

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿ES POSIBLE?

OCCUPATIONAL THERAPY IN PRIMARY CARE: IS IT POSSIBLE?

DECS: terapia ocupacional, atención primaria de salud, investigación cualitativa, servicios de salud comunitaria, atención integral de salud, personas con diversidad funcional

MESH: occupational therapy, primary health care, qualitative research, community health services, comprehensive health care, disabled persons



Autores:

Dña. Ismael Algar Lombardo

Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina (Toledo). España. Spain.

ismalgar@gmail.com

Dña. Dulce María Romero Ayuso

Vicedecana de Terapia Ocupacional. Departamento de Psicología. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina (Toledo). España. Spain.

Como citar este documento:

Algar Lombardo I, Romero Ayuso D. Terapia ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria: ¿es posible?. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [fecha de la consulta]; 9(16): [30 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original8.pdf>

Texto recibido: 02/07/2012

Texto aceptado: 20/10/2012

Introducción

La atención primaria de salud (AP) es un nivel asistencial que se caracteriza por ser el primer contacto de la persona en la comunidad con el sistema de salud.

Es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos (1). Comprenderá 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 el trabajo social. Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las

RESUMEN

El siguiente estudio tiene como fin conocer la situación actual, la necesidad emergente y las aportaciones de la Terapia Ocupacional en atención primaria de salud. Se planteó un estudio cualitativo, de teoría fundamentada, en concreto un diseño sistemático, ya que el objetivo del estudio era conocer la necesidad de la figura del terapeuta ocupacional en atención primaria. Entre las principales conclusiones se encontró que los profesionales de los centros de salud consideran necesaria la presencia del terapeuta ocupacional sobre todo en la atención en los domicilios, adaptaciones y prescripción de ayudas técnicas. Coinciden en señalar que es necesaria una convergencia entre la atención sanitaria y la atención social. Asimismo, los resultados señalan la importancia del trabajo por parte de organismos oficiales de presentar oficialmente en la cartera de servicios que pueden tener terapeutas ocupacionales en los centros de atención primaria de salud.

SUMMARY

The following study is to try to understand the current situation, the emerging need and contributions of occupational therapy in primary health care. We propose a qualitative study, grounded theory, in particular, a systematic design, since the aim of the study was to know the need for the figure of the occupational therapist in primary care. Among the key findings found that professionals in health facilities, deemed necessary by the occupational therapist's presence especially in care homes, adaptations and assistive technology prescription. Agree to convergence is needed between health and social care. The results also indicate the importance of work by formally submitting agencies in the portfolio of services that can be occupational therapists in the centers of primary health care.

mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados. Los servicios básicos de salud deben proporcionar una cobertura de sus servicios lo más amplia posible.

Además, los centros de salud deben estar situados a menos de 15 minutos de toda residencia (2).

Las actividades principales de los centros de AP son las siguientes:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- Rehabilitación básica.
- Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- Atención paliativa a enfermos terminales.

- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.
- Atención a la salud bucodental (3).

La plantilla de los centros de AP está formada por médicos, pediatras, odontólogos, enfermeras, matronas, fisioterapeutas, administrativos y trabajadores sociales.

La unidad de rehabilitación es una realidad en los centros de salud, en donde la participación del terapeuta ocupacional junto a los demás profesionales, a través de una intervención interdisciplinar, podría trabajar las necesidades ocupacionales más inmediatas de los usuarios y poder darles una respuesta en su entorno, evitando las consecuencias de la separación o abandono del hogar.

Hoy en día el papel del terapeuta ocupacional en el sistema de salud español se centra en la atención especializada, especialmente en atención terciaria, en todos los centros de tratamiento pertenecientes a las unidades de rehabilitación (4).

La prevención de los posibles trastornos en el desempeño ocupacional no sólo hay que abordarla a través de la atención secundaria y terciaria, sino también por medio de la realización de una serie de actividades antes de que aparezca un problema, para poder evitar la aparición de una disfunción o una diversidad funcional en una población en riesgo (5), disminuyendo la probabilidad de un deterioro ocupacional.

