya que, en la actualidad, existen recursos básicos asistenciales y de nueva creación en donde la terapia ocupacional tendría una amplia representación, pero la incorporación de otras disciplinas merma las posibilidades de creación de plazas de terapia ocupacional en esos recursos.</p>

Línea estratégica 2. Atención a la demanda: gestión de agendas, uso de aplicativos informáticos cómo la Historia Clínica Electrónica (IANUS) o similares, registros de terapia ocupacional, intervenciones hospitalarias y comunitarias.

Puntos débiles de la terapia ocupacional en el SERGAS	
<p>No hay un informe tipo de recogida conjunta de datos para IANUS (Evaluación Ocupacional Inicial, Evaluación Ocupacional Continua y Valoración Ocupacional Final)</p>	<p>Durante los años 2004-2008 se estableció un grupo de trabajo de evaluación ocupacional, bajo el paraguas del SERGAS. A lo largo de ese tiempo se fueron perfilando propuestas de recogida de datos entre los y las integrantes de ese grupo. El trabajo estaba tan avanzado que se llegó a realizar formación de evaluación ocupacional en los diferentes hospitales para terapeutas ocupacionales. El siguiente paso, el de tener plantillas propias de terapia ocupacional en IANUS quedó paralizado y desde ese momento, estamos intentando que esta situación se lleve a cabo. El proceso de recogida de datos es sensible e individualizado acorde al campo de trabajo y al tipo de usuario/a con los que trabajamos, por ese motivo la recogida de datos es fundamental para la intervención de terapia ocupacional. La importancia de uno u varios informes tipo de datos que se encuentre sistematizada y mantenga la esencia de la disciplina favorecerá la visibilidad de la disciplina, la facilidad para que todos los y las terapeutas ocupacionales del SERGAS tengamos el mismo lenguaje común y para que las intervenciones de terapia ocupacional se encuentren estructuradas de una forma clara.</p>
<p>Los registros a veces no son visibles</p>	<p>Los registros de terapia ocupacional no son visibles. A modo de ejemplo, en el caso del registro Citrix de rehabilitación, el perfil de profesional por defecto pone fisioterapeuta. Si se pone Terapeuta Ocupacional, existen problemas a nivel administrativo. En IANUS se escribe dentro de las carpetas de los servicios en los que trabajamos. Con todo ello, siguen siendo insuficientes los registros, las evaluaciones y los programas en los que se puedan volcar los datos y nuestros registros de una manera visible.</p>

<p>Necesidad de registros funcionales en función del ámbito de actuación</p>	<p>La evaluación es la base de nuestra intervención, por eso es necesario la compra de baterías estandarizadas. El material que se compra a los Tos está a la merced de la disposición de los o las supervisores/as. Serían necesarias unas asignaciones anuales específicas para terapia ocupacional para compra de material y herramientas estandarizadas de evaluación y tratamiento. En los últimos años han mejorado los registros de los y las terapeutas ocupacionales en el Sergas. En algunos casos estos registros se han realizado con fuentes indirectas (herramientas de evaluación). Estas herramientas de evaluación son elecciones específicas de terapia ocupacional en función de cuáles son sus necesidades y las que considera el o la profesional que son útiles para desarrollar su atención al usuario/a</p>
<p>No existen protocolos ni procedimientos de terapia ocupacional</p>	<p>La calidad de la intervención de terapia ocupacional (evaluación e intervención directa con las personas) se debería fundamentar en unos indicadores medibles. En terapia ocupacional, hasta el momento no se han establecido de forma clara este tipo de gestión por procesos al igual que se hace con otras disciplinas (medicina, enfermería). Los resultados de nuestras intervenciones, nuestra forma de intervenir, no tiene un feedback para él o la profesional. Los tiempos de ajuste del tratamiento, el tipo de intervención y la forma en la que pautamos ésta, pueden ser modificables, pero sin medidores fiables es sumamente difícil llegar a ello.</p>

Amenazas externas de la terapia ocupacional en el SERGAS	
<p>Falta de especialización de los y las terapeutas ocupacionales en</p>	<p>Esto genera una pobre calidad en la gestión de la recogida de datos. La ausencia específica dentro de la organización para la recogida de datos por parte de los y las terapeutas ocupacionales es un</p>

la recogida de datos	hándicap que limita la capacidad de esta disciplina a la hora de visibilizar su trabajo dentro de la organización.
No hay una cartera de servicios conjunta, reconocida, compartida por todos los y las terapeutas ocupacionales y que sea pública en el SERGAS	La recogida de datos y las intervenciones pasan por diferentes fases. Esas fases se encuentran llenas de alternativas de recogida de datos en las que se utilizan herramientas específicas de evaluación. Lo mismo sucede con las intervenciones, en terapia ocupacional las acciones que realizamos se encuadran dentro de una cartera de servicios con tipos y modalidades de intervención. La ausencia de una unificación de esta cartera lleva a que no exista una claridad en lo que hacemos y cómo lo hacemos con todo lo que eso supone.

Línea estratégica 3. Formación, docencia e investigación.

Puntos débiles de la terapia ocupacional en el SERGAS	
No se premia que el profesional tenga buena formación	La formación especializada (teniendo en cuenta que no existen especialidades en terapia ocupacional) no es valorada por el SERGAS; sin incentivos que fomenten la formación cualificada y especializada en los campos de atención del o la terapeuta ocupacional que mejorarían la calidad asistencial.
Ausencia de formación específica para terapia ocupacional o exclusión del perfil del o la terapeuta ocupacional como	Desde hace unos años la formación específica para los y las terapeutas ocupacionales es insignificante y de mala calidad. Se hicieron propuestas interesantes para la disciplina, pero la Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS) y las diferentes Áreas Sanitarias no recogen ninguna de estas inquietudes con las consiguientes programaciones donde existe ausencia de formación específica para terapia ocupacional. Esta situación genera una clara discriminación entre las categorías profesionales que en la actualidad copan el

<p>destinatario/a de los cursos ofertados y que sí serían de interés para la profesión (por desconocimiento de las funciones del/la terapeuta ocupacional).</p>	<p>mayor número de cursos de formación. Así, las disciplinas minoritarias en número tienen una escasa o nula formación específica como es el caso.</p>
<p>Consecuencias de la ausencia de formación específica para terapia ocupacional en la organización</p>	<p>La ausencia de formación específica para terapeutas ocupacionales en ACIS o en las Áreas Sanitarias, favorece que sean estos y estas profesionales las que tengan que buscar formación de pago para poder adquirir conocimientos y que sea luego la organización la que se beneficie de ellos. Esto sitúa a la terapia ocupacional en clara desventaja relacionada con la formación frente a otras disciplinas que no tienen necesidad de formarse fuera de esta red, ya que la formación específica está de forma regulada todos los años.</p>
<p>Empeoramiento de la formación de terapia ocupacional dentro de la organización</p>	<p>Formación destinada a profesionales sanitarios en las que él o la terapeuta ocupacional se podría incluir (prevención, promoción, mantenimiento y restauración). Se ofertan cursos del SERGAS que excluyen a la categoría de terapia ocupacional por desconocimiento del campo de actuación del mismo. (Cursos de atención primaria, prevención del suicidio, neonatología, salud mental infanto-juvenil entre otros).</p>
<p>No tenemos acceso a planes de formación ACIS o de las diferentes Áreas Sanitarias en el momento de su diseño.</p>	<p>Se observa una disminución de la calidad de los contenidos y de los docentes. Dentro de la red del SERGAS existen terapeutas ocupacionales con una amplia formación, con Doctorado, con años de experiencia en los diferentes campos de actuación de la terapia ocupacional y formación en estrategias de intervención novedosas que podrían dar formación. Así, esta sería variada y de calidad.</p>

Amenazas externas de la terapia ocupacional en el SERGAS	
Creciente abandono de la terapia ocupacional en la formación dentro del SERGAS	El acceso a la posibilidad de dar formación dentro de la organización se está relegando a otras disciplinas como pueden ser medicina, enfermería, psicología y fisioterapia, frente a otras disciplinas como es el caso de la terapia ocupacional.
Creciente abandono de la terapia ocupacional en la investigación dentro del SERGAS	El acceso a la investigación dentro de la organización en la actualidad es sumamente complicado, ya que esta situación en estos momentos está incorporada a determinadas atribuciones que otras disciplinas sí cumplen frente a la terapia ocupacional (medicina y enfermería).
Ausencia de terapeutas ocupacionales en grupos de investigación dentro del sergas	La participación del terapeuta ocupacional en grupos de investigación es escasa, por lo que no hace posible evidenciar los beneficios de los tratamientos de esta disciplina. Asimismo, no existe la participación del o la terapeuta ocupacional en la composición de los Comités de Ética asistencial del Sistema Público de Salud de Galicia (CEA) ni en los Consejos de Bioética de Galicia (CBG).

Línea estratégica 4. Visibilidad de la disciplina en relación con los usuarios, usuarias y la comunidad.

Puntos débiles de la terapia ocupacional en el SERGAS	
Creación de plazas ante la demanda de la sociedad y	La apuesta por creación de nuevas plazas en muchas ocasiones está en manos de las reivindicaciones de colectivos de usuarios y usuarias. Esto es algo que puede generar un hándicap en el crecimiento de la terapia ocupacional dentro de la organización. A

<p>grupos de afectados/as</p>	<p>la par que otras disciplinas tienen más imbuidas sus competencias en la sociedad, esta reclama la presencia de estos y estas profesionales. En el caso de la terapia ocupacional esta situación no existe y dificulta su crecimiento y expansión en recursos básicos y complementarios de salud, o incluso en el desarrollo de puestos laborales en atención primaria para terapeutas ocupacionales.</p>
<p>Escaso conocimiento por parte de las asociaciones de usuarios/as y pacientes de los campos de actuación y de la intervención que realiza el/la terapeuta ocupacional</p>	<p>La escasa presencia de la terapia ocupacional en el entramado social y comunitario tiene un efecto en la baja demanda de colectivos de usuarios y usuarias para que el SERGAS contrate a más terapeutas ocupacionales. La visibilidad en múltiples niveles asistenciales, clínicos o comunitarios, facilita la comprensión de la terapia ocupacional y su alcance.</p>
<p>Poca visibilidad y difusión del trabajo del y la terapeuta ocupacional en los hospitales</p>	<p>Sería interesante que desde la Docencia de cada hospital se potencie la realización de sesiones clínicas realizadas por terapeutas ocupacionales. En muchos hospitales, no se sabe si hay o no terapeuta ocupacional. La labor de los terapeutas ocupacionales se podría dar a conocer en estas sesiones a las que pueden acudir personas de otros servicios.</p>
<p>Escasa representatividad entre la población en general</p>	<p>Dentro de la rehabilitación la figura del o la terapeuta ocupacional es la más desconocida, no se conocen las funciones del o la terapeuta ocupacional ni en qué se diferencia de otras disciplinas. Sin embargo, en el ámbito privado hay una gran demanda de nuestros servicios. En atención temprana y en infancia, a través de la integración sensorial, en adultos en neurología y en las clínicas</p>

	<p>especializadas en la rehabilitación de la mano, en geriatría y a domicilio. Es decir, en el ámbito privado la incorporación de terapeutas ha sido exponencial en comparación con el ámbito público. Se debe concienciar a la población para que puedan reclamar sus derechos asistenciales.</p>
--	--

Amenazas externas de la terapia ocupacional en el SERGAS	
<p>Que las asociaciones de enfermos de distintas patologías (tales como Esclerosis Lateral Amiotrófica, Parkinson, entre otras) cuenten con terapia ocupacional, iniciando en estas su intervención asistencial</p>	<p>Ante la nula presencia de los los terapeutas ocupacionales en las diferentes unidades de especialización, cada vez son más las asociaciones que inician su proceso de rehabilitación en las fases agudas del tratamiento incorporando al/la terapeuta ocupacional en las asociaciones (por ejemplo, la Asociación de Daño Cerebral de Santiago (SARELA), la Asociación de personas con enfermedad renal crónica (ALCER), entre otras).</p>
<p>Escasa visibilidad en la comunidad lo que nos hace poco representativos en el tejido social y comunitario</p>	<p>La escasa presencia de la terapia ocupacional en el entramado social y comunitario, tiene un efecto en la baja demanda de colectivos de usuarios y usuarias para que el SERGAS contrate a más terapeutas ocupacionales.</p> <p>Es necesario hacer visible nuestra profesión en la publicidad de hospitales, de seguros médicos, así como en los medios de comunicación públicos cuando hablan de su cartera de servicios. En</p>

	algunos directorios de hospitales del SERGAS se puede ver rehabilitación, psiquiatría, pero no se contempla la terapia ocupacional cómo itinerario dentro del propio hospital.
--	--

Línea estratégica 5. Plan de necesidades y priorización de las mismas.

Puntos débiles de la terapia ocupacional en el SERGAS	
Espacios y recursos de terapia ocupacional en ocasiones limitados.	En determinados recursos no existe una asignación anual de dinero para material de intervención del o la terapeuta ocupacional. Los espacios en los que él o la terapeuta ocupacional lleva a cabo sus intervenciones son escasos (por ejemplo, infantojuvenil en Santiago; la sala de intervención del terapeuta es el comedor de los pacientes. Las intervenciones de terapia ocupacional en el Gil Casares cuentan con una sala de terapia ocupacional pero los pacientes no acuden a ella porque no tiene cámara de vigilancia que permita dar seguridad al personal y se tienen que hacer las intervenciones de terapia ocupacional en una sala polivalente, que es el comedor de los pacientes y que es también su espacio para estar en su tiempo libre, limitando el espacio al resto de usuarios cada vez que se hace terapia).
No existen puestos intermedios de terapia ocupacional en las supervisiones ni comités específicos dentro de la organización	La ausencia de terapeutas ocupacionales en estos lugares genera una dificultad para colaborar con la organización y otros/as profesionales en espacios comunes que faciliten o recomienden el diseño de nuevos espacios de salud.

Amenazas externas de la terapia ocupacional en el SERGAS

Nula presencia de terapeutas ocupacionales en determinados niveles de la organización

En la institución existe poca visibilidad, de hecho, no aparece terapia ocupacional en ningún portal de la web del Sergas. Las apariciones que se han hecho son siempre a nivel local. La terapia ocupacional es conocida y respetada en el entorno, en las gerencias y direcciones médicas, pero a nivel central, no hay ninguna figura que coordine el trabajo ni pueda recoger inquietudes, proyectos e intereses de los y las terapeutas ocupacionales. Una persona que coordinara y tuviera presencia en el sistema serviría de nexo y haría más visible la figura del o la terapeuta ocupacional en los diferentes niveles de la organización.

4. Terapia ocupacional en salud

4.1. Competencias

En el ámbito sanitario, a efectos de su medición, la competencia se define cómo la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a las “buenas prácticas” de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 2003).

Este enfoque conceptual se centra en lo que él o la terapeuta ocupacional hace. Para que desarrolle las Buenas prácticas (comportamientos observables asociados a la competencia del “hacer”), es necesaria la presencia conjunta de cinco componentes:

- Saber (conocimientos)
- Saber hacer (destrezas profesionales)
- Saber ser (actitudes)
- Querer hacer (motivación)
- y Poder hacer (aptitud profesional y medios)

Los diferentes ámbitos de práctica requieren de unas competencias profesionales definidas. El ámbito que nos compete (Sanidad) es uno de los principales niveles de actuación de terapia ocupacional. Es el de mayor tradición en nuestro país e internacionalmente.

Dentro del ámbito sanitario el/la terapeuta ocupacional puede ejercer su labor profesional en los tres niveles asistenciales, esto es, atención primaria, secundaria y terciaria (hoy en día se habla de atención primaria y especializada). Clásicamente, el/la terapeuta ocupacional ha pertenecido a los equipos de atención en salud mental, rehabilitación física, discapacidades sensoriales y desde el Año Internacional de las Personas Mayores (1989) ha existido un incremento en el campo de la geriatría. En los campos de atención en salud mental y discapacidad física, se diferencian dos áreas de actuación en función de la edad (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018). Así se distingue la atención en la infancia y adolescencia, y, por otro lado, la atención en la edad adulta.

Algunos de los dispositivos o niveles de atención sanitarios en los que este/a profesional desempeña su labor son los equipos de atención primaria, unidades de hospitalización de agudos, unidades de media y de larga estancia, unidades especializadas (unidad de

lesionados/as medulares, unidad de daño neurológico) y centros de día, residencias o centros monográficos entre otros (Linares, s.f.)

Teniendo en cuenta los criterios marcados por la ENOTHE – COTEC (2005), la competencia de los y las terapeutas ocupacionales se estructura en seis niveles:

a) Conocimientos de terapia ocupacional

- Explicar los conceptos teóricos fundamentales de la terapia ocupacional, concretamente la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones.
- Explicar la relación entre desempeño ocupacional, salud y bienestar.
- Sintetizar y aplicar conocimientos relevantes provenientes de ciencias biológicas, médicas, humanas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales en conjunto con las teorías de la ocupación y la participación.
- Analizar la complejidad que se deriva de aplicar las teorías formales y la evidencia de la investigación en relación a la ocupación en el contexto de una sociedad en continuo cambio.
- Tomar parte activa e influir sobre otros en debates lógicos y razonados en relación a la ocupación humana y la terapia ocupacional.

b) Proceso de terapia ocupacional y razonamiento profesional

- Trabajar en colaboración con individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
- Seleccionar, modificar y aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención y métodos para satisfacer necesidades ocupacionales y de salud de individuos/poblaciones.
- Utilizar el razonamiento ético y profesional de forma eficaz a través del proceso de Terapia Ocupacional.
- Emplear el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la síntesis y análisis de la ocupación y de la actividad.
- Adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración con individuos/población.

- Trabajar para facilitar un entorno accesible y adaptado y para promover la justicia ocupacional.
- Colaborar con la comunidad para promover la salud y el bienestar de sus miembros a través de su participación en la ocupación.
- Buscar de forma activa, evaluar de forma crítica y aplicar una variedad de información y evidencia para asegurar que la práctica está actualizada y es relevante para el cliente.
- Valorar de forma crítica la práctica de la terapia ocupacional para asegurar que el enfoque se centra en la ocupación y el desempeño ocupacional.

c) Relaciones profesionales y asociaciones

- Trabajar de acuerdo a los principios de la práctica centrada en el cliente.
- Construir una relación/colaboración terapéutica como base del proceso de Terapia Ocupacional.
- Establecer asociaciones de colaboración, consulta y orientación con clientes, profesionales, miembros del equipo y otros empleadores para facilitar la ocupación y la participación.
- Colaborar con los clientes para defender sus derechos y satisfacer sus necesidades ocupacionales.
- Apreciar y respetar las diferencias individuales, las creencias culturales, las costumbres y su influencia en la ocupación y la participación.

d) Autonomía profesional y responsabilidad

- Preparar, mantener y revisar documentación del proceso de terapia ocupacional.
- Cumplir con la política y procedimientos de ámbito local/regional/nacional/europeo, con los estándares profesionales y las regulaciones de empleadores.
- Demostrar de forma continuada el aprendizaje a lo largo de la vida para mejorar la Terapia Ocupacional.
- Practicar el ejercicio profesional de forma ética, respetando a los clientes y teniendo en cuenta los códigos de conducta profesional de terapeutas ocupacionales.
- Demostrar seguridad en la autogestión, conocimiento de uno mismo y conocimiento de las propias limitaciones como terapeuta ocupacional.

e) Investigación y desarrollo en la terapia ocupacional/ciencia

- Identificar la necesidad de investigar en temas relacionados con la ocupación, la Terapia Ocupacional y/o la ciencia de la ocupación y formular adecuadas preguntas en la investigación.
- Demostrar destrezas en la búsqueda independiente, el examen crítico y la integración de literatura científica y cualquier otra información relevante.
- Comprender, seleccionar y defender los métodos y diseños de investigación apropiados a la ocupación humana, considerando los aspectos éticos.
- Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los resultados de la investigación.
- Desarrollar el conocimiento de la ocupación y de la práctica de la terapia ocupacional.
- Divulgar los resultados de la investigación a las partes adecuadas.

f) Dirección/gestión y promoción de la terapia ocupacional

- Determinar y priorizar los servicios de terapia ocupacional.
- Comprender y aplicar principios de dirección y gestión a los servicios de terapia ocupacional, incluyendo coste-eficacia, administración de recursos y equipamiento y establecimiento de protocolos de terapia ocupacional.
- Participar activamente en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de Terapia Ocupacional, implicar a los clientes cuando sea apropiado y comunicar los resultados a empleadores adecuados.
- Tomar un papel activo en el desarrollo, mejora y promoción de la terapia ocupacional.
- Considerar el desarrollo de los cuidados de la salud y sociales, de la sociedad y de la legislación de ámbito local, nacional e internacional que afecten a los servicios de Terapia Ocupacional.

Gracias a estos niveles, el o la terapeuta ocupacional está preparado y preparada para desarrollar su labor en el nivel de Atención Primaria, Atención Especializada, para poder llevar a cabo su labor de intervención en promoción, prevención, restaurar, mantener o modificar (compensar o adaptar) (American Occupational Therapy Association. 2020).

4.2. Funciones

Evaluación-valoración:

- Realizar una evaluación ocupacional (evaluación ocupacional inicial, continua y final), con el ánimo de comprender cuales son los posibles problemas en el desempeño (si es que los hay) y establecer el diagnóstico ocupacional que nos facilite el diseño de la intervención (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011; Talavera, 2015a y 2015b).
- Planificar y organizar el plan de intervención de terapia ocupacional a seguir, previo diagnóstico ocupacional, trazando objetivos, contando con los recursos disponibles (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011; Talavera, 2015a y 2015b).
- Elaborar los informes de terapia ocupacional sobre los tres niveles de la evaluación (inicial, continua y final) (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011; Talavera, 2015a y 2015b).

Identificación de las áreas con problemas en el desempeño:

- Utilizar los razonamientos y destrezas profesionales que se ponen en funcionamiento durante la recogida de datos para llegar a establecer el diagnóstico ocupacional, dejando constancia escrita de las mismas en informando al equipo y familiares en el caso de que sea necesario (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011; Talavera, 2015a y 2015b).

Intervención:

- Fijar y ajustar la intervención de terapia ocupacional específica y trabajar en coordinación y colaboración con el resto del equipo y profesionales afines.
- Ejecutar las intervenciones de terapia ocupacional, por medio de los diferentes tipos de intervención (ocupación, actividad, intervenciones de soporte para desarrollar la ocupación, de educación, de entrenamiento, de asesoría, de trabajo grupal o del uso de entornos virtuales), técnicas, métodos y modalidades específicos requeridos e indicados en cada caso (American Occupational Therapy Association, 2020; Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).
- Prestar asistencia profesional adecuada en niveles asistenciales de primaria (aprovechando los recursos comunitarios) y especializada (aprovechando los

recursos hospitalarios) (American Occupational Therapy Association, 2020; Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

- Obtener resultados esperados en desempeño ocupacional, mejora, prevención, en salud y bienestar, en calidad de vida, en participación ocupacional, en competencia de rol y en justicia ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2020; Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Consejo, asesoría y consulta:

- Colaborar con los servicios de primaria y especializados que se den a otros niveles asistenciales en el seguimiento de terapia ocupacional
- Entrenar, asesorar, educar y empoderar a la persona, familia (o similares) en la ejecución de actividades para obtener condición de salud, bienestar y un adecuado equilibrio ocupacional, a nivel comunitario y hospitalario (American Occupational Therapy Association, 2020; Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).
- Visitar, estudiar y proyectar las adaptaciones necesarias en el domicilio, escuela, trabajo del individuo, entre otras (Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, APETO 1999)
- Participar en el estudio de supresión de barreras arquitectónicas (APETO, 1999).
- Llevar a cabo intervenciones en promoción prevención y de la salud.
- Participar dentro del campo profesional de la terapia ocupacional en la elaboración y ejecución de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación sanitaria y reinserción social, dirigidos al individuo, su familia, entorno y comunidad en general (APETO, 1999); Souto-Gómez et al., 2019).
- Participar dentro de su campo profesional en los programas de salud e integración escolar y laboral (APETO 1999).

Docencia y supervisión (APETO, 1999):

- Fomentar y participar en los planes de formación continuada de terapia ocupacional.

- Completar y ampliar su nivel científico-técnico y humano para conseguir cada día una mejor y más adecuada asistencia a través de trabajos, artículos, conferencias, comunicaciones, congresos, participación en grupos de trabajo, o de investigación.
- En lo académico, participar en los programas educativos ajustándose a lo regulado por la legislación vigente.
- Acompañar y trabajar junto al personal auxiliar de terapia ocupacional en la correcta realización de sus funciones.

Dirección, administración y gestión (APETO, 1999):

- Informar a su inmediato superior de los recursos humanos, técnicos y/o materiales auxiliares necesarios para el correcto desarrollo de su trabajo.
- Conservar en buen estado el material y cuantos aparatos se utilicen, manteniéndolos en perfecto funcionamiento y controlar el material fungible en las intervenciones.
- Establecer los necesarios sistemas de control y calidad que eleven el nivel asistencial de la terapia ocupacional.
- Formar parte del personal docente del centro.
- Trazar la filosofía, planes, objetivos y fines del servicio de terapia ocupacional.
- Función gestora, tanto a nivel de los propios servicios de terapia ocupacional, como a nivel de cargos directivos que puedan establecerse englobando a colectivos afines y de igual categoría.

4.3. Visión

Ofrecer a las personas, poblaciones, comunidades y grupos (American Occupational Therapy Association, AOTA, 2020) con las que interviene el terapeuta ocupacional, posibilidades de participación en actividades cotidianas (Consejo General de Colegios de Terapia Ocupacional, 2020). El trabajo con el desempeño ocupacional desde las múltiples formas de intervención profesional de terapia ocupacional dentro de los entornos y contextos de las personas, poblaciones, comunidades y grupos (AOTA, 2020) con las que trabaja, generará una sensación de bienestar y aumentará la condición de salud (Souto-Gómez et al., 2019).

4.4. Misión

Abogar para que personas, poblaciones, comunidades u organizaciones con las que trabaja la terapia ocupacional, obtengan una adecuada condición de salud favorecida por el compromiso con la ocupación. La terapia ocupacional, facilita el empoderamiento de las personas, poblaciones, comunidades y grupos y el compromiso de estas con la salud (Souto-Gómez et al., 2019).

4.5. Valores (American Occupational Therapy Association, 2015)

Altruismo

Orientado hacia los demás en lugar de hacia uno mismo.

Igualdad

Adopta la igualdad de derechos y oportunidades para todos los seres humanos, independientemente de la diversidad de culturas, valores, creencias o estilos de vida.

Libertad

Alienta a los clientes a elegir y demostrar independencia, iniciativa y autodirección.

Justicia

Defiende la justicia, la igualdad, la veracidad y la objetividad. La relación tiende a estar dirigida a metas y ser objetiva.

Dignidad

Considera que cada individuo es único y tiene un valor inherente. Mantiene actitudes de empatía y respeto por sí mismo y por los demás. Apoya la promoción de sentimientos de competencia y autoestima mediante la participación en ocupaciones relevantes y valoradas.

Verdad

Demuestra responsabilidad, franqueza y honestidad.

Prudencia

Ejerce el autogobierno y la autodisciplina mediante el uso de la razón.

Profesionalidad

Capacidad para trabajar con compromiso, autonomía, competencia y responsabilidad, con intervenciones de máxima calidad y cumpliendo en todo momento el Código Deontológico de la Profesión.

Respeto por el valor de la ocupación (Souto- Gómez et al., 2019).

La visión disciplinaria va más allá de paliar alteraciones y reflexiona cómo pueden eliminarse las posibles barreras permitiendo a las personas, grupos, poblaciones participar en su ocupación.

Promoción del desempeño ocupacional del bienestar ocupacional y la calidad de vida, en el proceso de empoderamiento relacionado con la salud de personas, poblaciones, comunidades u organizaciones (Souto-Gómez et al., 2019).

La terapia ocupacional debe poseer la capacidad para capacitar dentro de las posibilidades de las personas, poblaciones, comunidades u organizaciones un nivel de compromiso con el desempeño ocupacional. En este equilibrio ocupacional, reside el bienestar ocupacional y por ende la calidad de vida. La salud requiere del compromiso de las personas, poblaciones, comunidades u organizaciones y de sus capacidades para gestionar su ocupación redundando en su condición de salud.

Fomento de la Justicia Ocupacional.

La terapia ocupacional tiene que facilitar y trabajar en paralelo con personas, grupos, poblaciones en un intento de estos obtenga el derecho a participar en sus actividades cotidianas, por ende, en la ocupación, en un intento de lograr la capacidad para decidir y participar las necesidades de personas, poblaciones, comunidades u organizaciones y desarrollar su potencial.

Ejercicio de la práctica centrada en la persona.

La terapia ocupacional debe mantener una firme creencia de posibilitar la atención a personas, grupos, poblaciones en la que los derechos y la dignidad de estos se encuentren por encima de cualquier cosa. Es necesario apostar por potenciar su proyecto de vida y desarrollar la sensación ocupacional para que este se pueda realizar. De esa forma la salud y el bienestar de las personas, poblaciones, comunidades u organizaciones se mantendrá en un equilibrio con su ocupación.

4.6. Procesos de terapia ocupacional.

Para una adecuada gestión del trabajo, la terapia ocupacional se nutre de una definición de procesos que de forma estratégica facilitan el desarrollo profesional. Estos procesos son de tres tipos (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, s.f.):

a) Estratégicos

- **Planificación global de terapia ocupacional:** dentro de este se encuentra la elaboración del diseño del plan estratégico de terapia ocupacional y la planificación de procesos.
- **Evaluación y análisis de resultados:** en donde se incorpora la autoevaluación y revisión anual de los procesos que se desarrollan en la práctica. Por otro lado, se debería medir la satisfacción de las personas, grupos, poblaciones con las que trabajamos. Para finalizar se debería realizar un proceso de auditoría externa.

b) Claves:

- **Recogida de datos: también llamada evaluación ocupacional:** el o la profesional de terapia ocupacional desarrolla un proceso de intervención dirigido a las personas, grupos, poblaciones. A sus familias (o similares) y al ambiente de donde proceden. El o la terapeuta ocupacional, junto con la persona y familiares o similares, colaboran para identificar el desempeño ocupacional, su relación con la ocupación y la salud. Teniendo en cuenta el procedimiento de evaluación ocupacional y el uso de los diferentes razonamientos profesionales del o de la terapeuta ocupacional, este proceso se podría dividir en tres fases: recogida y procesamiento de datos en Evaluación Ocupacional Inicial, Evaluación Ocupacional Continua y Valoración Ocupacional Final (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011; Talavera, 2015b).
- **Planificación de la intervención:** la información derivada de la Evaluación Ocupacional Inicial y la representación del diagnóstico ocupacional es la base para iniciar un plan de intervención (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011; Talavera, 2015 b).
- **Intervención:** la obtención del diagnóstico ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2020; Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011), facilita el desarrollo de este procedimiento que capacita la labor profesional de terapia ocupacional para la culminación de logros. Incluye programas centrados en la persona y sus contextos. Están diseñados para facilitar el desempeño de las

ocupaciones y la adaptación de los entornos en los que la persona vive, trabaja y participa. A través de la intervención, el/la terapeuta ocupacional y la persona exploran nuevas formas de desarrollar actividades, a través de la adaptación de éstas o de los entornos en los que tienen lugar, para mejorar la función, la capacidad y la participación.

El enfoque holístico empleado por el/la terapeuta ocupacional debe basarse en la colaboración y coordinación con la persona, familiares, cuidadores, otras/os profesionales y todos aquellos agentes importantes en la vida de esa persona.

c) De soporte:

- **Administración del entorno de trabajo:** en donde la gestión de las intervenciones junto al equipo debe de administrarse de la manera más adecuada. Además, la preparación de un entorno laboral adecuado para la práctica de la terapia ocupacional ha de ser máxima (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).
- **Gestión de documentación:** en donde se han de seguir todos los pasos para cumplimentar y salvaguardar los datos recopilados siguiendo las recomendaciones legales oportunas (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 2002; Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 2018).

5. Descripción del dispositivo y funciones de la terapia ocupacional

Con la intención de desarrollar el mapa de terapeutas ocupacionales en las diferentes unidades en las que se encuentran en la actualidad, creemos oportuno definir las unidades con la idea de establecer los máximos y mínimos de la terapia ocupacional dentro de dichos dispositivos.

Atención temprana

Descripción del dispositivo

Se entiende la Atención Temprana (AT) (Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de atención temprana; Xunta de Galicia, s.f.) como un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y a su entorno, y que tiene por objetivo dar respuesta lo antes posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y las niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos, para facilitar el desarrollo de su autonomía personal y la inclusión social.

Perfil de población

Los niños y niñas que acuden a AT (Pérez et al., 2006) tienen una alteración en su desempeño ocupacional, debido a las dificultades en la participación social y en la realización de sus actividades diarias. Los y las terapeutas ocupacionales detectan cuáles son las dificultades que alteran su desempeño y las abordan. Asimismo, son los y las profesionales convenientes para adaptar el entorno a las necesidades del niño/a, logrando la mayor independencia y calidad de vida posibles.

Rehabilitación física infantil

Descripción del dispositivo

La medicina física y de rehabilitación (MFR) dirige el proceso terapéutico que permite a la persona con alguna enfermedad o alteración reducir las limitaciones funcionales provocadas por ella, desarrollar sus propias capacidades, y alcanzar el nivel óptimo de actividad y de participación en la vida social.

Es una especialidad médica independiente responsable de la prevención, del diagnóstico, de la prescripción del programa terapéutico y del control de todo el proceso rehabilitador de las personas con discapacidad. La MFR cuenta con distintos medios terapéuticos: la fisioterapia, la terapia ocupacional, la logopedia, las ortoprótesis, los tratamientos farmacológicos, y las ayudas técnicas y tecnológicas. La especialidad de MFR ha desarrollado un cuerpo de conocimiento en valoración de la discapacidad, evaluación instrumental y biomecánica y en técnicas intervencionistas.

Dentro de la MFR la rehabilitación infantil tiene una entidad propia. Su campo específico es la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la discapacidad infantil causada por cualquier tipo de enfermedad o alteración que pueda limitar su desarrollo madurativo y la actividad que le corresponda por su edad.

Perfil de población

Las unidades de Rehabilitación Infantil se centran en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones motoras causadas por enfermedades o alteraciones neurológicas, neuromusculares, articulares, esqueléticas, sensoriales o mentales. Incluye también el tratamiento de otras funciones básicas y automáticas de la vida humana, tales como la respiración, la deglución, la masticación, el control postural, etc., en las que también interviene la función motora. La rehabilitación infantil es, por tanto, una especialidad clínica diagnóstica y terapéutica orientada a restablecer o mejorar la función motora dañada o alterada en la población infanto-juvenil. Pero tiene también un fuerte carácter preventivo y social: reducir las limitaciones funcionales del niño/joven y posibilitar su desarrollo hacia una vida adulta independiente (Sociedad Española de Rehabilitación Infantil, 2019).

Rehabilitación física de adultos

Unidad de rehabilitación física de adultos

Descripción del dispositivo

La Medicina Física y Rehabilitación en Europa es una especialidad única y ha sido definida por la Sección de MFR de UEMS como sigue (Sección de Medicina Física y Rehabilitación. (2009).

La MFR es una especialidad médica independiente relativa al funcionamiento físico y cognitivo, a la actividad (incluyendo la conducta), a la participación (incluyendo la calidad de vida) y a la modificación de factores personales y ambientales. De este modo, es responsable de la prevención, del diagnóstico, de los tratamientos y del manejo y gestión de la rehabilitación de las personas de todo tipo de edad, con procesos discapacitantes y comorbilidad.

Los objetivos principales de la Medicina Física y Rehabilitación consisten en optimizar la participación social y la calidad de vida. Normalmente esto requiere ayudar al individuo/a a ser capaz de decidir y alcanzar los niveles de autonomía e independencia que desee tener, incluido la participación en actividades sociales y recreativas vocacionales de acuerdo con sus derechos como persona.

La Medicina Física y Rehabilitación es efectiva de cinco maneras distintas:

- en el tratamiento de las patologías subyacentes
- para reducir la discapacidad y/o la minusvalía
- en la prevención y el tratamiento de las complicaciones
- en la mejora del funcionamiento y de la actividad
- para posibilitar la participación social.

Todas estas actividades tienen en cuenta el contexto personal, cultural, así como el entorno del individuo, siguiendo los principios de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF).

La rehabilitación es un proceso continuado y coordinado, que comienza con la aparición de una enfermedad o lesión y consigue su éxito cuando el/la individuo logra alcanzar un papel en la sociedad en consonancia con sus aspiraciones y deseos en la vida.

La rehabilitación y la habilitación (SERGAS, s.f.a) son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.

La MFR utiliza diversas intervenciones. Las intervenciones incluyen:

- 1) Intervenciones médicas: - Medicación para restablecer o mejorar las estructuras corporales y/o su función, p. ej. analgésicos, antiinflamatorios, miorrelajantes y antiespásticos, terapia para mejorar las alteraciones cognitivas, terapia para mejorar el rendimiento físico, tratamientos antidepresivos, etc. -
- 2) Tratamientos físicos: - Técnicas de terapia manual para tratar la rigidez articular y las disfunciones de los tejidos blandos; - cinesiterapia y otras terapias por medio de la actividad física; - electroterapia; - otras terapias como: ultrasonidos, aplicaciones de frío y calor, fototerapia (p. ej. terapia láser), hidroterapia y balneoterapia, diatermia, masoterapia, drenaje linfático manual, etc.
- 3) Terapia ocupacional para: a) analizar actividades, como por ejemplo las de la vida diaria, o bien establecer la necesidad de aplicar soportes para las estructuras corporales deficitarias (p. ej. uso de dispositivos de ayuda), b) enseñar al paciente técnicas, destrezas y habilidades para superar y disminuir barreras que aparezcan en su vida diaria (p. ej. adaptar instalaciones domiciliarias), c) realizar entrenamiento para superar los déficits funcionales y cognitivos y d) aumentar la motivación del paciente.
- 4) Terapia del lenguaje y de la comunicación en el marco de programas complejos de rehabilitación.
- 5) Manejo de la disfagia.
- 6) Intervenciones neuropsicológicas.
- 7) Valoraciones e intervenciones psicológicas, incluyendo consejos.
- 8) Terapia nutricional.
- 9) Material para personas con movilidad reducida, tecnologías de apoyo, prótesis, órtesis, apoyo y ayudas técnicas.
- 10) Educación al paciente.
- 11) Enfermería de rehabilitación.