Actualmente, los terapeutas ocupacionales no forman parte de los servicios de atención primaria en la mayoría de las Comunidades Autónomas. Según las encuestas a responsables y profesores de la titulación de Terapia Ocupacional (TO) en 14 de las 15 Universidades que hoy imparten estos estudios en nuestro país, así como a los profesionales que acreditan una experiencia en el ejercicio

profesional de 10 o más años, han demostrado que sólo el 1,8% de los terapeutas ocupacionales están desarrollando su labor en estos dispositivos (6). Los datos recogidos de las estadísticas del gasto sanitario en el año 2007, muestran que la mayor parte del gasto público recae por un lado en los servicios hospitalarios y centros de salud especializados y, por otro, en recursos farmacéuticos (2).

La política sanitaria actual facilita una mayor financiación en actividades de diagnóstico y tratamiento que de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo el gasto que requieren los tratamientos médicos y quirúrgicos mucho mayor. En la investigación médica se asume que cada enfermedad tiene sus factores de riesgo y su etiología propia y específica (7). El modelo vigente en nuestro Sistema Nacional de Salud es un modelo centrado más en la enfermedad que en la prevención, más en la atención hospitalaria que en la primaria y en el que los roles de los distintos profesionales siguen unas pautas tradicionales que habría que adaptar a las nuevas necesidades.(8) En medicina, cuando se habla de diversidad funcional se habla de discapacidad, y sobre todo se centra en las capacidades físicas y sensoriales de la persona, dando menos importancia a otros aspectos de la vida diaria que son de vital importancia. Los centros de AP deberían estar bajo un modelo socio-sanitario en donde los profesionales no sólo actúen bajo un modelo médico, debiendo considerar al usuario de forma holística.

En estas últimas décadas, debido a una mejora de la atención social y sanitaria, entre otros factores, la sociedad española ha experimentado un envejecimiento de la población, constituyendo hoy día las personas mayores de 65 años alrededor del 17% de la población total.

En cuanto a cifras de diversidad funcional, el 9% de la sociedad española tiene algún tipo de problema funcional (alrededor de 3,5 millones), si bien es verdad que dicha población no es un grupo homogéneo. Además, una persona con

diversidad funcional puede llegar a tener una situación de minusvalía dependiendo de los diferentes factores ambientales y contextuales.

El porcentaje de la población española según el tipo de diversidad funcional se presenta en el **Gráfico 1.**(9):

Según estos datos, hay un porcentaje alto de personas que experimentan dificultades en las actividades de movilidad, autocuidados y vida doméstica.

En relación con los datos anteriores, vemos que hay una serie de tareas en las que la población con diversidad funcional experimenta una seria dificultad.

Entre ellas son:

- **Desplazarse fuera del hogar**, es decir, existen problemas para moverse por la comunidad debido a múltiples factores, uno de ellos las barreras arquitectónicas.

- **Desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero**. Indica que el acceso a los medios de transporte públicos son deficientes y además éstos no están lo suficientemente adaptados.

- **Realizar los quehaceres de la casa, lavarse, cuidados de las partes del cuerpo y preparar comidas**. Muchas de las actividades de la vida diaria (en adelante AVD) se realizan en el hogar. Muchas personas tienen serios problemas para realizar actividades en su propio hogar. Por ello, conseguir la mayor autonomía posible para la realización de dichas tareas es una materia pendiente que los centros de AP deben abordar y facilitar a los pacientes.

Por lo tanto, las instituciones sanitarias deberían favorecer la igualdad de oportunidades, mejorar el estatus, contribuir a que mejore la calidad de vida y desarrollar sus destrezas en relación con la salud (10). Los servicios de atención primaria, a través de las actividades de promoción de la salud y atención comunitaria, deben abordar las nuevas necesidades de la sociedad en materia de diversidad funcional y dependencia. Para ello, sería adecuado crear

en los centros de AP un escenario facilitador por el cual las personas con algún tipo de dificultad en las AVD tuvieran una atención especializada.