Perfil de población

La población diana a la que va dirigida nuestra intervención en la Unidad de Rehabilitación Física de adultos son personas mayores de 14 años con secuelas físicas que como consecuencia crean una disfunción ocupacional. Entre otras muchas afecciones que pueden ser objeto de tratamiento en una Unidad de Terapia Ocupacional podemos destacar las siguientes: traumatismos, deformidades adquiridas de los dedos, enfermedades reumatológicas, amputaciones, infecciones y trastorno vascular de las manos, quemaduras, secuelas oncológicas, secuelas de VIH, otros síndromes.

Unidades de lesión medular (SERGAS, s.f.b)

Descripción del dispositivo

La lesión medular (LM) se puede definir como todo proceso patológico, de cualquier etiología, que afecta a la médula espinal y origina alteraciones de la función motora, sensitiva y autónoma, junto con una disfunción sistémica multiorgánica. La etiología de las lesiones medulares puede ser de origen congénito, traumático o de causa médica (enfermedades vasculares, tumorales, inflamatorias infecciosas, entre otras). Es una condición que con frecuencia ocasiona gran discapacidad, acarreando un alto coste personal, un impacto psicosocial negativo y consecuencias socioeconómicas a corto y largo plazo. Se trata de una lesión grave, que requiere una actuación coordinada y multidisciplinaria, para tratar la lesión medular en sí misma y las potenciales complicaciones secundarias, de una manera satisfactoria. Dentro de un sistema de salud, conocer las características epidemiológicas y demográficas de la lesión medular es vital para planificar las prioridades e identificar las directrices de la prevención.

La Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) es unidad de referencia para toda Galicia; dispone de un total de 31 camas, de las cuales 6 están destinadas para pacientes agudos

Hospital Clínico Universitario de A Coruña. Unidad de Lesionados Medulares Unidad de referencia autonómica para el tratamiento rehabilitador integral de las lesiones medulares agudas de etiología médica y traumática

Perfil de población

Población en general con problemas de lesión medular en fase aguda.

Salud Mental

Los recursos de Salud Mental en Galicia no son los mismos en todas las áreas. Debido a la población en un Área Sanitaria, existe una cartera de servicios diferente. En la red del Servicio Galego de Saúde, los dispositivos existentes son:

Unidad de Hospitalización Breve

Descripción del dispositivo

Las unidades de hospitalización breve (en adelante UHB), están diseñadas para el tratamiento psiquiátrico, en régimen de internamiento de corta duración, de personas aquejadas de procesos agudos, recaídas o reagudizaciones de un trastorno mental previo de larga duración, en el comienzo de la enfermedad para la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, así como para tratamientos de desintoxicación de sustancias adictivas. Son unidades dotadas con alrededor de 20 camas y suelen estar situadas en el seno de los hospitales generales (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Perfil de población

La derivación del paciente suele realizarse de forma voluntaria ante una crisis, frecuentemente a través del servicio de urgencias, aunque también puede producirse como consecuencia de un mandato judicial. La estancia media oscila entre 7 y 21 días (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Hospital de Día

Descripción del dispositivo

El Hospital De Día (HDD) es un dispositivo asistencial de tratamiento activo¹ de trastornos mentales en régimen de día.² Es un recurso de atención continuada, que provee un tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad³ (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Su concepción se basa en la idea de que el mantenimiento del individuo que padece una enfermedad mental en su entorno social, laboral y familiar, supone un mayor beneficio que el internamiento, si perseguimos como objetivo último su reincorporación a la comunidad. Asimismo, se apoya en el concepto de “milieu thérapeutique”, que enfatiza la utilización del tiempo, el espacio y las relaciones interpersonales para crear un clima terapéutico, vehiculado a través de distintas actividades terapéuticas dirigidas por un equipo interdisciplinar, con el objetivo último de llevar a los y las sujetos de la heteronimia a la autonomía (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Con una franja de edad comprendida entre los 18 y los 65 años,⁴ los y las sujetos admitidos dentro de los HDD se caracterizan por presentar una patología mental grave con

¹ Se entiende por *tratamiento activo* la aplicación de todas aquellas técnicas y procedimientos terapéuticos que los avances científicos y la experiencia clínica han demostrado efectivos para el alivio, mejoría o curación de procesos psicopatológicos que se encuentran en actividad.

² Se entiende por *régimen de día* la asistencia prestada durante la jornada diurna, lo que supone, al menos, una cobertura temporal de 8 horas semanales.

³ Puede ser considerado por tanto como un instrumento de prevención secundaria.

⁴ La hospitalización parcial para niños, niñas y adolescentes (hasta los 18 años) está sin resolver en la mayoría de las CCAA. Existen grandes disparidades entre ellas. De todas formas, en aquellas que existen este dispositivo es el recurso más adecuado para niños y adolescentes que presentan una patología grave y no pueden seguir una escolarización normalizada. Se realizan diferentes intervenciones, fundamentalmente psicoterapéuticas, con los pacientes y sus familias, incluyendo también actividades educativas y psicopedagógicas para que los sujetos retomen su escolarización. En cuanto a sus funciones y procedimientos son similares a los recogidos en el HDD de adultos y adultas, adaptadas a las peculiaridades de esta población. En general se recomienda que los HDD para Niños y niñas y Adolescentes tengan una estructura y funcionamiento adaptado a tres grupos de edad: menos de 7 años; entre 7 y 13 años y más de 13 años.

diagnósticos heterogéneos, fundamentalmente, trastornos psicóticos, graves de la personalidad y de la conducta alimentaria⁵.

Es muy frecuente atender a población con cuadros agudos y subagudos, derivados de una UHB en la que acaban de recibir el alta, con síntomas en remisión. También es habitual la presencia de pacientes estabilizados, después de un periodo de enfermedad más o menos prolongado, con pródromos o con posibilidad de sufrir una recaída o descompensación e, incluso, crónicos o nuevos crónicos, derivados de los CSM, que ante la escasez de otros recursos son admitidos en HDD. Dependiendo de la institución y de la coyuntura del momento puede predominar un perfil u otro (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Habitualmente, son criterios de exclusión para el ingreso en un HDD: padecer un trastorno orgánico, disocial, retraso mental, conductas psicopáticas graves, usar sustancias psicotrópicas que interfiera con el tratamiento y el riesgo de suicidio inmediato. Todas estas circunstancias pueden impedir o dificultar seriamente la incorporación a las actividades terapéuticas del HDD. Asimismo, es recomendable que él o la sujeto tenga un apoyo social o familiar mínimo y que disponga de un alojamiento adecuado (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

La provisión del tratamiento se sustenta en la elaboración de planes de intervención específicos e individualizados, que cubren tanto necesidades médicas como psicológicas y sociales, enfatizando un abordaje terapéutico continuado.

Perfil de la población

Basándonos en nuestra experiencia clínica en HDD, podemos afirmar que en estos dispositivos es poco frecuente encontrar una población homogénea⁶.

⁵ En algunas comunidades autónomas existen HDD monográficos, en los que se atiende a población con patologías específicas. Así, entre ellos, encontramos HDD exclusivamente dedicados a la atención de trastornos de la conducta alimentaria, de trastornos límites de la personalidad y trastornos psicóticos (en Madrid) e, incluso, alguno destinado a la intervención de pacientes con toxicomanías o alcoholismo (en Álava).

⁶ Sin duda, la ausencia de recursos para la atención del enfermo/a mental ha contribuido a aumentar la heterogeneidad de la población atendida en este tipo de instituciones, puesto que en muchas ocasiones son admitidos pacientes que por sus características podrían obtener un beneficio mayor en otros recursos especializados, pero que recalcan en un hospital de día frente a la falta de disponibilidad de otros recursos.

Junto a esta peculiaridad debemos asimismo señalar otra que quizá tiene mayor relevancia para el trabajo del o la terapeuta ocupacional; la diversidad, no únicamente clínica, sino también en lo que respecta a los aspectos sociales, familiares y, específicamente, ocupacionales. En nuestra práctica hemos podido constatar que pueden diferenciarse dos perfiles genéricos entre la población atendida en un HDD⁷; a saber (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011):

- Sujetos que acaban de padecer un primer episodio de la enfermedad, sin ingresos psiquiátricos previos, con una red de apoyo social y familiar amplia, que no han sufrido un deterioro en sus vínculos sociales, afectivos y familiares, ni una ruptura en las actividades académicas o laborales y otras esferas de actividad (actividades de autocuidado, automantenimiento, lúdicas o de ocio y de participación social). Asimismo, presentan déficit en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.
- Sujetos con episodios recurrentes, ingresos psiquiátricos previos y una historia de enfermedad más prolongada, con una escasa red de apoyo social y familiar que suele ser consecuencia del deterioro progresivo de los vínculos sociales, afectivos y familiares y en los que la enfermedad ha producido una ruptura en las actividades académicas o laborales así como en la adquisición y mantenimiento de otras actividades propias del sujeto (autocuidado, automantenimiento, lúdicas y de ocio y de participación social). Con cierta frecuencia estos individuos presentan un mayor o menor grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras o para la relación interpersonal.

Factores de carácter coyuntural o singulares de cada HDD (verbigracia: por su ubicación en el territorio, tipo de derivaciones más frecuentes, etc.) determinan que predomine o no uno u otro de los perfiles que acabamos de describir. En consecuencia, las alteraciones en el desempeño ocupacional características de la población abordada en HDD pueden oscilar entre las que presentan los y las sujetos con cuadros clínicos agudos y subagudos y aquellos estabilizados con problemas secundarios al padecimiento de una enfermedad mental (v. cap. 10). Los objetivos y el diseño del programa de intervención de terapia ocupacional de un HDD deben ser sensibles a este fenómeno y lo suficientemente

⁷ Si bien es cierto que es muy aventurado obtener conclusiones relevantes a partir de una experiencia concreta, creemos que esta experiencia puede ser de utilidad para aquellos terapeutas que se enfrenten a problemas similares.

flexibles para adecuarse a las necesidades de la población atendida en cada momento (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Equipo de Continuidad de Cuidados

Descripción del dispositivo

Se considera la continuidad de cuidados como un concepto central que favorece el bienestar y el funcionamiento de los y las pacientes, facilita la efectividad de los diferentes servicios y permite dar una respuesta a las necesidades de las personas con enfermedad mental. No obstante, y a pesar de disponer de evidencias sólidas y de estar avalado este concepto por declaraciones gubernamentales, la realidad nos indica que existen dificultades para poder hacerlo operativo, que proceden de la ausencia de un modelo epistemológico de salud mental comunitaria, de la escasa dotación financiera o del desinterés de muchos profesionales que prestan la atención a estos/as pacientes. La presencia de estas dificultades repercute en el afrontamiento y recuperación de la enfermedad, pues no se contempla el funcionamiento psicosocial de la persona o el impacto que la enfermedad ocasiona en la familia (López, 2006; Talavera, 2007).

Perfil de población

Personas con problemas de salud mental que tras la hospitalización o en un periodo concreto de su cuadro necesitan un seguimiento constante.

Unidad de Salud Mental

Descripción del dispositivo

No debemos entender la atención dispensada en los Unidades de Salud Mental (en adelante USM) como un servicio aislado, que oferta una cartera de servicios determinada, sino como un recurso que articula el sistema global de prevención, atención y seguimiento de los problemas de salud mental para el conjunto de la población. Estos dispositivos de asistencia ambulatoria, integrados normalmente dentro de la atención especializada⁸, son el

⁸ Con diferentes niveles de desarrollo, están presentes en la mayor parte de los planes de salud mental de las CCAA, algunos incluyen entre sus funciones la atención a personas que padecen Alcoholismo y/o Toxicomanías.

eje central de la red de dispositivos de salud mental de cada área sanitaria. Son la puerta de entrada al sistema y tienen responsabilidad sobre los pacientes a lo largo de todo su proceso de recuperación. Asimismo, les corresponde la identificación temprana de los problemas mentales (para gestionar una hospitalización más rápida en el caso en que sea necesaria), por lo que deben ubicarse en el seno de la comunidad, asumiendo la atención de la población de una zona delimitada (sectorización). Esta cercanía garantiza el acceso a los diferentes servicios de asistencia sin que el/la paciente tenga que desplazarse excesivamente de su domicilio habitual (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Dotadas de equipos multiprofesionales, aseguran una atención completa de los diferentes aspectos -médicos, psicológicos, económicos, sociales, ocupacionales, etc.- asociados a los problemas de salud mental. Tales equipos están constituidos por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales, además del personal administrativo necesario para las tareas de organización y gestión del servicio (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Han de proveer una asistencia que enfatice la continuidad de cuidados, planificando y coordinando la participación del/la paciente a lo largo de la evolución de la enfermedad en los distintos recursos y servicios de atención a la salud mental (atención primaria, unidades de hospitalización, servicios sociales comunitarios y asistencia ambulatoria). De esta forma, se persigue elaborar planes de intervención a largo plazo, que contemplen las características singulares de cada caso (posibles recaídas, problemas sociales, económicos, etc.), evitando la fragmentación de la atención sanitaria de las personas con enfermedad mental (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Ubicadas frecuentemente en los edificios de los Centros de Especialidades de un área sanitaria, su actividad se estructura por medio de programas de rehabilitación, prevención y atención ambulatoria. Los programas de prevención primaria tienen como objetivo prevenir la aparición de la enfermedad mental, realizando, entre otras, intervenciones específicas de educación para la salud mental, sobre consumo de drogas y alcoholismo, escuela de padres y madres y de reducción del estrés en personas de alto riesgo. Por su parte, los programas de rehabilitación persiguen la recuperación de las capacidades cognitivas, emocionales y sociales que el paciente ha perdido como consecuencia de las secuelas de la enfermedad y de los largos periodos de hospitalización, potenciando paralelamente las destrezas que favorezcan la participación social del sujeto en actividades lo más normalizadas posible (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

De acuerdo con Franco y Durante citados por Moruno-Miralles y Talavera-Valverde (2011), el trabajo desarrollado en los USM tiene dos cometidos principales: el tratamiento de los y las enfermos mentales que residen en la comunidad –en particular, aquellos con condiciones crónicas y graves- fuera del hospital y la prevención y tratamiento precoz de los trastornos mentales agudos. Estos propósitos se llevan a cabo por medio de programas.

Concebido como eje de la red de dispositivos de atención a la salud mental, las funciones y objetivos genéricos de los USM pueden desplegarse en (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011):

- **Detección temprana de enfermedades mentales y diagnóstico:** gestionan ágilmente las primeras visitas, para evaluar y establecer una orientación diagnóstica que a su vez pueda servir para que el sujeto sea derivado a dispositivos específicos, en el caso de que sea necesario. Esta función da lugar a que la coordinación con los servicios de atención primaria y los servicios sociales sea una de las piezas claves en su funcionamiento. Además, desde este dispositivo se puede gestionar acciones para elaborar diagnósticos de salud de la población, para intervenir sobre grupos específicos que así lo necesiten o potenciar la promoción de la salud de la población en general.
- **Atención a crisis:** respondiendo inmediatamente a situaciones de descompensación o recidivas para implementar una intervención. Esta función requiere una estrecha colaboración con el servicio de urgencias hospitalarias.
- **Tratamiento y seguimiento:** implementando intervenciones de índole psicofarmacológico, psicoterapéutico, terapias de grupo, terapias familiares y de pareja, terapia ocupacional, etc.
- **Orientar y asesorar a la población con enfermedad mental o riesgo de padecerla y a sus familias para resolver sus necesidades económicas, de vivienda, laborales, etc.**
- **Apoyo a la Atención Primaria de Salud:** por medio de interconsultas que lleguen desde este nivel asistencial. Para ello la coordinación con los profesionales de primaria es determinante, estableciendo protocolos de tratamiento, seguimiento y derivación que posibiliten una buena gestión de los casos en el nivel primario de salud. Además, desde estos USM se pueden emprender junto a primaria colaboraciones en actividades preventivas y de promoción de la salud mental.

- Participación en programas específicos de atención especializada: dirigidos a diversos grupos de población con necesidades específicas (alcoholismo, drogodependencia, trastornos alimentarios, etc.), desarrollando actividades de evaluación e intervención, a través de protocolos elaborados de forma conjunta con otros recursos asistenciales, donde se establezcan, entre otras, actividades preventivas y rehabilitadoras, realizadas en colaboración con asociaciones de usuarios y familiares.
- Desarrollo e implementación de programas para población psicogeriátrica: para la evaluación y estableciendo planes de intervención, facilitando el acceso a tales programas, gracias a la coordinación con Residencias de Mayores y Centros de Día.
- Desarrollo e implementación de programas de atención a población infanto-juvenil: en estrecha colaboración con atención primaria de salud y con los recursos sociosanitarios, educativos, judiciales y de tutela. Realizando actividades preventivas y rehabilitadoras, a partir de una evaluación y diagnóstico, integradas en planes de intervención individualizados.
- Apoyar la sobrecarga de las familias en el cuidado de sus miembros enfermos.
- Impulsar acciones encaminadas a favorecer la implicación de instituciones de la comunidad -asociaciones, sindicatos, ONG, etc.- en la provisión de servicios y recursos a los enfermos mentales.
- Investigación y evaluación de la necesidad, provisión y eficacia de los servicios y de las necesidades de la población.

Perfil de la población

La población diana de los programas de terapia ocupacional de los USM podemos clasificarla en dos grandes grupos (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011):

- La población de riesgo del área sanitaria de cada USM. Ésta se caracteriza por presentar alteraciones en el desempeño ocupacional -o, potencialmente, tener un mayor riesgo de padecerlas- como consecuencia, principalmente, de un desajuste debido a cambios de rol (viudez, jubilación, paternidad, etc.) o ausencia de habilidades o destrezas para afrontar la vida en la comunidad (manejo de conflictos, como en el caso de problemas familiares, falta de asertividad, dificultades para afrontar los trámites burocráticos de los sistemas de protección

social, etc.). Dentro de este grupo de población dos colectivos requieren especial atención, el de la infancia y la adolescencia y el de las personas mayores. La prevención de patologías psiquiátricas en la población infanto-juvenil debe ocupar una parte importante del trabajo destinado a ella, procurando una detección precoz de los niños que estén en grupos o situaciones de riesgo, una intervención precoz en posibles casos de malos tratos o en hijos de pacientes psiquiátricos, etc.⁹.

- Personas con *patologías crónicas* que residen en la comunidad como consecuencia del proceso de desinstitucionalización -pacientes ancianos con un largo historial de hospitalizaciones psiquiátricas- y los denominados “nuevos crónicos” -adultos jóvenes que presentan serios problemas de ajuste, integración y participación social en la comunidad como consecuencia de la evolución de su enfermedad. Este tipo de pacientes se caracteriza por padecer trastornos mentales graves¹⁰, duraderos y persistentes que interfieren en el funcionamiento del sujeto en su vida diaria, en sus actividades de higiene personal, autocuidado, laborales y educativas, de ocio y en su participación social en la comunidad. Requieren, por tanto, una atención y tratamiento psiquiátrico prolongado, así como apoyo y soporte que contrarreste el menoscabo de su autonomía personal y económica.
- *Población infanto-juvenil*. La atención ambulatoria se realizará a través de los programas específicos llevados a cabo en los USM¹¹, o bien en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, formadas por equipos con la suficiente especialización en este campo. No obstante, nos gustaría señalar que la cobertura a esta población se ha desarrollado escasamente y cuenta con modos de organización muy

⁹ Por otra parte, sería importante también la inclusión en el protocolo del niño sano de aspectos evolutivos del desarrollo psíquico a ser vigilados en los controles pautados

¹⁰ Las características clínicas y las alteraciones en el desempeño asociadas a los trastornos mentales crónicos las analizamos con más detalle en el epígrafe dedicado a las unidades de larga estancia.

¹¹ Aunque debemos advertir que, en nuestro país, numerosas Comunidades Autónomas han desarrollado dispositivos específicos para la atención de la población infanto-juvenil. Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil son el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y la intervención con menores de edad con problemas de salud mental.

diversos dependiendo de cada comunidad autónoma¹². Independientemente del modelo organizativo por el que se opte, siempre se deben respetar dos aspectos fundamentales: la coordinación en red y la suficiente especialización de los profesionales que atienden a esta población.

Unidad de Media estancia

Descripción del dispositivo

La unidad de media estancia (U.M.E.) (Grupo Regional de Trabajo de Unidades de Media Estancia de Castilla-La Mancha, 2013) hace referencia a un régimen de ingreso adaptado a personas con patología psiquiátrica de diverso origen, que requieren un ingreso entre tres y seis meses. Los objetivos de este tipo de régimen son:

- Mejorar la recuperación lograda durante el ingreso en una planta de psiquiatría de agudos.
- La estabilización sintomática.
- Rehabilitar el déficit en el funcionamiento psicosocial, a través de un programa de intervención multidisciplinar adecuado a las necesidades de cada persona.
- Maximizar la reinserción en el medio del que provenía la persona.
- Asegurar el bienestar y la calidad de vida de los usuarios y de sus familias.

Unidad de Larga estancia

Descripción del dispositivo

Las Unidades de Larga Estancia¹³ (a partir de ahora ULE) (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011) proporcionan un entorno residencial estructurado, con programas

¹² Cada Comunidad Autónoma desarrolla planes específicos de salud mental para niños y adolescentes. Así, cada una presenta un distinto grado de cobertura en diferentes niveles de asistencia; a saber: Castilla-La Mancha, Cataluña, Asturias, Valencia, Aragón y Murcia (en un segundo nivel asistencial); Andalucía (en un tercer nivel asistencial) y otras autonomías que tienen organizada la atención dentro de un plan general de salud mental, con programas específicos de atención dentro de las USM (País Vasco, Extremadura, Galicia, y Madrid). Por último, Canarias está en fase de organización, Navarra en estudio de un plan específico y pendientes de organizar y planificar (Cantabria, Baleares y Rioja).

¹³ Bajo este título incluimos aquellos dispositivos con otras denominaciones, dependiendo de la comunidad autónoma en que se ubiquen; a saber: Comunidades Terapéuticas, Unidades de Rehabilitación, Unidades de Media Estancia. En esos recursos el

de tipo rehabilitador y/o asistencial de carácter prolongado, a personas que permanecen ingresadas durante periodos de larga duración.

Están indicadas para atender a personas con trastornos mentales graves y persistentes que necesitan supervisión continua para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestido, alojamiento, así como para preservar su propia seguridad, al presentar un comportamiento gravemente desorganizado que impide o dificulta su vida en comunidad o su participación en otros dispositivos comunitarios. Diferentes circunstancias pueden hacer necesario el internamiento prolongado, entre ellas, la falta de alojamiento o de recursos económicos que posibiliten el alta, la ausencia de una red de apoyo social o familiar o las características clínicas o de la evolución de la enfermedad que impiden residir al individuo de forma independiente en su comunidad (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Antes de la reforma psiquiátrica el internamiento a largo plazo era una práctica común, más allá de la gravedad de su cuadro clínico muchos pacientes permanecían internados durante meses o años. Hoy en día el abordaje de personas con enfermedad mental grave se basa en la idea de que la recuperación es más rápida y eficaz cuando tiene lugar en el seno de las propias comunidades. Desafortunadamente, en muchas ocasiones estas personas no pueden recibir la atención adecuada en la comunidad, ante la falta de recursos especializados, y con frecuencia permanecen en los numerosos hospitales psiquiátricos que fueron creados antes de la reforma, cuando no pasan a formar parte, en el peor de los casos, de la población en riesgo de exclusión (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

A partir de la reforma psiquiátrica los antiguos manicomios se ven inmersos en un proceso de conversión que trata de potenciar su carácter rehabilitador, con la perspectiva de su progresiva sustitución por alternativas residenciales comunitarias (Mini-Residencias, Residencias de mayores, Pisos protegidos, etc.). A pesar de los intentos para potenciar su carácter rehabilitador, en muchos casos están insuficientemente dotadas, tanto de recursos materiales como humanos e infraestructuras, no sólo en lo que respecta a la terapia ocupacional, sino también en servicios médicos, sociales y de enfermería. La financiación puede ser escasa y es habitual que el personal sea limitado, poco especializado y escasamente actualizado en su formación. Además, la población residente suele ser muy

nombre que los designa no siempre se corresponde con la realidad de sus intervenciones. Son muchas la CCAA que disponen de ellos y, en ciertos casos, encubren una atención residual de índole manicomial ante la ausencia de programas rehabilitadores.

numerosa, con una amplia diversidad de diagnósticos, edades y características clínicas. También debemos señalar que estas instituciones fueron concebidas como manicomios para la reclusión duradera, cuando no permanente, de enfermos/as mentales y, en ocasiones, en ellas la cultura manicomial sigue vigente (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Gran parte del potencial terapéutico de estos recursos reside en su capacidad para cambiar los principios y prácticas que han mantenido, a veces durante siglos, elaborando y poniendo en práctica programas específicos para que los y las pacientes con enfermedades mentales de larga duración puedan adquirir habilidades, mejoren su autonomía y logren, en última instancia, el mayor grado de integración social posible. Esta transformación depende en gran medida de las iniciativas del equipo para identificar, comprender y actuar sobre los múltiples factores que influyen en el proceso de intervención en estas instituciones. En esta empresa debemos admitir que uno de los factores que puede comprometer la mejora de los residentes es la propia institución. El fenómeno de la institucionalización ha sido ampliamente descrito y, básicamente, consiste en que los individuos institucionalizados progresivamente llegan a ser dependientes de la institución en la que se encuentran internados. La cultura, las prácticas y rutinas institucionales pueden limitar el desarrollo y crecimiento personal de los residentes, contribuyendo al proceso de institucionalización. Frecuentemente se ha asociado el efecto iatrogénico de las instituciones psiquiátricas a (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011):

- La inactividad forzosa.
- Las actitudes del equipo: brutalidad, caciquismo, autoritarismo, mofa, etc.
- La pérdida de vínculos y pertenencias personales.
- La pérdida de contacto con el mundo exterior.
- El clima o ambiente de la institución.

Todos estos aspectos pueden reducir en los residentes sus posibilidades de tomar decisiones, ser autónomos, ejercer su libertad de acción y mejorar su propia imagen. Por el contrario, generan apatía, pasividad y falta de iniciativa, así como pérdida de interés por el mundo fuera de la institución¹⁴ (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

¹⁴ Cuando examinamos estos efectos de la institucionalización podemos identificar sus similitudes con algunos de los síntomas negativos de la esquizofrenia, lo que dificulta su diferenciación.

Estas circunstancias hacen que las propias instituciones sean uno de los elementos con mayor potencial de cambio para mejorar la atención y cuidado de la población atendida en ellas. Así, las líneas directrices para la modificación del contexto institucional pueden articularse principalmente alrededor de tres ejes: la mejora del entorno físico y del clima terapéutico, de las prácticas profesionales y de la calidad de los programas institucionales de intervención. La modificación de estos aspectos puede tener un gran impacto en la satisfacción y calidad de vida de los residentes, así como en los resultados de las intervenciones terapéuticas (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Perfil de la población

El perfil de la persona que encontramos en las ULE se caracteriza por la presencia de graves desórdenes que tienen un impacto significativo y duradero en el funcionamiento global del sujeto. La mayor parte de los pacientes ingresados en estos recursos sufren esquizofrenia, aunque también es frecuente encontrar trastornos afectivos (depresión mayor y trastornos bipolares), de la personalidad con carácter crónico (esquizoafectivos, esquizofreniformes, etc.), por abuso de sustancias (alcoholismo, drogodependencias) y trastornos orgánicos y demencias incipientes¹⁵ (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

El deterioro que causa la enfermedad se ve exacerbado en muchos casos por otros factores añadidos que, finalmente, hacen necesario el soporte institucional del internamiento. Entre tales factores podemos destacar el funcionamiento premórbido, con frecuencia significativamente inferior al esperado de acuerdo al desarrollo evolutivo normalizado, funcionamiento que ha tenido importantes repercusiones psicológicas y sociales a lo largo de la evolución de la enfermedad y que, frecuentemente, se asocia a un inicio temprano de la misma. El inicio de la enfermedad a edad temprana, en la infancia, adolescencia o en la primera juventud, suele interrumpir el aprendizaje, adquisición y consolidación del desempeño de actividades, de acuerdo a las etapas normalizadas de desarrollo evolutivo (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

¹⁵ Incluso, en algunas ocasiones, podemos encontrar también entre la población demencias, deficiencia mental, alteraciones congénitas o hereditarias.

A esta circunstancia se añade que las personas con esquizofrenia crónica¹⁶ suelen presentar algún tipo de deterioro cognitivo. Como advertían Cantero y Moruno (24), los déficits cognitivos traen consigo dificultades significativas para el aprendizaje y la adquisición de las habilidades necesarias para el desempeño ocupacional. Obviamente, no todos los pacientes evolucionan de la misma manera, las alteraciones cognitivas pueden ser muy diferentes y su impacto puede condicionar, pero no determinar, el funcionamiento ocupacional del sujeto. También debemos advertir que a veces es difícil distinguir qué dificultades se deben al deterioro del sujeto y cuáles a otros aspectos, como la motivación, la estimulación y expectativas del medio y las posibilidades de acción en el entorno (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Además, debemos considerar también los efectos secundarios de la medicación utilizada para paliar la sintomatología asociada a la enfermedad. La ingesta durante largos periodos de medicación neuroléptica agrava significativamente la disfunción ocupacional. Los fármacos antipsicóticos pueden causar síntomas extrapiramidales, inhibición motora, temblores, acatisia, discinesia, vértigos y somnolencia que dificultan e interfieren en el desempeño ocupacional. Los terapeutas ocupacionales, así como otros miembros del equipo, juegan un papel crucial en la monitorización de los efectos de la medicación y, por tanto, pueden contribuir a asegurar que se prescribe la dosis mínima efectiva (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

De lo dicho hasta ahora podemos concluir que los problemas que encontramos en las ULE no son los característicos de los trastornos psiquiátricos primarios, más bien se caracterizan por la presencia de múltiples, complejos y diversos problemas, algunos de ellos enquistados durante años, que requieren una evaluación detallada para poder determinar qué los causan y mantienen (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

En lo que respecta a los cuadros clínicos se caracterizan principalmente por la presencia de síntomas negativos; a saber:

- Aplanamiento afectivo y embotamiento emocional, irritabilidad.
- Apatía, anhedonia y ausencia de motivación.
- Reducción de los niveles de actividad.

¹⁶ Uno de los diagnósticos más comunes entre la población con trastornos mentales graves, persistentes y duraderos.

- Alteraciones motoras y psicomotoras: enlentecimiento motor, discinesias, estereotipias, etc.
- Alteraciones de la atención, distraibilidad y pobres niveles de concentración.
- Deterioro de la esfera social y reducción de la conciencia social.

A pesar de no ser lo más característico, tampoco es extraño que los pacientes presenten, al menos transitoriamente, síntomas positivos: sobre todo alucinaciones auditivas y trastornos del pensamiento, delirios e ideas delirantes. También pueden presentar otros síntomas menos característicos, como alucinaciones táctiles, visuales y olfativas, labilidad o incongruencia emocional, inquietud psicomotriz, etc. Asimismo, los síntomas negativos pueden darse a la par que los positivos, habitualmente los primeros persisten durante largos periodos de tiempo después de que los segundos hayan remitido (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011).

Las personas que padecen trastornos mentales graves generalmente presentan alteraciones globales y persistentes de su desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, laborales, de ocio y de participación social.

Resumidamente, podemos identificar entre las más características¹⁷ (Moruno-Miralles y Talavera-Valverde, 2011):

- Alteraciones en el vestido, aseo, acicalamiento: pueden utilizar prendas pasadas de moda¹⁸, cantidades excesivas de maquillaje, ropa deteriorada o sucia, colores o prendas poco apropiados para el contexto o momento del día, pobre o deficiente higiene personal.
- Reducción drástica de la exploración y ejecución de actividades de ocio, exceso de tiempo libre y a una escasa ocupación satisfactoria del mismo.
- Ausencia de actividades de participación social: asociadas a un acusado aislamiento y carencia de referentes sociales, que dificultan la asimilación de patrones de comportamiento habituales en la comunidad.
- Ausencia de actividades laborales: el desempleo está asociado a la enfermedad mental, especialmente grave; las personas que padecen enfermedad mental

¹⁷ Para una revisión más detallada véase: Cantero PA, Moruno P. Actividades de la vida diaria en salud mental. En: Moruno P, Romero D. Actividades de la vida diaria. 1ª ed. Masson: Barcelona; 2006.

¹⁸ Especialmente llamativo en algunas personas que residen en hospitales psiquiátricos y regresan a la comunidad.

sufren tasas de desempleo muy altas, menos del 15% están en situación de empleo activo.

En el área laboral es muy frecuente encontrar en esta población factores añadidos a las dificultades laborales de la población general con enfermedad mental; entre ellos podemos citar: las bajas expectativas del equipo, los familiares y los propios pacientes, las actitudes negativas por parte de los empresarios o contratistas, los salarios bajos, la pérdida de prestaciones económicas si se consigue un empleo remunerado, el bajo nivel de formación laboral y la falta de apoyo y supervisión para el mantenimiento del trabajo.

Unidad de Rehabilitación de psiquiatría

Descripción del dispositivo

Se trata de Unidades Hospitalarias, ubicadas en los antiguos Hospitales Psiquiátricos o en Hospitales Generales que realizan un tratamiento de rehabilitación psicosocial en régimen abierto de los pacientes. Son instalaciones sanitarias con ingreso de duración media y que realizan intervenciones terapéuticas integradas, biológicas, psicológicas, psicosociales y rehabilitadoras, con un especial peso en estas últimas. Están dirigidas a enfermos cuya minusvalía o déficit trasciende tanto el marco estrictamente ambulatorio, como el de hospitalización en Unidad de Agudos. Supone dar un paso asistencial intermedio apoyándose a su vez en los recursos Socio sanitarios (Grupo de Consenso de la Guía de Funcionamiento de las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, s.f.).

Perfil de población

La Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica atiende a la población conocida como personas con enfermedad mental grave y prolongada: personas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, etc.) que conllevan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.) mantenido en el tiempo, y que acarrea niveles de minusvalías que le impiden la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma. Se trata de una definición amplia que incluye diferentes procesos o enfermedades pero que establece un cuadro sindrómico que diferencia a esta población de otros usuarios de la red de Asistencia Psiquiátrica. Habitualmente se trata de pacientes que presentan trastornos en la esfera de la esquizofrenia y trastorno bipolar pero también pueden incluirse ocasionalmente otros trastornos como la depresión mayor o el

trastorno obsesivo compulsivo (Grupo de Consenso de la Guía de Funcionamiento de las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, s.f.).

Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria

Descripción del dispositivo

Los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) y de la ingestión de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo en la salud física o del funcionamiento psicosocial (DSM-5, 2014:329).

Perfil de población

Las personas que sufren TCA (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) se caracterizan por adoptar conductas de alimentación anómalas como respuesta, en general, a su insatisfacción con su imagen corporal. Es frecuente que tengan pensamientos distorsionados en torno al peso (se sienten inferiores a las demás personas, piensan que no se las aprecia debido a su imagen física) y la salud (la grasa en la comida es perjudicial, estar delgado es saludable, el peso puede perderse rápidamente y sin peligro para la salud, hacer dieta es una actividad saludable, etc.). Las personas afectadas por estos trastornos sufren consecuencias nutricionales, físicas, psicológicas y sociales. Además, si no se tratan, pueden poner en riesgo su vida.

En general, las personas que padecen anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) comparten una preocupación excesiva por no engordar, aunque su peso sea normal o esté muy por debajo de lo saludable. La comida se convierte en el eje central de sus preocupaciones y progresivamente van desatendiendo otros aspectos de su vida. La AN y la BN se diferencian entre sí por la forma en que se comportan las personas ante la comida y las distintas consecuencias físicas que se derivan de ello. Si no se sigue un tratamiento adecuado, puede darse el caso de que una persona con uno de los trastornos acabe por desarrollar el otro

La Unidad de Desórdenes Alimentarios -UDAL (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago) (Martínez et al., 2002), es una unidad integral de atención a pacientes con

anorexia nerviosa o bulimia, y es de referencia para toda la Comunidad Autónoma de Galicia. Dispone físicamente de dos áreas de hospitalización en regímenes distintos y un área de Consultas Externas, localizada en Santiago de Compostela.

El área de Consultas Externas está ubicada en la primera planta del pabellón sur del Hospital Quirúrgico de Conxo (antiguo Hospital Provincial) y dispone de 10 despachos de consulta individual, dos salas de reuniones para grupos, una sala de reuniones para personal terapéutico y dos salas de enfermería. Las zonas de hospitalización se dividen:

- El área de Hospitalización Aguda dispone de siete camas y está ubicada en la segunda planta del área de hospitalización del Hospital Quirúrgico de Conxo.
- El área de Hospital de Día dispone de espacio para 8 pacientes y se encuentra ubicada en la primera planta del pabellón sur del Hospital de Conxo.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J)

Descripción del dispositivo

La finalidad de la Atención ambulatoria a los problemas de salud mental de la población menor de 16 años del área sanitaria, abordando la evaluación, diagnóstico, tratamiento del paciente y derivaciones pertinentes, asegurando la continuidad asistencial. Realizan además la interconsulta al servicio de Pediatría. Vía de acceso: Pediatras, Centros de Menores y dispositivos de Salud Mental (SERGAS, s.f.c).

Perfil de población

Población menor de 16 años con problemas de salud mental.

Unidad de Psicogeriatría

Descripción del dispositivo

La finalidad de la Atención ambulatoria a los problemas de salud mental de la población mayor de 65 años del área sanitaria centro, que por su especial complejidad no pueden ser abordados en su Unidad de Salud Mental correspondiente, incluyendo la evaluación, diagnóstico, tratamiento del paciente y derivaciones pertinentes, asegurando la continuidad asistencial (SERGAS, s.f.d).