En resumen, debido al envejecimiento que está experimentando la población española y a un aumento de su nivel de dependencia, las administraciones públicas están obligadas a participar activamente en la creación de nuevos servicios y prestaciones en asuntos de diversidad funcional y dependencia, puesto que las personas no siempre pueden asumir el coste económico de la asistencia de la dependencia (10). Entre la ampliación de los servicios a la diversidad funcional, se encontraría la implantación del Servicio de Terapia Ocupacional (en adelante TO) en AP.

Los centros deberían facilitar un "espacio socio-sanitario", es decir, una zona intermedia entre el área de claro predominio social y el área de claro predominio sanitario, en donde ambas vertientes (social y sanitaria) se presenten de forma inseparable e interrelacionada.

En este aspecto, el marco legal a través de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, propone una mayor cobertura de la atención en personas en situación de dependencia y anima a las diferentes comunidades autónomas a apostar y crear recursos y apoyos en materia de diversidad funcional (11).

La figura del terapeuta ocupacional en este nivel asistencial no está todavía reconocida en todo el territorio español. En algunas comunidades autónomas, como Andalucía y Aragón, se está apostando por la creación de programas de AP en los que los terapeutas ocupacionales están incluidos en ellos (12-13).

El acceso al sistema sanitario es un derecho que tiene que comenzar desde la AP, desde la propia comunidad en la que vive el usuario. La atención que demandan muchos de los usuarios que asisten a este nivel sanitario, podría ser susceptible de diversos programas de atención de TO. Es un derecho que deben tener todos los miembros de la población española.

Desde TO en los centros de AP, se podrían recoger todos los datos de los usuarios sobre los tratamientos recibidos de TO en los diferentes recursos, lo cual garantizaría una visión global de la situación ocupacional, asegurando de este modo la continuidad de tratamiento de TO en los contextos de la vida diaria de las personas.

Las funciones legisladas de los terapeutas ocupacionales son llevar a cabo el procedimiento rehabilitador que, bajo prescripción médica, utilizan actividades manuales, creativas, recreativas sociales, educativas, prevocacionales e industriales, para lograr del paciente la respuesta deseada, ya sea física, mental o ambas (4). La intervención se debe realizar en las consultas y locales dispuestos para ello en las unidades de rehabilitación, así como por medio de equipos móviles de TO, e incluso desplazándose al domicilio de la persona en el caso de que sea necesario (4). Esto quiere decir que el tratamiento de TO debería estar presente en el ámbito comunitario, empezando en la atención primaria de salud.

La intervención que pueden hacer los terapeutas ocupacionales en estos centros puede ser muy diversa, desde la intervención en el entorno, reduciendo los factores de riesgo a través de la participación en la ocupación, así como la accesibilidad en la comunidad, la intervención individualizada, proporcionando entrenamiento en habilidades de desarrollo en el contexto de las ocupaciones cotidianas o prescripción de productos de apoyo y el asesoramiento a los diferentes profesionales que trabajan en la comunidad (14), entre otros. Existen evidencias de trabajos por parte de terapeutas ocupacionales que podrían considerarse servicios de AP, en donde se encuentra el trabajo en la comunidad, la atención domiciliaria y en el puesto de trabajo(15).

En el ámbito de la salud mental, a través de un tratamiento individualizado de TO en la comunidad, como un complemento a la atención habitual, usuarios

con problemas psicóticos han tenido una mejoría significativa de los síntomas clínicos (sobre todo en el funcionamiento social, como son las relaciones, el rendimiento, la competencia y el ocio).(16). En cuanto a las personas mayores que viven en sus casas, la capacidad funcional, la participación social y la calidad de vida han tenido resultados positivos después de la intervención de TO (17).