Perfil de población

Población mayor de 65 años con problemas de salud mental.

Centro de día de psiquiatría

Descripción del dispositivo

Son centros de día donde se realizan actividades de rehabilitación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Perfil de población

Pacientes psicóticos crónicos, en régimen de atención continuada.

6. Situación actual sobre la terapia ocupacional en Galicia

Mapear la terapia ocupacional en el SERGAS, es necesario para poder definir las dificultades de la disciplina dentro de la organización. La diversidad de dispositivos en los que se encuentra implicado el terapeuta ocupacional fluctúa en función de las áreas, con la consiguiente dificultad de poder ofrecer una asistencia de calidad que redunde en el desarrollo de la terapia ocupacional en la organización.

6.1. Cuadro de personal y dedicación

Leyenda de tablas

Dispositivo: se refiere a la unidad donde se lleva a cabo los procesos de terapia ocupacional.



Si se encuentra sombreado de azul el dispositivo SI existe en el área.

Si se encuentra sombreado de azul oscuro el dispositivo NO existe en el área.

Dedicación: se refiere al tiempo y la jornada en la que se encuentra contratado el o la profesional de terapia ocupacional.



Si se encuentra sombreado de azul oscuro en el dispositivo NO existe la figura del o de la terapeuta ocupacional.

TCM: Turno completo de mañana.

TCT: Turno completo de tarde.

Área Sanitaria de Coruña y Cee

Dispositivos de Atención Temprana

1. Unidad de atención temprana

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital público Virxe da Xunqueira

Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM*		
	1TCM*		

Observaciones

* No están separadas la de AT y la de RHB infantil. Ambas plazas están en la unidad y atienden todo tipo de problemas tanto de Atención temprana como de Rehabilitación infantil.

Dispositivos de Rehabilitación

2. Unidad de Rehabilitación Infantil

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital público Virxe da Xunqueira

Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM*		
	1TCM*		

Observaciones

* No están separadas la de AT y la de RHB infantil. Ambas plazas están en la unidad y atienden todo tipo de problemas tanto de Atención temprana como de Rehabilitación infantil.

3. Unidad de Rehabilitación Adultos

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación

4TCM

½ JTM*

Observaciones

* Profesionales de terapia ocupacional a media jornada de mañana.

4. Unidad de Lesión Medular

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación

1TCM

1TCM

1TCT

Dispositivos de Salud Mental

5. Unidad de Hospitalización Breve

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación

1TCM

6. Hospital de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación

1TCM

7. Equipo de trastorno mental severo

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación

8. Unidad de salud mental

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación

9. Unidad de media estancia

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación

10. Unidad de larga estancia

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)		Hospital Público Virxe da Xunqueira	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

11. Unidad de rehabilitación psiquiátrica

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)		Hospital Público Virxe da Xunqueira	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

12. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)		Hospital Público Virxe da Xunqueira	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

13. Unidad de salud mental infanto juvenil

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)		Hospital Público Virxe da Xunqueira	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

14. Unidad de psicogeriatría

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



15. Centro de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña (CHUAC)

Hospital Público Virxe da Xunqueira

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



Área Sanitaria de Ferrol

Dispositivos de Atención Temprana

1. Unidad de atención temprana

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación

1TCM

Dispositivos de Rehabilitación

2. Unidad de Rehabilitación Infantil

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación

3. Unidad de Rehabilitación Adultos

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación

1TCM

1TCM

4. Unidad de Lesión Medular

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



Dispositivos de Salud Mental

5. Unidad de Hospitalización Breve

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



1TCM

6. Hospital de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



1TCM

7. Equipo de trastorno mental severo

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



8. Unidad de salud mental

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación

9. Unidad de media estancia

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación

10. Unidad de larga estancia

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación

11. Unidad de rehabilitación psiquiátrica

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

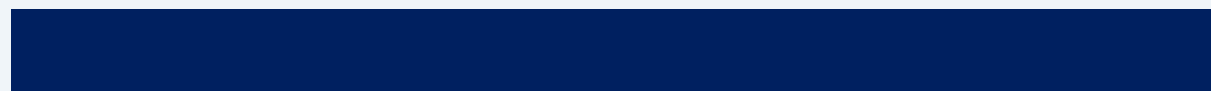
Dedicación

12. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



13. Unidad de salud mental infanto juvenil

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



14. Unidad de psicogeriatría

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



15. Centro de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Dispositivo

Dedicación



Área Sanitaria de Lugo, Monforte de Lemos y A Mariña

Dispositivos de Atención Temprana

1. Unidad de atención temprana

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Comarcal de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM 1TCM*		1TCT*		

Observaciones:

* Cuatro días laborales en Lugo en turno de tarde, un día en Monforte en turno de tarde

Dispositivos de Rehabilitación

2. Unidad Rehabilitación Infantil

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Comarcal de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

3. Unidad de Rehabilitación Adultos

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM				

4. Unidades de Lesión Medular

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

Dispositivos de Salud Mental

5. Unidad de Hospitalización Breve

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM				

6. Hospital de día de psiquiatría

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM				

7. Equipo de trastorno mental severo

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM				

8. Unidad de salud mental

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

9. Unidad de media estancia

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

10. Unidad de larga estancia

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

11. Unidad de rehabilitación psiquiátrica

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

12. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

13. Unidad de salud mental infanto-juvenil

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

14. Unidad de psicogeriatría

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

15. Centro de día de psiquiatría

Hospital Universitario Lucus Augusti		Hospital Público de Monforte de Lemos		Hospital da Costa Burela	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

Área Sanitaria de Pontevedra y el Salnés

Dispositivos de Atención Temprana

1. Unidad de atención temprana

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		

Dispositivos de Rehabilitación

2. Unidad de Rehabilitación Infantil

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		

3. Unidad Rehabilitación Adultos

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		

4. Unidad de Lesión Medular

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra		Hospital do Salnés	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

Dispositivos de Salud Mental

5. Unidad de Hospitalización Breve

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra		Hospital do Salnés	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		

6. Hospital de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra		Hospital do Salnés	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		

7. Equipo de trastorno mental severo

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra		Hospital do Salnés	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

8. Unidad de salud mental

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



9. Unidad de media estancia

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



10. Unidad de larga estancia

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

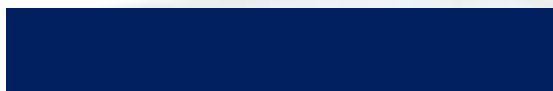
Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



11. Unidad de rehabilitación psiquiátrica

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



12. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



13. Unidad de salud mental infanto juvenil

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



14. Unidad de psicogeriatría

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



15. Centro de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra

Hospital do Salnés

Dispositivo

Dedicación

Dispositivo

Dedicación



Área Sanitaria de Ourense, Verín y el Barco de Valdeorras

Dispositivos de Atención Temprana

1. Unidad de atención temprana

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM				

Dispositivos de rehabilitación

2. Unidad de Rehabilitación Infantil

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

3. Unidad de Rehabilitación Adultos

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM				

4. Unidad de Lesión Medular

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

Dispositivos de Salud Mental

5. Unidad de Hospitalización Breve

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

6. Hospital de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

7. Equipo de trastorno mental severo

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

8. Unidad de salud mental

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

9. Unidad de media estancia

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	2TCM*				

Observaciones

* Comparte jornada con la unidad de larga estancia y la unidad de cuidados especiales

10. Unidad de larga estancia

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	2TCM*				
Observaciones					
* Comparte jornada con la unidad de media estancia y la unidad de cuidados especiales					

11. Unidad de rehabilitación psiquiátrica

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

12. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

13. Unidad de salud mental infanto juvenil

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

14. Unidad de psicogeriatría

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

15. Centro de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense		Hospital Público de Verín		Hospital Público de Valdeorras	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

Área Sanitaria de Santiago y Barbanza¹⁹

Dispositivos de Atención Temprana

1. Unidad de atención temprana

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		
	1TCM		

Dispositivos de Rehabilitación

2. Unidades de Rehabilitación Infantil

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

¹⁹ La contratación de terapeutas ocupacionales en esta área sanitaria es peculiar por las condiciones que se mantienen. Existen contrataciones a tiempo completo para un o una profesional que tiene que repartir su carga de trabajo entre dos, tres incluso hasta cuatro dispositivos, dificultando de esa forma la consolidación de la terapia ocupacional y su gestión en la carga de trabajo. Esta situación se lleva a cabo principalmente en las contrataciones realizadas en Salud Mental frente a otras realizadas en esta área.

3. Unidades de Rehabilitación Adultos

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		

4. Unidades de Lesión Medular

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

Dispositivos de Salud Mental

5. Unidad de Hospitalización Breve 1

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM*		

Observaciones

*Compartido con Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. La mayor parte de su jornada está en UHB y alrededor de 90 minutos aproximadamente acude a la unidad de Infantojuvenil.

6. Unidad de Hospitalización Breve 2

Hospital Clínico Universitario de
Santiago

Dispositivo	Dedicación
	1TCM*

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. ½ jornada en esta unidad y la otra ½ jornada en dispositivos de Conxo.

7. Hospital de día de psiquiatría

Hospital Clínico Universitario de
Santiago

Hospital de Barbanza

Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM		

8. Equipo de trastorno mental severo

Hospital Clínico Universitario de
Santiago

Hospital de Barbanza

Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	*		

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. A este dispositivo acude ocasionalmente un porcentaje muy pequeño de su jornada laboral. El o la terapeuta ocupacional, comparte trabajo en el Centro de día de psiquiatría, unidad de rehabilitación psiquiátrica, unidad de media estancia y el equipo de trastorno mental severo.

9. Unidad de salud mental

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

10. Unidad de media estancia

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	*		

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. A este dispositivo acude ocasionalmente un porcentaje muy pequeño de su jornada laboral. El o la terapeuta ocupacional, comparte trabajo en el Centro de día de psiquiatría, unidad de rehabilitación psiquiátrica, unidad de media estancia y el equipo de trastorno mental severo.

11. Unidad de larga estancia

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TC*		

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional en turno rotatorio.

12. Unidad de rehabilitación psiquiátrica

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	*		
Observaciones			
* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. A este dispositivo acude ocasionalmente un porcentaje muy pequeño de su jornada laboral. El o la terapeuta ocupacional, comparte trabajo en el Centro de día de psiquiatría, unidad de rehabilitación psiquiátrica, unidad de media estancia y el equipo de trastorno mental severo.			

13. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM*		
Observaciones			
* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. Atiende hospitalización, HDD y pacientes ambulatorios.			

14. Unidad de salud mental infanto juvenil

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	1TCM*		

Observaciones

*Compartido con Unidad de Hospitalización Breve 1. La intervención del terapeuta ocupacional en esta unidad es aproximadamente de 90 minutos de su jornada.

15. Unidad de psicogeriatría

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación

16. Centro de día de psiquiatría

Hospital Clínico Universitario de Santiago		Hospital de Barbanza	
Dispositivo	Dedicación	Dispositivo	Dedicación
	*		

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. A este dispositivo acude ocasionalmente un porcentaje muy pequeño de su jornada laboral. El o la terapeuta ocupacional, comparte trabajo en el Centro de día de psiquiatría, unidad de rehabilitación psiquiátrica, unidad de media estancia y el equipo de trastorno mental severo.

Área Sanitaria de Vigo²⁰

Dispositivos de Atención Temprana

1. Unidad de atención temprana

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

1TCM
1TCT*

*Acúmulo de tareas en TCT

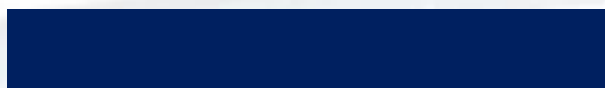
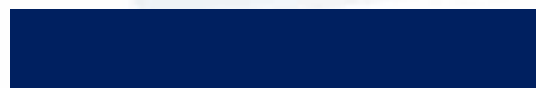
Dispositivos de Rehabilitación

2. Unidades de Rehabilitación Infantil

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación



3. Unidades de Rehabilitación Adultos

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación



1TCM
1TCM
1TCM
1TCT
1TCT*

²⁰ Recientemente, en el mes de octubre el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo acaba de incorporar al Servicio de Medicina y Rehabilitación Física a un/a terapeuta ocupacional, es un acúmulo en TCT*

4. Unidades de Lesión Medular

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación



Dispositivos de Salud Mental

5. Unidad de Hospitalización Breve

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación



6. Hospital de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación



7. Equipo de trastorno mental severo

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación



8. Unidad de salud mental

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

--	--

9. Unidad de media estancia

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

	*
--	---

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. A este dispositivo acude ocasionalmente un porcentaje muy pequeño de su jornada laboral. El o la terapeuta ocupacional, comparte trabajo en unidad de larga estancia, unidad de media estancia y unidad de rehabilitación psiquiátrica.

10. Unidad de larga estancia

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

	*
--	---

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. A este dispositivo acude ocasionalmente un porcentaje muy pequeño de su jornada laboral. El o la terapeuta ocupacional, comparte trabajo en unidad de larga estancia, unidad de media estancia y unidad de rehabilitación psiquiátrica.

11. Unidad de rehabilitación psiquiátrica

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

*

Observaciones

* Existe la figura del terapeuta ocupacional pero compartido con otras unidades. A este dispositivo acude ocasionalmente un porcentaje muy pequeño de su jornada laboral. El o la terapeuta ocupacional, comparte trabajo en unidad de larga estancia, unidad de media estancia y unidad de rehabilitación psiquiátrica.

12. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

13. Unidad de salud mental infanto juvenil

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

14. Unidad de psicogeriatría

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

15. Centro de día de psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Dispositivo

Dedicación

7. Líneas estratégicas de desarrollo de terapia ocupacional

Las líneas estratégicas son parte de los lineamientos de la disciplina para poder desarrollar su trabajo con la organización. En este caso, hemos establecido tras el análisis de los puntos débiles y amenazas externas una serie de recomendaciones por cada línea estratégica, lo que facilitará las negociaciones con la organización en pro de establecer líneas en común para el desarrollo de la terapia ocupacional dentro del SERGAS.

Línea estratégica 1. Dotación de recursos humanos adaptando el número de plazas a las características demográficas.

OBJETIVOS	NOMBRE	OBJETIVO	JUSTIFICACIÓN	ACCIONES A CORTO PLAZO	ACCIONES A MEDIO PLAZO	ACCIONES A LARGO PLAZO
Objetivo 1	Promocionar una política en la que exista la figura de los y las terapeutas ocupacional en todas las áreas sanitarias.	Generar una equidad en el número de profesionales en todas las áreas, teniendo en cuenta la ratio de población en cada área sanitaria.	Igualdad	<p>Reunión con mesa sectorial para apoyar la contratación de los y las terapeutas ocupacional en este Servicio.</p> <p>Establecer reuniones con las diferentes gerencias de las áreas sanitarias solicitando las plazas de terapia ocupacional.</p> <p>Reunión con RRHH centrales del Sergas.</p>	Constituir un diálogo abierto con la gerencia para pedir que se creen las plazas.	En el año 2035 se crearán 81 nuevas plazas terapeuta ocupacional.
Objetivo 2	Introducir la figura de los y las terapeutas ocupacional, en UCI, Geriatría, Neurorehabilitación, y patología de la mano en todo el proceso.	Ampliar la ratio de terapeutas ocupacionales en determinados servicios susceptibles de la intervención de terapia ocupacional.	Existen hospitales privados como los del grupo Vithas de Vigo y el público de Oza en A Coruña que tienen unidades de Neurorehabilitación con terapeutas ocupacionales, se demanda en este informe que este tipo de unidades con su personal se extienda a todos los hospitales de la red Sergas.	El terapeuta ocupacional es una figura fundamental en estas unidades para las empresas privadas/concertadas.	Fomentar reuniones con los jefes de servicio de estas unidades e informarles del trabajo del o de la terapeuta ocupacional.	En el año 2025 se crearán 21 nuevas plazas terapeuta ocupacional. Correspondientes a cada dispositivo (UCI, Geriatría y Neurorehabilitación) por cada área de salud.

Objetivo 3	Establecer mecanismos de comprobación y seguimiento de las plazas presupuestadas.	Corroborar que se creen plazas de terapia ocupacional acorde a las necesidades.	Establecer un mecanismo de control y seguimiento	Ponerse en contacto con las personas que puedan dar esta información.	Realizar el seguimiento de plazas	
Objetivo 4	Cotejar la generación de plazas de terapeutas ocupacionales en comparación con otros profesionales.	Comprobar si no existe una desigualdad en el número de creación de plazas frente a otras disciplinas.	Se han generado plazas por acúmulo de tareas para la contratación de otros profesionales, pero no en Terapia Ocupacional habiendo lista de espera para ingresar en esta unidad.	Hacer un estudio del incremento de plazas entre la contratación de terapeutas ocupacionales y de otros profesionales.	Ponerlo en conocimiento del colegio de terapeutas ocupacionales y de los gerentes.	Seguimiento de esta situación y de la ampliación de plazas a cargo del colegio profesional de terapeutas ocupacionales ya que es el órgano competente de seguimiento de la terapia ocupacional en Galicia
Objetivo 5	Definir la población diana susceptible de ser tratada en departamentos de Terapia Ocupacional y que actualmente no tengan este servicio.	Describir los posibles campos de incorporación de plazas de terapia ocupacional.	Se pueden prevenir muchas situaciones de dependencia si se conocen las poblaciones que no tienen este servicio.	Conocer el motivo de por qué no tienen este servicio.	En el caso de que sean susceptibles, aportar documentos/estudios para verificar realmente su necesidad.	Colocación de terapeutas en esos servicios necesarios.
Objetivo 6	Promoción y Prevención de la salud en aquella población que no tiene patologías.	Trabajar en pro de mantener la salud	Existe una población que no tiene patologías en las que no son necesarios los profesionales de salud, aunque pueden ser susceptibles de padecerlas,	Abarcar aquella población que no tiene patologías.	Diseñar programas de prevención para esa población en función de sus características (por ejemplo, programas de economía articular,	Implementar dichos programas en la población.

			por lo que se llevaría a cabo una prevención.	programas de educación para la salud en función de su edad y riesgo...)	
Objetivo 7	Incorporar a los y las terapeutas ocupacionales en los dispositivos de la red asistencial básica de Salud Mental del SERGAS en los que actualmente no existe.	<p><u>Área de Vigo:</u> incorporar al terapeuta ocupacional en</p> <ul style="list-style-type: none"> -la Unidad de Agudos -En la Unidad Infanto- Juvenil de psiquiatría. -en Continuidad de Cuidados <p><u>Área de Ourense:</u> Incorporar terapeutas ocupacionales en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El Hospital de Día (es el único HDD de Galicia que no tiene al terapeuta ocupacional). - la Unidad de Agudos de psiquiatría -Continuidad de cuidados y pisos tutelados. 	<p>La ausencia del terapeuta ocupacional en un único dispositivo asistencial de una determinada área de salud en comparación con el resto de las áreas gallegas, hace que las personas que residen en dicha área en las que no se ofrece la intervención del terapeuta ocupacional estén sometidas a una discriminación por razón de residencia, vulnerando sus derechos a la igualdad de trato y de oportunidades asistenciales que se ofrecen en la red gallega.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Incorporar en el plazo de 14 meses al terapeuta ocupacional en los dispositivos recomendados y en los hospitales comarcales 	Hacer un seguimiento de esta acción