La atención domiciliaria es un aspecto importante. Se ha demostrado que las visitas a domicilio hechas por los terapeutas ocupacionales pueden prevenir las caídas entre las personas mayores que están en mayor riesgo y además también pueden conducir a cambios en el comportamiento que permiten a las personas mayores vivir de forma más segura, tanto en el hogar como en el entorno externo (18). Además, el apoyo continuado en el hogar es beneficioso para las AVD, sobre todo para personas que presentan grandes dificultades (19).

Por último, hay que destacar la importancia del trabajo de los TO en la prevención y promoción de la salud en el ámbito laboral. Hay evidencia de que a través de apoyo por parte del servicio de rehabilitación, personas con grandes dificultades han tenido éxito en la reintegración del trabajo y se han desarrollado expectativas positivas respecto a ello (20).

El papel de los terapeutas ocupacionales en este nivel asistencial complementaría los objetivos a alcanzar por parte de los centros de salud, promoviendo la salud a través de la ocupación, ayudando a las personas a elegir, organizar y cumplir las ocupaciones que consideren útiles o significativas en un determinado entorno (21).

Según el modelo canadiense, el rendimiento ocupacional es el resultado de la interacción de la persona con su entorno, al que ésta se encuentra enteramente integrada (21), por lo que una atención de los problemas en el desempeño ocupacional a un nivel comunitario sería una forma de prevención, promoción y seguimiento eficaz.

Hay que destacar que aunque la salud es una cuestión personal, el estado de salud del individuo y el bienestar funcional interactúan dinámicamente con los factores personales y comunitarios (22).

De acuerdo con lo comentado previamente, desde el marco legal, a través de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, los servicios de TO en AP aumentarían la cobertura de la atención para las personas con diversidad funcional.

Los terapeutas ocupacionales pueden proporcionar asistencia en los programas de salud y bienestar en los distintos niveles asistenciales, así como participar en programas de bienestar en la comunidad, desde las instituciones educativas, como recreativas y deportivas, así como en centros de cuidados diurnos y en el ámbito laboral (5).

Por todo ello, el objetivo del estudio es analizar si es necesaria la existencia de la figura del terapeuta ocupacional en los centros de AP e identificar su función en dichos centros.

MÉTODOS

Diseño

Se planteó un estudio cualitativo, de teoría fundamentada, en concreto, un diseño sistemático, ya que el objetivo del estudio es conocer la necesidad de la figura del TO en AP, a través de entrevistas en profundidad a informantes claves y de una observación directa en los centros de AP de Talavera de la Reina (Toledo).

De acuerdo con el diseño de la teoría fundamentada, el tipo de procedimiento para la elección de los participantes ha sido el "*muestreo teórico*", hasta llegar a la saturación teórica del discurso. A medida que los datos fueron recogidos, se transcribieron y codificaron, en un proceso continuo, de acuerdo con los principios para el desarrollo de la teoría fundamentada, en este caso para

generar una teoría sustantiva, emergente. El proceso finalizó cuando tras una comparación constante de códigos y categorías que emergieron de los datos, se llegó a la saturación teórica (23).

Participantes

La selección de los participantes fue intencional. Los criterios de inclusión fueron: profesionales de AP y/o terapeutas ocupacionales. Los participantes que hicieron el estudio fueron 2 profesionales que están trabajando en AP y no ejercen de TO, y un TO que actualmente trabaja en AP. Se informó a cada uno de los participantes, a través del consentimiento informado, cómo se iban a desarrollar las entrevistas, así como que los discursos iban a ser recogidos con una grabadora para luego analizarlos y que toda la información o datos que pudieran identificar al informante serían utilizados confidencialmente (Anexo I). En primer lugar se entrevistó a S, una terapeuta ocupacional que trabaja actualmente en la unidad móvil de rehabilitación creada a través del plan de apoyos a las familias andaluzas del distrito sanitario de Sevilla.

El motivo de entrevistar a S fue que actualmente trabaja en un dispositivo de atención primaria como terapeuta ocupacional. Resultó interesante puesto que proporcionó información de cómo se está trabajando desde terapia ocupacional en atención primaria, cómo se incluyó en este dispositivo, cómo ha sido su experiencia y qué necesidades se han cubierto.

En segundo lugar se entrevistó a R, fisioterapeuta del CSLA, que además es terapeuta ocupacional. El contacto se consiguió a través de las prácticas de una de las asignaturas del 4º curso de TO. R contribuyó a analizar la necesidad de TO en AP desde dos perspectivas, como trabajador en una unidad de rehabilitación en AP y como TO.

En tercer y último lugar, se entrevistó a C, trabajadora social del CSLE. Al igual que con R, el contacto se consiguió a través de las prácticas de una de las asignaturas de TO. La razón de entrevistar a C fue porque aportó una visión desde la problemática social de la necesidad de TO en AP.

Posición del investigador

Se estableció un primer contacto con cada uno de los participantes en donde se les invitó a colaborar en el estudio, explicándoles qué tema se iba a tratar en la entrevista y cuándo se podía llevar a cabo. Una vez concertado el día de la entrevista, se procedió a realizar cada una de ellas. En ningún momento hubo una oposición por parte de los participantes y las entrevistas se desarrollaron con normalidad. El trato recibido fue correcto y natural.

Dimensiones del estudio. Temas del estudio que se hubiesen determinado con anterioridad.

Los temas principales que se trataron fueron la situación actual, la necesidad emergente y las aportaciones de la TO en AP.

Recogida de datos.

Por un lado se hizo una entrevista a cada uno de los participantes (Anexo II). El objetivo es que los participantes expongan su opinión sobre el tema a tratar desde su experiencia profesional, con el fin de conocer y poder enfatizar en determinados temas.

Las entrevistas se realizaron en Talavera de la Reina en los meses de Abril y Mayo de 2011, según lo acordado con cada uno de los participantes. La duración variaba de una entrevista a otra, siendo aproximadamente entre 40-50 minutos, y fueron grabadas previo acuerdo.

Además, se recogieron notas de campo en los diferentes centros de AP, cuyo fin fue aportar más información a los temas tratados en las entrevistas. Las observaciones se hicieron en los lugares reflejados en la **Tabla 1**.

Los centros de AP de Talavera de la Reina están situados en distintos barrios de la ciudad y la vía de llegada a los mismos es en general adecuada, existiendo varias líneas de autobuses urbanos. Los centros son accesibles, constan de salas de espera amplias y disponen de ascensores amplios. Los CSLA y CSLS son los más pequeños, el primero con dos plantas y el segundo

con sólo una. El CSLE y el CSTC tienen tres plantas cada uno. Los servicios sanitarios que ofertan son de medicina, enfermería, pediatría y fisioterapia. La distribución de las consultas se diferencia muy poco de un centro a otro. En frente de cada una de las consultas se pueden ver unas sillas y unas mesas con revistas para ayudar en la espera de los usuarios.

Las consultas de enfermería también varían poco entre sí. En general, son amplias y con buena iluminación. En cada una de las mesas se puede ver un ordenador desde el que se accede a las historias clínicas de los pacientes. Disponen de dos armarios con varias estanterías. En uno de ellos, guardan material de oficina de todo tipo. En el otro guardan los uniformes. Se puede observar en cada una de las consultas un lavabo y encima de éstos, una estantería llena de material de enfermería (jeringas, aparatos de medida, etc.). Además, tienen una camilla separada del resto de la consulta por una cortina gruesa de plástico blanco. En las paredes hay varios carteles de información relacionada sobre todo con la nutrición y la diabetes. También hay algunas notas que parecen ser aclaratorias sobre el funcionamiento de algunos aparatos.