		<p>En todos estos dispositivos lo están pidiendo.</p> <p><u>Área de Santiago:</u></p> <p>Poner terapeutas ocupacionales a jornada completa en la unidad de salud mental infanto-juvenil, ya que la terapeuta ocupacional invierte un 20% de su jornada a hacer intervenciones en esta unidad. Está atendiendo dos dispositivos: a la UHB y a la Unidad de infantojuvenil. Ambas unidades están localizadas en hospitales diferentes.</p> <p>Contratar un terapeuta ocupacional para continuidad de cuidados.</p> <p><u>Área de Ferrol:</u> incorporar al terapeuta ocupacional en</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>Continuidad de Cuidados.</p> <p>Área de Coruña:</p> <p>incorporar al terapeuta ocupacional en la Continuidad de cuidados</p>			
Objetivo 8	<p>Incorporar al terapeuta ocupacional a jornada completa en las unidades de referencia para toda Galicia Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J Santiago- Vigo y Lugo)</p>	<p>Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional.</p> <p>Generar una equidad en el número de profesionales en todas las áreas.</p>	<p>Al ser unidades especializadas y de referencia para toda la CCAA, la intervención del terapeuta ocupacional contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas y a la reducción de los costes sanitarios al ofrecer una rehabilitación integral que impida los reingresos y la cronicidad de estas patologías.</p> <p>En la Unidad de USMI-Js, incorporar la intervención del terapeuta ocupacional desde la fase aguda, contribuye a minimizar los tiempos de ingreso hospitalario, así como a disminuir los efectos de las secuelas que puedan darse.</p>	<p>Reunión con mesa sectorial para apoyar la contratación del terapeuta ocupacional en este Servicio.</p> <p>Reunión con la Gerencia del área sanitaria para acordar plazos de contratación.</p>	<p>En el año 2022 se deben completar todas las unidades de salud mental infanto- juvenil con terapeutas ocupacionales. Una en cada unidad por cada área de salud del territorio Sergas.</p>

<p>Objetivo 9</p>	<p>Incorporar al terapeuta ocupacional a jornada completa en las unidades de referencia para toda Galicia en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (Santiago)*</p>	<p>Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional</p>	<p>Al ser unidades especializadas y de referencia para toda la CCAA, la intervención del terapeuta ocupacional contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas y a la reducción de los costes sanitarios al ofrecer una rehabilitación integral que impida los reingresos y la cronicidad de estas patologías. En la Unidad TCA, incorporar la intervención del terapeuta ocupacional desde la fase aguda, contribuye a minimizar los tiempos de ingreso hospitalario, así como a disminuir los efectos de las secuelas que puedan darse.</p>	<p>Reunión con mesa sectorial para apoyar la contratación del terapeuta ocupacional en este Servicio.</p>	<p>Incrementar en 3 años 1 puesto más de terapeuta ocupacional en la Unidad de TCA teniendo en cuenta los niveles asistenciales (hospitalización-HDD- ambulatorios).</p>	
<p>Objetivo 10</p>	<p>Incorporar al terapeuta ocupacional a jornada completa en las unidades de referencia para toda Galicia Unidad de Quemados (Coruña)</p>	<p>Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional</p>	<p>Al ser unidades especializadas y de referencia para toda la CCAA, la intervención del terapeuta ocupacional contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas y a la reducción de los costes sanitarios al ofrecer una rehabilitación integral que impida los reingresos y la cronicidad</p>	<p>Elaboración de dossier de la intervención del terapeuta ocupacional en Quemados. Reunión con el jefe de Servicio de la unidad de Quemados, en donde se entregará un dossier de</p>	<p>Reunión con la Gerencia del hospital para solicitar la incorporación del terapeuta ocupacional en Quemados. Reunión con mesa sectorial para apoyar la contratación del terapeuta ocupacional en este Servicio.</p>	<p>En el año 2025 se crearán siete nuevas plazas terapeuta ocupacional en la unidad de quemados (una por cada área de salud)</p>

			de estas patologías. En la Unidad de Quemados, incorporar la intervención del terapeuta ocupacional desde la fase aguda, contribuye a minimizar los tiempos de ingreso hospitalario, así como a disminuir los efectos de las secuelas que puedan darse.	documentación de las funciones del terapeuta ocupacional en dicha unidad.		
Objetivo 11	Incorporar al terapeuta ocupacional en las UCI.	Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional	El rol de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación en UCI está adquiriendo un interés creciente. Actualmente las intervenciones son fundamentalmente de rehabilitación física. Dada la diversidad de necesidades de los pacientes de UCI y el alcance de la Terapia Ocupacional, (estimulación basal, prevención de complicaciones, uso de productos de apoyo) con intervenciones que han demostrado sus beneficios en otros contextos asistenciales, la intervención de la TO en las UCI puede contribuir a mejorar la calidad de la atención asistencial, disminuyendo los efectos de las secuelas que puedan	Elaboración de dossier con la intervención del terapeuta ocupacional en las UCI.	<p>Reunión en el 2022 con los diferentes responsables de las UCI gallegas para visibilizar la figura del TO.</p> <p>Reunión en 2022 con los responsables de las Unidades de Neonatología.</p> <p>Reunión en el 2022 con las Gerencias de las diferentes áreas Sanitarias para acordar plazos de contratación.</p> <p>Solicitar en 2022-24 con los gestores del Plan de Atención en las Enfermedades Avanzadas en Pediatría</p>	<p>Incorporar en el plazo de siete años a un o una terapeuta ocupacional por cada área sanitaria</p> <p>Reunión en 2024 con la Gerencia de cada área sanitaria para corroborar el cumplimiento de los plazos de contratación.</p>

			darse, así como minimizar los tiempos de ingreso hospitalario.			
Objetivo 12	Incorporar al terapeuta ocupacional en la UCI-pediátricas.	Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional.	El rol de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación en UCI está adquiriendo un interés creciente. Actualmente las intervenciones se realizan fundamentalmente en rehabilitación física. Dada la diversidad de necesidades de los pacientes de UCI y el alcance de la terapia ocupacional, (estimulación basal, prevención de complicaciones, uso de productos de apoyo) con actuaciones que han demostrado sus beneficios en otros contextos asistenciales, la intervención de la TO en las UCI puede contribuir a mejorar la calidad de la atención asistencial.	Elaboración de dossier con la intervención del terapeuta ocupacional en las UCI-neonatal.	<p>Reunión en los próximos años con los diferentes responsables de las UCI gallegas para visibilizar la figura del terapeuta ocupacional.</p> <p>Reunión en 2022-2024 con los responsables de las Unidades de Neonatología.</p> <p>Reunión en 2022 con las Gerencias de las diferentes áreas Sanitarias para acordar plazos de contratación.</p> <p>Solicitar en 2023 con los gestores del Plan de Atención en las Enfermedades Avanzadas en Pediatría</p>	<p>Incorporar en el plazo de 10 años a 1 terapeuta ocupacional por cada área sanitaria</p> <p>Reunión en 2023 con la Gerencia de cada área sanitaria para corroborar el cumplimiento de los plazos de contratación.</p>
Objetivo 13	Incorporar al terapeuta ocupacional en Atención Primaria.	Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional.	La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención médica, garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente.	Elaborar dossier de la intervención del terapeuta ocupacional en AP. Presentarlo en la gerencia correspondiente.	<p>Reunión con el Comité Asesor Técnico de AP- y RRHH del SERGAS.</p> <p>Proponer la contratación de 7 terapeutas</p>	Incrementar en 15 años los terapeutas ocupacionales en las ciudades con más de 45000 mil habitantes.

			<p>Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y trabajo social.</p> <p>Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, son prestadas por equipos interdisciplinarios en los que se debe incluir al terapeuta ocupacional para garantizar la calidad asistencial y la accesibilidad a las mismas. La necesidad de incluir al terapeuta ocupacional en los centros de AP es una demanda que viene dada por determinados colectivos de la población. Los terapeutas ocupacionales que realizan su actividad asistencial tanto en los centros como en la comunidad actúan bajo un modelo centrado en la persona y en su rendimiento ocupacional dado por la relación persona-ambiente-</p>		<p>ocupacionales para las principales ciudades gallegas para realizar un estudio piloto de costes/beneficios.</p> <p>Poner en conocimiento a los diferentes sindicatos de las funciones del terapeuta ocupacional en AP.</p> <p>Reunión con los diferentes grupos parlamentarios para solicitar la incorporación de este profesional en AP.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

			<p>ocupación. La visión de la diversidad funcional cambió desde la visión médica a una visión social y este cambio debe extenderse a los recursos asistenciales en los que se encuentran los centros de AP. Por eso, la intervención del terapeuta ocupacional contribuye a cumplir el objetivo de atender los problemas de salud desde la perspectiva integral y próxima al domicilio de los pacientes minimizando con ello los costes sanitarios (evitando junto con el equipo los reingresos en atención hospitalaria) y mejorando la calidad de vida de las personas anticipándose en un abordaje preventivo de posibles complicaciones de la patología crónica.</p>			
<p>Objetivo 14</p>	<p>Incorporar al terapeuta ocupacional en las Unidades de Paliativos</p>	<p>Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional</p>	<p>Los cuidados paliativos le ofrecen al paciente un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible, hasta su muerte; le ofrecen a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del</p>	<p>Elaborar en 2025 un dossier de la intervención del terapeuta ocupacional en Cuidados Paliativos</p>	<p>Reunión en 2025 con los gestores del Plan de Atención a los Cuidados Paliativos en el Sergas</p>	<p>Incorporar a finales de 2025 un o una terapeuta ocupacional en Unidad de Paliativos para cada área sanitaria.</p>

			<p>paciente y el de su propio duelo; pretenden mejorar la calidad de vida (del paciente y familia) y pueden también influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad;</p> <p>La intervención del terapeuta ocupacional puede contribuir en el plan de cuidados de pacientes y familias con enfermedades con una expectativa de vida limitada en etapas avanzadas para minimizar la presencia de los problemas y necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales que presentan, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la persona en su fase final en todos los dispositivos del Plan gallego de cuidados paliativos:</p> <p>unidades de cuidados paliativos;</p> <p>unidades de hospitalización a domicilio;</p> <p>equipos de atención primaria y equipos de soporte de cuidados paliativos.</p>		
--	--	--	---	--	--

<p>Objetivo 15</p>	<p>Rehabilitación Física.</p> <p>Contrato de terapeuta ocupacional de tarde en servicio de rehabilitación física HULA</p> <p>-Santiago (incrementar el nº de terapeutas ocupacionales ya que sólo existe uno para neurorrehabilitación.</p> <p>Incrementar plazas para tratamiento de pacientes neurológicos (tienen lista de espera)</p> <p>incorporar al terapeuta ocupacional para rehabilitación osteoarticular y rehabilitación de la mano)</p> <p>-Pontevedra (incrementar el número de T.O. en rehabilitación física ya que existe uno profesional terapeuta para todo)</p> <p>-Lugo (aumentar número de</p>	<p>Cubrir una necesidad de intervención de terapia ocupacional en un dispositivo específico.</p>	<p>La demora en la atención al paciente por dilatada lista de espera.</p>	<p>Gestionar después del confinamiento, retomar la demanda vía dirección de enfermería y gerencia. Los próximos cuatro meses.</p>	<p>Demostrar mediante estadística la mejora del paciente cuando se hace un abordaje temprano. En dos años conseguir que se consolide la plaza</p>	<p>Estudio epidemiológico comparado. Cinco años.</p>
--------------------	---	--	---	---	---	--

	<p>terapeutas ocupacionales en rehabilitación física).</p> <p>-Vigo (incrementar número de terapeutas ocupacionales ya están pidiendo un terapeuta ocupacional solo para rehabilitación de la mano).</p>					
Objetivo 16	<p>Contrato de terapeuta ocupacional en servicio de rehabilitación física en los hospitales comarcales: Burela, Monforte, Barco de Valdeorras, hospital del Salnés y el de Barbanza.</p>	<p>Cubrir una necesidad de intervención de terapia ocupacional en un dispositivo específico</p>	<p>La demora en la atención al paciente por dilatada lista de espera</p>	<p>Gestionar después del confinamiento, retomar la demanda vía dirección de enfermería y gerencia. Los próximos cuatro meses</p>	<p>Demostrar mediante estadística la mejora del paciente cuando se hace un abordaje temprano. En dos años conseguir que se consolide la plaza</p>	<p>Estudio epidemiológico comparado. Cinco años</p>
Objetivo 17	<p>Contrato de terapeuta ocupacional en servicio de rehabilitación física en Monforte</p>	<p>Cubrir una necesidad de intervención de terapia ocupacional en un dispositivo específico</p>	<p>La demora en la atención al paciente por dilatada lista de espera</p>	<p>Gestionar después del confinamiento, retomar la demanda vía dirección de enfermería y gerencia. Los próximos cuatro meses</p>	<p>Demostrar mediante estadística la mejora del paciente cuando se hace un abordaje temprano. En dos años conseguir que se consolide la plaza</p>	<p>Estudio epidemiológico comparado. Cinco años</p>
Objetivo 18	<p>Consolidar la plaza de terapia ocupacional de tarde</p>	<p>Cubrir una necesidad de intervención de</p>	<p>Demora en el tratamiento, necesidad de tratamiento en la tarde con niños mayores</p>	<p>En seis meses</p>	<p>Presentación de resultados dos años</p>	<p>Estudio epidemiológico comparado. Estudio</p>

	<p>en atención temprana del Hula</p> <p>Aumentar las ratios en los dispositivos básicos del Sergas y atención temprana y rehabilitación física infantil también es uno de ellos</p> <p>-Lugo: consolidar la plaza de terapia ocupacional en Atención Temprana de tarde.</p>	<p>terapia ocupacional en un dispositivo específico</p>	<p>de tres años para poder conciliar con el colegio.</p>			<p>bibliográfico en cinco años</p>
<p>Objetivo 19</p>	<p>Creación de plaza de terapia ocupacional de atención temprana de Burela.</p>	<p>Cubrir una necesidad de intervención de terapia ocupacional en un dispositivo específico</p>	<p>Demora en el tratamiento, necesidad de tratamiento en la tarde con niños mayores de 3 años para poder conciliar con el colegio.</p>	<p>En seis meses</p>	<p>Presentación de dos años</p>	<p>Estudio epidemiológico comparado. Estudio bibliográfico en cinco años</p>
<p>Objetivo 20</p>	<p>Consolidar la plaza de terapia ocupacional de atención temprana en Monforte con asistencia semanal y en el resto de los hospitales comarcales</p>	<p>Cubrir una necesidad de intervención de terapia ocupacional en un dispositivo específico</p>	<p>Demora en el tratamiento, necesidad de tratamiento en la tarde con niños mayores de 3 años para poder conciliar con el colegio.</p>	<p>En seis meses</p>	<p>Presentación de dos años</p>	<p>Estudio epidemiológico comparado. Estudio bibliográfico en cinco años</p>

Objetivo 21	Creación de una plaza en geriatría ingresados EOXI LUGO	Consolidar un campo de intervención de terapia ocupacional	Valoración de pacientes con posibles problemas de disfagia, desorientación y ruptura con su desempeño ocupacional	Un año	Tres años consolidado
Objetivo 22	Igualar el número de terapeutas ocupacionales en las Unidades de Hospitalización Breve de todas las áreas sanitarias	Generar una equidad en el número de profesionales en todas las áreas	tras el análisis realizado en el punto tres de este informe y basándose en esos datos proponemos la creación de plazas y el coste por año debería ser el siguiente	Hasta el año 2030 se creará 7 nuevas plazas de terapeuta ocupacional.	
Objetivo 23	Igualar el número de terapeutas ocupacionales en los Hospitales de día de Psiquiatría de todas las áreas sanitarias	Generar una equidad en el número de profesionales en todas las áreas.	Tras el análisis realizado en el punto tres de este informe y basándose en esos datos proponemos la creación de plazas y el coste por año debería ser el siguiente.	Hasta el año 2030 se crearán siete nuevas plazas terapeuta ocupacional.	
Objetivo 24	Igualar el número de terapeutas ocupacionales en las Unidades de Trastorno Mental Severo/Continuidad de cuidados de los servicios de salud mental de todas las áreas sanitarias	Generar una equidad en el número de profesionales en todas las áreas	tras el análisis realizado en el punto tres de este informe y basándose en esos datos proponemos la creación de plazas y el coste por año debería ser el siguiente	Hasta el año 2025 se crearán seis nuevas plazas terapeuta ocupacional.	
Objetivo 25	Dotar al menos de un terapeuta	Consolidar un campo de	tras el análisis realizado en el punto tres de este	Hasta el año 2025 se crearán seis nuevas plazas terapeuta ocupacional.	

	ocupacional en aquellas unidades específicas de salud mental que no dispongan de esta disciplina (Unidad de Anorexia, Rehabilitación, Unidad de Salud Mental, entre otras)	intervención de terapia ocupacional	informe y basándose en esos datos proponemos la creación de plazas y el coste por año debería ser el siguiente	
--	--	-------------------------------------	--	--



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Línea estratégica 2. Atención a la demanda: gestión de agendas, uso de aplicativos informáticos (IANUS o similares), registros de terapia ocupacional, intervenciones hospitalarias y comunitarias.