Los departamentos de fisioterapia están compuestos por dos zonas, una pequeña consulta y una sala con diferentes materiales de rehabilitación como palancas, camas, cuñas, lámparas de infrarrojos, espalderas, etc. En esta zona hay también una cortina colgada del techo que separa dos zonas entre sí. En la pared hay pósters sobre anatomía del cuerpo humano, en los cuales se puede ver el sistema musculoesquelético de forma detallada. Las consultas son pequeñas, y disponen del mismo material informático y de oficina que las consultas de enfermería. La consulta del CSLE está en la 3ª planta. Es más pequeña que el resto y se encuentra al fondo del pasillo, siendo difícil de ver.

Las consultas de las trabajadoras sociales son muy pequeñas; en el caso de la consulta del CSLS queda poco espacio para pasar. Disponen también del

mismo material informático y la disposición es la misma, una mesa en medio, un armario junto a ésta y al fondo una cajonera archivadora.

Las dos visitas domiciliarias que se hicieron fueron a casas cercanas a los centros. La primera fue una casa en el barrio de La Solana, situada en la tercera planta. Esta vivienda forma parte de un edificio antiguo, pero tenía ascensor. La casa, propiedad de un matrimonio mayor, tenía muebles antiguos y a excepción de la cocina, las habitaciones no eran muy grandes y algunas estaban oscuras. Tenía un pasillo central algo estrecho, disponiéndose las habitaciones a uno y otro lado del mismo. Las paredes estaban cargadas de cuadros y fotos familiares antiguas. Abundaban los adornos, tales como jarrones grandes y figuras antiguas y también había alfombras muy gruesas. Con el matrimonio, vivía uno de sus hijos.

La segunda consulta fue cerca del barrio de Puerta de Cuartos. La casa estaba situada en la planta baja y era propiedad de un matrimonio también mayor. El piso no parecía antiguo. Tras entrar, a la derecha quedaba un salón amplio y al fondo del pasillo se situaba la habitación del paciente atendido. Al lado de la puerta había una grúa mecánica y al lado se situaba la cama, que era articulada. Al fondo y a la derecha, había un escritorio con estanterías en las que había varias fotografías y unos DVD apilados. No había cuadros colgados en las paredes de esta habitación, salvo una fotografía del paciente situada encima del cabecero de su cama. No había mucha iluminación.

Las herramientas que se utilizaron para la recogida de datos fueron una grabadora con conexión de ordenador mediante USB y un cuaderno para tomar notas.

Análisis de datos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a su análisis. El procedimiento de interpretación y organización se hizo a través de la conceptualización,

reducción, elaboración y relación de los datos, es decir, a través de una codificación de los discursos (24). Para ello se utilizó como herramienta de análisis textual el programa informático *Atlas.ti, The Knowledge Workbench, Versión: WIN 5.0 (Build 60)*. Este programa nos ayudó a profundizar tanto en la interpretación como en la captación del significado textual a través de los diferentes códigos (23).

RESULTADOS

A través de una estructuración semántica, se crearon categorías en cada una de las entrevistas y observaciones, así como del cuaderno de campo, y se procedió a la relación temática de cada uno de ellos, obteniendo de este modo las siguientes categorías:

1. Necesidad de TO en AP.
 - a. Continuidad de los cuidados
 - b. Tratamiento al paciente
 - c. Intervención en la comunidad
2. Presentación de aportaciones TO en AP.
 - a. Cartera de servicios de TO en AP
 - b. Colegios profesionales
 - c. Necesidades emergentes para aprobación del plan de apoyo para las familias andaluzas.
3. Del modelo médico al modelo social
 - a. No dependencia del sistema sanitario
 - b. Intervención con la familia
 - c. Convergencia entre los social y sanitario

Una vez analizados los códigos que fueron emergiendo y los más frecuentes, se elaboró el siguiente mapa conceptual y la consiguiente lectura temática, tal y como muestra la figura 1.

Necesidad de incluir la figura del terapeuta ocupacional en los centros de AP: Intervención en la comunidad y seguimiento.

Todos los participantes reflejan en sus discursos la necesidad de incluir la figura del terapeuta ocupacional en los centros de AP. Los profesionales en cuyos centros no hay TO, hacen hincapié en dos aspectos en los que ven claro el trabajo de TO desde este tipo de dispositivo. Por un lado dan énfasis a la continuidad de los cuidados o seguimiento de tratamientos, sobre todo centrado en la valoración y análisis de adaptaciones en los domicilios. También coinciden en la importancia de la labor de los terapeutas ocupacionales para realizar prescripciones de productos de apoyo. Por otro lado, coinciden en la importancia del trabajo comunitario, sobre todo en cuanto apoyo para la prevención y promoción para la salud:

P2: "entonces la población demanda pues una continuación del tratamiento más asistencial, de decir de un tratamiento más continuado no solamente el consejo de salud y asesoramiento y se ve al hacer, al realizar las visitas a domicilio que se vio muy importante la figura del terapeuta ocupacional para el asesoramiento de las adaptaciones".

P3: "en muchísimos artículos que están a disposición de personas dependientes de sus cuidadores que les pueden facilitar la vida y yo creo que ahí los terapeutas, pues tenéis una labor importante, y además es que en los centros de salud la demanda de pacientes crónicos o con enfermedades ya muy limitantes son los mayores demandantes de asistencia sanitaria y de recursos sociales. Entonces yo creo que ahí tenéis muchísimo trabajo, mucho campo vosotros."

P2: "Se necesitaría la figura sanitaria como el terapeuta ocupacional para asesorar qué tipo de adaptaciones, para llevar un buen informe respecto luego a pedir la subvención y la ayuda y también las ayudas técnicas porque nosotros en mi carrera primera, en fisioterapia, se dan también y se estudian las ayudas técnicas pero no tanto y tan en profundidad como se da en terapia ocupacional."

P2: "promoción para la salud sería un campo muy importante del terapeuta ocupacional, y ya no decir lo que estábamos comentando antes, la intervención comunitaria de domicilio, asesoramiento y también las asociaciones de vecinos, etc., que eso de asociaciones de enfermos específicos de una patología todo eso sería muy importante y eso está muy descuidado."

P3: "En los centros de salud, pues grupos de educación para la salud para cuidadores dependientes, y me acordado que nosotros que estuvimos con un taller de cuidadores... y por ejemplo, no nos acordamos de haber avisado a ningún terapeuta ocupacional. He caído, fíjate, he caído a raíz de esto que te he comentado de cruz roja que me han mandado, que llamamos a una psicóloga de una asociación de Parkinson, estuvo yendo una enfermera, fisicos también y quizás ¿Por qué no nos acordamos?, fíjate, nos acordamos de la psicóloga pero no nos acordamos...porque digo bueno, porque no formáis parte del equipo, no estamos acostumbrados, pero sin embargo de la psicóloga sí que nos acordamos, pero de los terapeutas ocupacionales, yo lo pensaba, si volvemos a hacer un taller de estas características, hay un profesional mas

con el que tenemos que contar, y es que es básico, la vida diaria, el terapeuta ocupacional, y probablemente, bueno pues será también una manera de, de vuestra profesión."

Los profesionales de AP en donde todavía no existe la figura del terapeuta ocupacional, demandan una labor que ya en otra comunidad se está haciendo:

P1: "Y otras de las cosas que también hacemos eh..., el tema de la intervención con las asociaciones de afectados o de...de familiares lo que llamamos Acciones de promoción de la salud ¿vale? (...) entonces estos talleres de cuidadoras, pues se les enseña...eh...como, como mantener la higiene eh..., postural de un paciente encamado tanto en la cama como en la silla de ruedas, y pues luego cómo utilizar y cómo hacer las transferencias eh...con y sin ayudas técnicas ¿vale?, o con grúa o con otros dispositivos, pues con tabla de transferencias y demás (...) también hemos hecho varias con los cuidadores y familiares de personas con Alzheimer (...), pilotado también un programa de prevención de dolor de espalda en escolares, y que ha dado muy buenos resultados".