OBJETIVOS	NOMBRE	JUSTIFICACIÓN	ACCIONES A CORTO PLAZO	ACCIONES A MEDIO PLAZO	ACCIONES A LARGO
Objetivo 1	Hacer un estudio de los registros usados por los terapeutas ocupacionales del Sergas.	Los que se están usando y los que no.	Enviar un correo a los terapeutas ocupacionales del SERGAS pidiendo que evaluaciones y registros se usan	Recopilar la información obtenida	Elaborar el informe de resultados
Objetivo 2	Estudio demográfico para hallar la patología más común entre la población.	Describir los perfiles susceptibles de terapia ocupacional.	Analizar la prevalencia de las patologías más frecuentes para poder hacer una dotación de terapeutas ocupacionales.	Dividir a la población por patologías	Conocer el estado de cada sector de población
Objetivo 3	Actualización en opciones, profundización de las opciones de lanus para registro	Conocer las posibilidades de lanus para los terapeutas ocupacionales.	Pedir formación	Mejorar los registros	Hacer un seguimiento de registros
Objetivo 4	Mejorar la visibilidad de los registros de lanus.	La información sea útil al usuario, Sergas y otras instituciones, Ley de Dependencia.	Observar dónde registran los y las terapeutas ocupacionales	Situar los registros de Terapia ocupacional en un lugar visible.	Hacer una puesta en común de cómo ha ido
Objetivo 5	Formación en elaboración de informes y cursos clínicos de terapia ocupacional	Es necesaria formación en elaboración de informes, información relevante, redacción	Poner en común los informes y cursos clínicos	Buscar informes y cursos clínicos típicos	Mejorar la técnica en elaboración de informes y cursos clínicos

Objetivo 6	Creación de un aplicativo informático específico de terapia ocupacional I	Para mejorar la organización de las funciones del terapeuta ocupacional con respecto al paciente.	Diseñar los ítems del plan terapéutico.	Fase de testeo interno del aplicativo con un número limitado de terapeutas ocupacionales para efectuar modificaciones si fuera necesario.	Fase final del aplicativo con las correcciones de testeo localizadas para su puesta en funcionamiento.
Objetivo 7	Creación de un aplicativo informático específico de terapia ocupacional II	Crear un espacio de terapia ocupacional en el IANUS- Historia clínica del paciente donde el terapeuta ocupacional pueda anexar las evaluaciones realizadas al usuario/a (Estas evaluaciones pueden ser escalas que preconfiguradas en el sistema como tiene enfermería)	Diseñar los ítems del plan terapéutico.	Fase de testeo interno del aplicativo con un número limitado de terapeutas ocupacionales para efectuar modificaciones si fuera necesario.	Fase final del aplicativo con las correcciones de testeo localizadas para su puesta en funcionamiento.
Objetivo 8	Creación de un aplicativo informático específico de terapia ocupacional III	Configurar programas de registro de terapia ocupacional del SERGAS que sean iguales para todas las áreas sanitarias diferenciando si se trata de AT- Rehabilitación física- SM (entre otros)	En el plazo de diez años, todos los servicios de AT del Sergas dispongan del mismo programa específico de registro para el terapeuta ocupacional.		
Objetivo 9	Gestión de las agendas.	La equiparación de los tiempos de tratamientos recibidos teniendo en cuenta las patologías, puede contribuir a hacer de los recursos asistenciales más equitativos y justos en las distintas áreas sanitarias, así como a mejorar la calidad asistencial e incrementar al mismo tiempo los recursos humanos de terapia ocupacional.	-Solicitar colaboración a los colectivos médicos (Pediatras, rehabilitadores, Psiquiatras) que derivan los casos a rehabilitación para consensuar tiempos.	En el plazo de cuatro años, elaborar dossier con los tiempos de tratamientos en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación, en colaboración con la SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física). En el plazo de cuatro años (contando a partir de diciembre de 2021) se debe elaborar dossier con los tiempos de tratamientos en	-En el plazo de dos años presentar propuesta de tiempo a la Conselleria de Sanidad.

				los servicios de AP (ajustar los tiempos y criterios de inclusión y exclusión con la SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	
Objetivo 10	Establecer protocolos de tiempo mínimo para tratamientos individualizados de terapia ocupacional en el SERGAS	La equiparación de los tiempos de tratamientos recibidos teniendo en cuenta las patologías, puede contribuir a hacer de los recursos asistenciales más equitativos y justos en las distintas áreas sanitarias, así como a mejorar la calidad asistencial e incrementar al mismo tiempo los recursos humanos de terapeuta ocupacional	-Solicitar colaboración a los colectivos médicos (Pediatras, rehabilitadores, Psiquiatras) que derivan los casos a rehabilitación para consensuar tiempos de tratamiento.	En el plazo de 3 años tiene que estar elaborado un dossier con los tiempos de tratamientos en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación, en colaboración con la SERMEF (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física) (contando a partir de septiembre de 2021) En el plazo de tres años se debe elaborar un dossier con los tiempos de tratamientos en los servicios de AP (ajustar los tiempos y criterios de inclusión y exclusión con la SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)	-En el plazo de dos años presentar propuesta de tiempo a la Conselleria de Sanidad.
Objetivo 11	Proponer la Mejora del Citrix, el programa de Rehabilitación o el que esté implementado en cada área de salud	No recoge toda la actividad que realmente se hace, tiene muchos fallos. Suele ser un programa estadístico y de asistencia.	-Solicitar reuniones con informática para mejorar los registros de terapia ocupacional en el Citrix.	Que se mantenga durante 2 años para ver si realmente está siendo eficaz.	

Objetivo 12	Registro de terapia ocupacional, retomar lo que se hizo en su momento y conseguir una herramienta operativa.	La que existe nos puede ayudar al razonamiento clínico, pero es muy lenta para cubrir, todo se tiene que hacer manual y no se nutre de otras fuentes de datos como evaluaciones, implementación de programas etc.	Como muy pronto no se podrá terminar su elaboración en menos de dos años.	Ir incorporando nuevas evaluaciones, etc.	Adiestramiento en el uso de esta herramienta para implementación en toda la red sergas
Objetivo 13	Definir plantillas específicas en IANUS para terapeutas ocupacionales facilitando de esa forma la gestión en la recogida de datos.	Obtener calidad en los registros de terapia ocupacional	Elaborar estructura para la gestión de los terapeutas ocupacionales del SERGAS	Ofrecer formación sobre el uso de esta estructura	Incorporar la estructura de recogida de datos a IANUS para su uso por los y las terapeutas ocupacionales
Objetivo 14	Unificar los tipos de informe de terapia ocupacional para la recogida de datos iniciales de terapia ocupacional.	Obtener calidad en los registros de terapia ocupacional	Elaborar estructura para la gestión de los terapeutas ocupacionales del SERGAS	Ofrecer formación sobre el uso de esta estructura	Incorporar la estructura de recogida de datos a IANUS para su uso por los y las terapeutas ocupacionales
Objetivo 15	Unificar los tipos de informe de terapia ocupacional para la recogida de datos de seguimiento de terapia ocupacional.	Obtener calidad en los registros de terapia ocupacional	Elaborar estructura para la gestión de los terapeutas ocupacionales del SERGAS	Ofrecer formación sobre el uso de esta estructura	Incorporar la estructura de recogida de datos a IANUS para su uso por los y las terapeutas ocupacionales
Objetivo 16	Unificar los tipos de informe de terapia ocupacional para la recogida de datos de	Obtener calidad en los registros de terapia ocupacional	Elaborar estructura para la gestión de los terapeutas ocupacionales del SERGAS	Ofrecer formación sobre el uso de esta estructura	Incorporar la estructura de recogida de datos a IANUS para su uso

	valoración final ocupacional				por los y las terapeutas ocupacionales
Objetivo 17	Definir criterios de calidad para mejorar la gestión de recogida de datos	Obtener calidad en los registros de terapia ocupacional	Elaborar propuestas de criterios de calidad en la recogida de datos	Ofrecer información sobre los criterios de calidad en la recogida de estos datos	Realizar un seguimiento del cumplimiento de estos criterios
Objetivo 18	Incorporar la intervención del terapeuta ocupacional al historial clínico del paciente	<p>El desconocimiento de la Terapia Ocupacional hace que en algunas áreas sanitarias indiquen al terapeuta ocupacional que registre sus intervenciones en el Gacela (historia de enfermería del paciente) y no en el IANUS (historia general del paciente).</p> <p>Haciendo cumplir la Ley 41/2002 de 14 de Nov (Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de documentación clínica, la intervención de terapia ocupacional debe incorporarse a la historia clínica del paciente siendo accesible al propio paciente como al propio equipo terapéutico.</p>	Elaborar una carta modelo de solicitud de inclusión de la Historia Ocupacional al historial clínico del paciente.	En el plazo de un año, los Terapeutas Ocupacionales del Sergas podrán reflejar su intervención terapéutica en el IANUS.	

Línea estratégica 3. Formación, docencia e investigación.

OBJETIVOS	NOMBRE	JUSTIFICACIÓN	ACCIONES A CORTO PLAZO	ACCIONES A MEDIO PLAZO	ACCIONES A LARGO
Objetivo 1	Formación por terapeutas y para terapeutas	En los últimos años la formación ha sido muy escasa y dada por otros profesionales	Elaborar un listado de propuestas de formación	Elaborar una lista de profesionales con la formación que nos podían dar	Conseguir tener una formación de calidad a lo largo de los años.
Objetivo 2	Participar en la elaboración de la programación de docencia	Normalmente la formación no se ajusta a las necesidades de los terapeutas ocupacionales	Escribir una carta al ACIS explicando nuestras necesidades.	Elaboración de necesidades en formación	Establecer un programa de rotación de formación y docentes
Objetivo 3	Fomentar la investigación en el SERGAS	Desarrollar el conocimiento de la disciplina en materia de	Creas un grupo de personas con afinidad en la investigación	Generar proyectos de investigación	
Objetivo 4	Realizar un sondeo de aquellas áreas más solicitadas entre los terapeutas ocupacionales para llevar a cabo cursos de formación.	Conociendo las necesidades de los terapeutas, se pueden llevar a cabo acciones formativas acordes.	Estudio de dichas necesidades mediante sugerencias, encuestas, entre los terapeutas.	Valoración de los métodos empleados para conocer las necesidades. Elaborar una encuesta de necesidades para pasar a terapeutas del circuito del Sergas	Programación y diseño de la formación seleccionada.

<p>Objetivo 5</p>	<p>Incorporar la participación del terapeuta ocupacional en las jornadas, congresos etc. organizados por el SERGAS en áreas en las que intervenga el terapeuta ocupacional</p>	<p>Visibilizar la intervención del terapeuta ocupacional en los distintos servicios</p>	<p>Reunión con los terapeutas ocupacionales del SERGAS para tratar la línea estratégica</p>	<p>Reuniones cada dos años con los comités organizadores de los congresos que a día de hoy lleven ediciones correlativas</p>	<p>En el plazo de dos años exista la presencia de la intervención del terapeuta ocupacional en jornadas técnicas y Congresos del SERGAS.</p>
<p>Objetivo 6</p>	<p>Incrementar la capacidad de decisión de los profesionales de terapia ocupacional sobre los planes formativos programados por la Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS) y otra formación del centro para ampliar los cursos destinados al terapeuta ocupacional en la formación que oferta el ACIS</p>	<p>La terapia ocupacional sigue siendo desconocida en el Sergas, por lo que es necesario fomentar la presencia de terapia ocupacional en esta red</p>	<p>Elaboración de lista de cursos del ACIS en los que no incluye al terapeuta ocupacional que por competencias podrían incorporarlos</p>	<p>Presentación de la solicitud de la incorporación del terapeuta ocupacional como destinatario de los cursos detectados</p>	<p>En el plazo de un año se incremente la propuesta formativa en terapia ocupacional</p> <p>En el plazo de un año se incremente la propuesta formativa impartida por terapeutas ocupacionales del SERGAS</p>

Objetivo 7	Propulsar la PBE en terapia ocupacional	Facilitar la toma de decisiones en los y las profesionales	Elaborar propuestas de trabajo para definir PBE en terapia ocupacional	Elaborar guías de PBE en terapia ocupacional	Implementar las guías de PBE en terapia ocupacional
Objetivo 8	Implementar formación específica de terapia ocupacional. Establecer estándares de calidad	Actualmente no existe	Propuestas para el próximo año	Negociar con los agentes responsables de formación la incorporación de estas propuestas	En el plazo de un año se incrementa la propuesta formativa en terapia ocupacional En el plazo de un año se incrementa la propuesta formativa impartida por terapeutas ocupacionales del SERGAS
Objetivo 9	Contratación de terapeutas ocupacionales para esa formación	Son los profesionales formados para ello. Garantiza la calidad	Para enero del 2021	Negociar con los agentes responsables de formación la incorporación de estas propuestas	En el plazo de un año se incrementa la propuesta formativa en terapia ocupacional En el plazo de un año se incrementa la propuesta formativa impartida por terapeutas ocupacionales del SERGAS
Objetivo 10	Establecer la formación básica para trabajar en el Sergas y que sea la propia institución quien provea de esa formación y proporcione el	Actualmente es cada profesional el que se tiene que formar con su tiempo libre y con su dinero.	Este objetivo se debería tener preparado en los próximos 2 años	Durante cinco años	Consolidar esta práctica

	tiempo necesario para dicha formación.				
Objetivo 11	Establecer estándares de calidad en todos los departamentos de terapia ocupacional Sergas.	Actualmente no existe	Se necesitará un año para recabar información	Dos años para reunirnos con diferentes dispositivos	Diez años para implementarlo en todo el territorio.
Objetivo 12	Investigación facilitar de forma económica y de tiempo para realizar investigaciones, conseguir el apoyo para poder trabajar con otras universidades, aunque no sea de terapia ocupacional y que el liderazgo lo lleve a cabo la figura del terapeuta ocupacional.	Actualmente no existe y es necesario para los siguientes puntos del programa	A nivel individual intentar en 3 meses conseguir reflexionar sobre líneas de investigación	Delinear proyectos de investigación	Llevar a cabo la investigación
Objetivo 13	Fomentar y valorar la formación y la investigación de terapia ocupacional dentro	Actualmente no existe y es necesario para los siguientes puntos del programa.	A nivel individual intentar en tres meses conseguir reflexionar sobre las líneas de investigación.	Delinear proyectos de investigación	Llevar a cabo la investigación.

	de la red de fundaciones y áreas sanitarias.				
Objetivo 14	Incrementar la capacidad de decisión de los profesionales de terapia ocupacional sobre los planes formativos programados de las diferentes áreas sanitarias.	La terapia ocupacional sigue siendo desconocida en el Sergas, por lo que es necesario fomentar la presencia de terapia ocupacional en esta red.	Elaboración de lista de cursos de terapia ocupacional en los diferentes centros en los que no incluyen a la terapia ocupacional que por competencias podrían incorporarlos.	Presentación de la solicitud de la incorporación de la terapia ocupacional como destinatario de los cursos detectados	En el plazo de un año se incremente la propuesta formativa en terapia ocupacional.
Objetivo 15	Establecer convenios de prácticas con las diferentes Gerencias de las áreas sanitarias y la Universidad de la Coruña.	<p>Dar mayor visibilidad a la terapia ocupacional a través de las prácticas asistenciales en la red de los hospitales gallegos, proporcionando un amplio abanico de posibilidades teniendo en cuenta las diferentes áreas sanitarias y los servicios en los que están integrados</p> <p>- Contribuir a mejorar las listas de contratación del Sergas.</p> <p>Y servicios que no siendo de hospitales propios, están vinculados a la red Sergas.</p>	<p>Establecer en 6 meses, unas líneas de actuación con la Universidad de la Coruña garantizando que la formación de la práctica clínica garantice los rotatorios en todas áreas en las que hay terapia ocupacional en GALICIA, así como en los distintos dispositivos.</p> <p>Es decir, actualmente AT-RHB FISICA-SALUD MENTAL (dentro de estas que los terapeutas ocupacionales roten por los diferentes dispositivos por ejemplo: en rehabilitación física, si hay una unidad de lesionados medulares en Coruña y una unidad de cardiología en la que hay terapeuta ocupacional, garantizar que pase por estos servicios que el estudiante de terapia ocupacional; Agudos- Hospital de día, rehabilitación Psicosocial-Continuidad de Cuidados-Larga estancia (crónicos) en la red de asistencia en Salud Mental garantizar que también que acuda a estos dispositivos.</p>	<p>Elaborar convenio de actuación con los responsables de la formación práctica</p> <p>Elaborar dossier con documentación de interés.</p>	<p>En el plazo de seis meses reunión con el comité de formación del Sergas. Solicitud de esa reunión en septiembre de 2021.</p> <p>En el plazo de 15 meses garantizar la formación práctica de la terapia ocupacional en la red asistencial del SERGAS en las que existe la figura del terapeuta ocupacional.</p>

		<p>Que la formación de la práctica clínica garantice los rotatorios en las unidades de referencia de la CCAA USMI-J.</p> <p>Que la formación de la práctica clínica garantice los rotatorios en las unidades de referencia de la CCAA UDAL.</p> <p>Poner en conocimiento a todos los terapeutas ocupacionales de la red asistencial del Sergas, vincularlos de alguna manera para que el trabajo sea un continuum.</p>	
--	--	--	--



Línea estratégica 4. Visibilidad de la disciplina en relación con los usuarios, usuarias y la comunidad.

OBJETIVOS	NOMBRE	JUSTIFICACIÓN	ACCIONES A CORTO PLAZO	ACCIONES A MEDIO PLAZO	ACCIONES A LARGO
Objetivo 1	Que los usuarios del Sergas conozcan la figura del terapeuta ocupacional en distintos ámbitos	No se puede pedir un servicio que no se conoce.	Hacer una encuesta inicial para saber que les puede ofrecer un terapeuta ocupacional.	Hacer una campaña de conocimiento.	Encuesta al finalizar la campaña.
Objetivo 2	Difusión del trabajo realizado por distintos medios.	Es una disciplina que apenas es conocida.	Pedir a los terapeutas ocupacionales que trabajan en la pública si alguno quiere contar las experiencias e innovaciones en su día a día.	Hablar con medios de comunicación.	Que se publique la actividad en los medios.
Objetivo 3	Encuestas de satisfacción en nuestros usuarios	Es necesario saber la opinión de nuestros usuarios.	Hacer encuestas de satisfacción a nuestros usuarios.	Crear encuestas de satisfacción.	Analizar los datos
Objetivo 4	Publicar trabajos, investigaciones, encuestas.	Dar a conocer la profesión.	Buscar medios donde se pueda publicar.	Publicar estas investigaciones.	
Objetivo 5	Realizar un estudio de campo entre la comunidad sobre qué es lo que conocen o	La terapia ocupacional es una profesión desconocida para la mayor parte de la población general.	Realizar jornadas divulgativas para dar a conocer el trabajo del terapeuta ocupacional en la comunidad.	Fomentar la participación de la comunidad mediante talleres.	

	saben de la terapia ocupacional.			
Objetivo 6	Fomentar charlas, cada uno en su área, entre los profesionales y los usuarios.	Muchos profesionales de la salud desconocen nuestro trabajo o tienen una idea equivocada de ello.	Programar charlas y/o jornadas entre los profesionales de la salud.	
Objetivo 7	Visibilizar la terapia ocupacional en los Centros de Salud, Ayuntamientos, Diputaciones.	La terapia ocupacional sigue siendo desconocida en relación con las demandas que puedan tener los usuarios y usuarias del Sergas. El saber identificarlas y poner nombre al profesional que le puede ayudar, contribuye a crear la demanda por parte de la población gallega.	En el plazo cinco meses en todos los Centros de Salud Gallegos debe haber a disposición de los usuarios el díptico de COTOGA.	Cada tres años se realizarán jornadas de terapia ocupacional en los ayuntamientos gallegos.
Objetivo 8	Visibilizar la terapia ocupacional a través de su labor desempeñada en los hospitales gallegos.	Que el propio SERGAS refuerce la visibilización de la profesión en sus hospitales contribuyendo al conocimiento por parte del resto de profesiones sanitarias (matronas, neurólogos, internistas, auxiliares, celadores...)	Elaborar un convenio de colaboración COTOGA-SERGAS (gabinete de prensa...o a quien corresponda)	En el plazo de un año el Sergas hará difusión a través del correo interno sobre el día Mundial de la terapia ocupacional enviando un cartel de la profesión".