P1: "Nuestro, nuestro trabajo es en los domicilios de las personas y luego todo el trabajo comunicativo de eso, de... o bien para formación de profesionales o bien para formación de familiares o de cuidadores que eso ya se desarrolla pues en centros cívicos o en los centros de salud, eh..., eh de las distintas asociaciones".

En una de las visitas que se hicieron con una profesional del CSTC, se pudo observar y comprobar la demanda de tratamiento de TO que manifiestan los participantes en sus discursos. Es el caso de una persona de mediana edad con esclerosis múltiple que vive encamada y es totalmente dependiente de sus cuidadores, en este caso de sus padres.

Cuando los participantes hablaban de un correcto seguimiento de los tratamientos, expusieron que existía un vacío asistencial en el proceso de atención, en concreto entre el alta hospitalaria y los posteriores tratamientos rehabilitadores o ayudas sociales. Se hizo referencia a situaciones concretas que consideraban problemáticas, y en donde volvieron a revelar la necesidad de TO en los centros de AP:

P2: "una continuidad porque es verdad lo que pasa, que por ejemplo las fracturas de cadera o muchas patologías que se ven es especializada luego después no tienen continuidad en primaria y además eso origina un despilfarro de recursos,"

P1: "el tema de la conciliación familiar, con el tema de la atención a las personas...eh...con necesidades especiales (...) en uno de los paquetes de medidas que recogían para la atención a las personas mayores y con discapacidad, (...) se iban a

crear servicios de fisioterapia y se iban a ofertar los servicios de rehabilitación a las personas. "

P3: "El único recurso que hay ahora mismo disponible para recuperación es estancia temporal en residencia por recuperación, igual que lo hay por respiro (...). La ley dice que el máximo son 4 meses, que se puede estar una persona en residencia con estancia temporal (...) Es un recurso muy utilizado, yo creo que mis compañeros del hospital es el recurso que más se utiliza, porque las altas hospitalarias tienen que, el coste de una cama no es lo mismo que el de una cama de residencia, hay que agilizar el alta."

La demanda por parte de la población es una realidad. En todos los discursos queda reflejado que los usuarios de los centros de AP, están y estarían más satisfechos con una atención más completa, en donde se encontraría el tratamiento de TO junto a los demás tratamientos del resto de los profesionales:

P1 " se van conociendo y se van demandando los servicios específicos de terapia ocupacional. Y en general, aunque lo que se tiende es a valorar el servicio, los niveles de satisfacción son muy altos eh, con más de eh...de bueno a excelente, normalmente."

P2: "la gente quedaba muy satisfecha de tener un tratamiento muy complementario a fisioterapia."

P3: "En el taller de memoria pues cuánta gente mayor te viene, ha habido un taller de la prevención de la dependencia de la Caixa, financiado por la Caixa, el éxito que ha tenido, increíble, bueno pues ya se debe de haberse acabado el convenio que firmaron y siguen viniendo gente demandando."

Se conversó constantemente sobre el tratamiento de TO centrado sobre todo en las diversidades funcionales físicas, no se hizo referencia a tratamientos para personas con problemas de salud mental:

P1: "En principio este servicio está orientado mas a discapacidad física vale. Para servicios de salud mental específicos hay terapia ocupacional, no en atención primaria."

*P2: "Es más complicado, es más complejo de todas maneras nosotros tenemos plazas de psicólogo de atención primaria
S (...) si se liberara a esos profesionales como son los psicólogos de esta carga asistencial más la función de vuestra figura como terapeutas ocupacionales pues se podrían hacer muchas cosas y trabajando sobre todo en equipo."*

P3: "Aquí hay un recurso propio, al estar aquí la unidad de salud mental, lo que pasa que la unidad de salud mental quizás atiende los casos más graves y luego intenta ya que sea el médico y el equipo de primaria quien atiendan a estas personas una vez que

están estabilizadas y demás. (...) Y aquí viene, bueno pues a las demandas concretas que tiene, le gusta hacer cursos, le gusta informarse de actividades, en fin, si luego tiene derecho a alguna prestación, cobra una pensión