<p>Objetivo 9</p>	<p>Visibilizar la terapia ocupacional a través de las Asociaciones Gallegas de Enfermos.</p>	<p>La terapia ocupacional sigue siendo desconocida con relación a las demandas que puedan tener los usuarios y usuarias del Sergas. El saber identificarlas y poner nombre al profesional que les puede ayudar, contribuye a crear la demanda por parte de la población gallega.</p>	<p>En el plazo de 6 meses comunicarse con las Asociaciones Gallegas de Enfermos para dar a conocer la profesión y demanden también la asistencia sanitaria de los terapeutas ocupacionales en hospitalización y Atención Primaria.</p>
<p>Objetivo 10</p>	<p>Hacer uso del canal de YouTube del Sergas y compartirlo en las redes. Grabar vídeos de actuación y con evidencia científica.</p>	<p>Es una herramienta que está ahí y se pueden beneficiar todos los profesionales. Se está usando y da visibilidad al trabajo realizado. Es el medio en el que nos movemos ahora mismo.</p>	<p>Realizar una convocatoria de terapeutas ocupacionales para que continúen en esta práctica.</p>
<p>Objetivo 11</p>	<p>Publicación de folletos explicativos y la intervención de la terapia ocupacional y depositarlos en las diferentes consultas no sé si en atención primaria o en atención</p>	<p>Hacer visible la terapia ocupacional a nivel usuario y a nivel médico.</p>	<p>Ya se va teniendo material, hacer buzoneo con el mismo. Durante 6 meses</p>

	especializada o en ambas.				
Objetivo 12	Charlas en centros de salud, centros cívicos, colegios, otros centros de enseñanza	Es ir directamente a trabajar con el potencial usuario	Para septiembre 2022 se podrían ir teniendo propuestas	Contactar con los responsables de los centros para ofrecerles el servicio	Llevar a cabo el servicio
Objetivo 13	Aumentar el conocimiento de la organización de las diferentes áreas sanitarias sobre la labor de la terapia ocupacional en el funcionamiento del sistema sanitario y los procesos de salud y enfermedad.	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se proponen la creación de plazas. El coste por año debería ser suficiente para ofrecer espacios y tiempo para su difusión. En forma de charlas, simposio, mesas redondas, espacios de debate, etc.			
Objetivo 14	Aumentar el conocimiento de la población de las diferentes áreas sanitarias sobre la labor de la terapia ocupacional en el funcionamiento del	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en estos datos se proponen la creación de plazas y el coste por año debería ser el siguiente 10.000 € por provincia. Teniendo en cuenta los costes al día de cuñas publicitarias en periódicos, radios, etc. No habiendo coste en redes sociales particulares.			

	sistema sanitario y los procesos de salud y enfermedad				
Objetivo 15	Implantar la incorporación comunitaria de los y las terapeutas ocupacionales como una actividad normalizada en las diferentes áreas sanitarias y puestos en los que esta actividad se pueda realizar.	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se proponen la creación de plazas y el coste por año debería ser de 2.268.000 € calculado a partir de un sueldo 2000€ brutos X 14 pagas X 81 plazas de terapeutas ocupacionales.			
Objetivo 16	Implantar la labor del terapeuta ocupacional en la promoción de la salud por medio de la creación de equipos que faciliten esta situación a nivel comunitario en las diferentes áreas sanitarias.	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se proponen la creación de plazas.			
Objetivo 17	Visibilizar la disciplina a través de los medios de	La terapia ocupacional sigue siendo desconocida en	Proponer en el plazo de 9 meses (contando desde el último trimestre del	Proponer en el plazo de 9 meses (contando desde	Proponer en el plazo de 9 meses

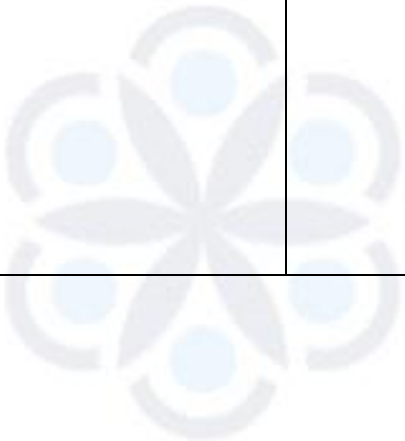
	<p>comunicación (radio, tv, periódico)</p>	<p>relación a las demandas que puedan tener los usuarios y usuarias del Sergas. El saber identificarlas y poner nombre al profesional que le puede ayudar, contribuye a crear la demanda por parte de la población gallega.</p>	<p>2021) convenios de colaboración COTOGA- radio gallega, para participar en los días Mundiales de diferentes enfermedades (por ejemplo: Parkinson, ELA, autismo, salud mental, enfermedades raras, etc. día de la terapia ocupacional) hablando de las intervenciones en cada una de ellas.</p> <p>Proponer en el plazo de 6 meses convenios de colaboración COTOGA- TV de Galicia, para participar en los días Mundiales de diferentes enfermedades (por ejemplo: Parkinson, ELA, autismo, salud mental, enfermedades raras, etc. día de la terapia ocupacional) hablando en la TV de las intervenciones en cada una de ellas, entrevistando a los terapeutas ocupacionales que realicen sus actuaciones.</p>	<p>el último trimestre del 2021) se saque un número especial haciendo publicidad en los periódicos sobre el día Mundial del día de la terapia ocupacional.</p> <p>Valorar costes anuales.</p>	<p>(contando desde el último trimestre del 2021) realizar una campaña de visibilización del día de la terapia ocupacional con profesionales que se dediquen al marketing y publicidad</p>
--	--	---	---	---	---

Línea estratégica 5. Plan de necesidades y priorización de las mismas.

OBJETIVOS	NOMBRE	JUSTIFICACIÓN	ACCIONES A CORTO PLAZO	ACCIONES A MEDIO PLAZO	ACCIONES A LARGO
Objetivo 1	Mejorar la visibilidad de los Tos en el SERGAS	Hay una percepción por parte de los terapeutas ocupacionales de invisibilidad	Recopilar la información de este trabajo	Hablar con las gerencias	Tener voz en Santiago en los servicios centrales
Objetivo 2	Mejorar coordinación y comunicación entre los terapeutas ocupacionales del SERGAS	Se necesita recopilar las necesidades de los terapeutas ocupacionales del SERGAS	Pasar una encuesta de necesidades a los terapeutas ocupacionales del SERGAS	Recopilar información y analizarla	Establecer una figura de representante dentro del Sergas que sea por méritos y renovable en el tiempo.
Objetivo 3	Realizar una encuesta a todos los terapeutas ocupacionales del SERGAS de necesidades	Saber las necesidades que observan todos los compañeros	Crear una base de datos de todos los Tos que quieran aportar sus experiencias y necesidades	Recopilar y analizar la información	Hacer un informe
Objetivo 4	Mejorar la calidad asistencial en el servicio de terapia ocupacional	Aliviar los tiempos de espera que tienen los pacientes para ser	Estudio del número de plazas de terapeutas	Creación de plazas de	Organizar las plazas en aquellas especialidades más saturadas.

		atendidos (justificando dichos tiempos de espera).	ocupacionales necesarios.	terapia ocupacional	
Objetivo 5	Desarrollar plantillas específicas de terapia ocupacional para incorporar a IANUS acordes con las necesidades de este colectivo	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se propone la creación de plantillas específicas funcionales para cada dispositivo específico.			
Objetivo 6	Adecuar los espacios donde se desarrollan las intervenciones de terapia ocupacional a las necesidades de los profesionales y de los usuarios	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se propone la creación de salas adecuadas para cada dispositivo, adecuadas en tamaño y tipo de tratamiento.			
Objetivo 7	Organizar y evaluar el plan de necesidades de las áreas sanitarias contando con la participación de los terapeutas ocupacionales al igual que sucede con	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se propone la incorporación de la figura del terapeuta ocupacional a los equipos de dirección de enfermería y de docencia.			

	el resto de los profesionales.				
Objetivo 8	Permitir el acceso a puestos de coordinación y supervisión de equipos de trabajo a los y las terapeutas ocupacionales como sucede con otras disciplinas.	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se propone la creación de 7 puestos de coordinación cubiertos por terapeutas ocupacionales, uno por área sanitaria. Posteriormente estudiar las necesidades de cada hospital según los dispositivos que posea con terapeutas ocupacionales.			
Objetivo 9	Permitir el acceso a los diferentes equipos de trabajo, comisiones (docencia, investigación, entre otras) de los y las terapeutas ocupacionales como sucede con otras disciplinas.	Tras el análisis realizado de la situación actual de la terapia ocupacional en el SERGAS, de este informe y basándose en esos datos se propone la creación de 12 puestos de terapeutas ocupacionales vinculados al departamento de investigación y docencia de cada área de salud.			
Objetivo 10	Visibilizar la terapia ocupacional en el SERGAS	La terapia ocupacional sigue siendo desconocida en el SERGAS	Elaboración video presentación de la terapia ocupacional para el SERGAS	Que en el plazo de 6 meses (último trimestre del 2021 y primero de 2022) COTOGA se reúna con los	Que en el plazo de un año (2022) todas las Gerencias Gallegas conozcan COTOGA (en estas reuniones se podría hablar con la abogada de COTOGA para abordar el tema de la obligación de estar colegiado para ejercer y que las propias gerencias se comprometan a solicitar los certificados de colegiados.) Que en el plazo año y medio (2022-2023) los grupos sindicales de cada área sanitaria conozcan COTOGA

				<p>terapeutas ocupacionales de cada área sanitaria</p>	<p>Que en el plazo de Las asociaciones de enfermos y usuarios de los hospitales gallegos conozcan COTOGA.</p> <p>Que en el plazo año y medio (2022-2023) COTOGA se reúna con los jefes de Servicio de interés.</p> <p>Que en el plazo año y medio (2022-2023) COTOGA se reúna con los Colegios de Médicos de Atención Primaria.</p>
--	---	--	--	--	---

COTOGA
 COLEGIO OFICIAL
 DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
 DE GALICIA


**SERVIZO
 GALEGO
 de SAÚDE**

8. Conclusiones

Áreas sanitarias que más incorporaron profesionales de terapia ocupacional a sus plantillas

1. El área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza ha sido la que más número de terapeutas ocupacionales ha incorporado en Salud Mental en los últimos dos años (dos terapeutas ocupacionales en Hospital Quirúrgico de Conxo, dos en Hospital Psiquiátrico de Conxo).

Áreas sanitarias que menos incorporaron profesionales de terapia ocupacional a sus plantillas

1. La rehabilitación infantil (a partir de seis años), no está presente en la Comunidad Gallega a excepción de las ciudades de Coruña y Pontevedra.
2. Se hace necesario reforzar las unidades de Atención temprana hospitalarias, crear esa atención por las tardes, en Pontevedra, Vigo y Lugo ya existe el servicio por la tarde, sería necesario crearlos en Santiago de Compostela, Ferrol, A Coruña y Ourense. Consolidar la plaza de Lugo y crear la Unidad de Atención temprana hospitalaria en Monforte y Burela.

Ausencia de profesionales de terapia ocupacional en las diferentes áreas sanitarias

1. El Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, es el único hospital público de Galicia que cuenta únicamente con un/a terapeuta ocupacional a pesar de tener dos de los dispositivos de la red asistencial básica del Sergas (Unidad de Agudos y Servicio de Medicina y Rehabilitación Física).
2. Existen unidades de referencia para toda Galicia que siguen sin incorporar al terapeuta ocupacional (Unidad de salud mental infantojuvenil , unidad de quemados, entre otras).

Particularidades de las diferentes áreas sanitarias en materia de terapia ocupacional

1. El área Sanitaria de Lugo, a Mariña y Monforte de Lemos es la única que oferta la intervención del terapeuta ocupacional en Continuidad de Cuidados y a tiempo completo.
2. El hospital de Lugo, es el único en Galicia que ofrece la intervención del terapeuta ocupacional en Atención Temprana mañana y tarde.

3. El hospital del Meixoeiro es el único de Galicia que ofrece la intervención del terapeuta ocupacional en neurorrehabilitación en horario de tarde.

Problemas de los hospitales comarcales en relación con la figura profesional de terapia ocupacional

1. La discriminación geográfica que sufre la población que es susceptible de la rehabilitación que realizan en los hospitales comarcales ya que no cuentan con los servicios de la terapia ocupacional.

Presión asistencial en relación con la presencia con la figura profesional de terapia ocupacional.

1. La presión social en áreas sanitarias como la de Monforte, hace que se incorpore la figura del terapeuta ocupacional.

Problemas con la visibilidad de la terapia ocupacional en el Sergas.

1. La terapia ocupacional sigue sin estar visible en los servicios como Neonatología, UCI, medicina interna, cardiología, entre otras.
2. Los jefes de Servicio y mandos intermedios no conocen la intervención del terapeuta ocupacional para poder demandar sus servicios.
3. El número de terapeutas ocupacionales que oferta el Plan Gallego de Salud Mental en los próximos cinco años es inferior a las plazas ofertadas en otras categorías profesionales.
4. En la actualidad no existe posibilidad alguna de incorporar la figura profesional de terapia ocupacional a las coordinaciones o supervisiones, por lo que creemos que no existe representación propia, invisibilizando la disciplina dentro de la organización frente a otras.

Problemas de la organización en materia de Atención Primaria y terapia ocupacional

1. Escasa representación del colectivo en materia de negociación para la incorporación de la disciplina al nivel de atención primaria.

Problemas de la organización en materia de formación de terapia ocupacional

1. Nula presencia de formación específica de terapia ocupacional en ACIS.
2. Nula presencia de terapeutas ocupacionales en materia docente en formación dentro de la organización.

Como futuras líneas de trabajo para la consolidación de la terapia ocupacional en el Sergas, se propone:

Se hace necesario un mayor trabajo de difusión de la actividad de la terapia ocupacional, se proponen charlas anuales en hospitales y centros de salud cuando se inician los rotatorios de grupos MIR y otras profesiones con capacidad de derivación vinculados con la sanidad, en forma de cursos, seminarios, entre otros.

1. Confección de una comisión de seguimiento de creación de plazas.
2. Fomentar la mejora de recogida de datos y formación para este fin.
3. Reforzar los servicios ya existentes.
4. Conseguir la representatividad de profesionales de la terapia ocupacional en todas las áreas de salud de Galicia y en todos los servicios susceptibles de que se contraten.
5. Consolidar las plazas que ya existen y las que están en contratos con acúmulos de tareas.
6. Solventar las amenazas de profesionales que ejerzan intrusión en las funciones de los terapeutas ocupacionales.
7. Crear las plazas de terapia ocupacional en Atención Primaria en Ayuntamientos con una población mayor de 15.000 habitantes en un primer momento para posteriormente una vez consolidadas solicitar una mayor presencia en poblaciones por debajo de esa población.
8. Potenciar la investigación de la disciplina dentro de la organización.

9. Referencias bibliográficas

- American Occupational Therapy Association. (2015). Occupational therapy code of ethics (2015). *American Journal of Occupational Therapy*, 69(Suppl. 3), 6913410030. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.696S03>
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74, 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. (1999). *Documento técnico sobre terapia ocupacional*. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.
- Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de atención temprana (2013). <http://www.juansiso.es/REPERTORIO/Galicia/DECRETO%20183-2013%20.%20GALICIA.%20ATENCION%20TEMPRANAA.pdf>
- Consejo General de Colegios de Terapia Ocupacional (2020). *Código deontológico*. Consejo General de Colegios de Terapia Ocupacional
- ENOTHE – COTEC (2005). *Attachment 1 Competencias de Terapia Ocupacional 2005-12-03 Copenhagen*. Recuperado de http://www.enothe.eu/tch/tq/docs/specific_competencies_spanish.pdf
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance (2018). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *European Journal of physical and rehabilitation Medicine*, 54(2), 125-155. <https://10.23736/S1973-9087.18.05143>
- Grupo de Consenso de la Guía de Funcionamiento de las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (s.f.). Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica. Guía Básica de Funcionamiento. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/unidad-rehabilitacion-psiquiatrica-guia-basica-funcionamien.ficheros/327879-guia2.pdf>
- Grupo Regional de Trabajo de Unidades de Media Estancia de Castilla-La Mancha (2013). *Libro blanco de Unidades de Media Estancia de salud mental Castilla-La Mancha*. https://sanidad.castillalamancha.es/files/lb_umes.pdf
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (2002). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (2003). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

- Ley Orgánica 3/2018*, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (2018). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Linares, R. (s.f.). *Libro blanco. Título de grado de terapia ocupacional*. https://www.urjc.es/images/cndeuto/archivos/libro_blanco_aneca_to.pdf
- López, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación Psicosocial*, 3(1), 17-25. <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-continuidad-cuidados-desarrollo-sistemas-apoyo-13102378>
- Martínez, M.AT., Gastañaduy, M.J., Lord, M.T., Lorenzo, M., Peino, R., Pérez, O., Pérez, J., Y Rodríguez, M.J. (2002). *Protocolos operativos de la unidad de desórdenes alimentarios (UDAL)*. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-92.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Salud Mental. Organización y dispositivos* Ministerio de Sanidad y Consumo
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo
- Moruno-Miralles, P. y Talavera-Valverde, M.A. (2011). *Terapia ocupacional en salud mental*. Masson.
- Moruno-Miralles, P. y Talavera-Valverde, M.A. (s.f.). *Principios metodológicos de la Terapia Ocupacional*. Síntesis.
- Pérez, R., Santamaría, O. y Berges, L. (2006). Terapia Ocupacional en atención temprana. *Anales de Ciencias de la Salud*, 9, 61-79.
- Sección de Medicina Física y Rehabilitación. (2009). Libro blanco de medicina física y rehabilitación en Europa. *Publicación europea de medicina física y rehabilitación*, 45(S1), 1-90. <http://www.whitebookprm.eu/wp-content/uploads/2017/01/SPANISH-VERSION-PRM-WHITE-BOOK-.pdf>
- SERGAS (s.f.a). *Servicio de Medicina Física y Rehabilitación*. <https://xxilugo.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idLista=4&idContido=119&migtab=37%3B119&idTax=6204&idioma=es>
- SERGAS (s.f.b). *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña* <http://neurotec.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/1256/2018/07/La-coruna.pdf>
- SERGAS (s.f.c). *Unidade de Salud Mental Infanto-Juvenil*. <https://xxilugo.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idLista=4&idContido=108&migtab=37%3B104%3B106%3B108&idTax=6204>

SERGAS (s.f.d). *Unidad de Psicogeriatría.*
<https://xxilugo.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idLista=4&idContido=109&migtab=37%3b104%3b106%3b109&idTax=6204>

SERGAS (s.f.e). *Unidad de atención especial (UAE).*
<https://xxisantiago.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=1192&migtab=56%3B365%3B303%3B1192&idioma=es>

Sociedad Española de Rehabilitación Infantil (SERI). (2019). *Libro blanco sobre la rehabilitación infantil en España.* Real Patronato sobre Discapacidad.

Souto-Gómez, A.I., Talavera-Valverde, M.A., Facal-Fondo, T. y Rodríguez-Otero, L.M. (2019). *Terapia ocupacional y promoción de la salud.* Síntesis.

Talavera-Valverde, M.A. (2007). Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *TOG (A Coruña)*, 5.
<http://www.revistatog.com/num5/Revision2.htm>

Talavera-Valverde, M.A. (2015a). *Estudio del razonamiento clínico en estudiantes de terapia ocupacional.* (Tesis doctoral). <http://hdl.handle.net/2183/15747>

Talavera-Valverde, M.A. (2015b). *Razonamiento clínico y diagnóstico en terapia ocupacional.* Síntesis.

Xunta de Galicia (s.f.). *Atención temprana.*
<https://politicassocial.xunta.gal/es/temas/discapacidad/atencion-temprana>

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



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE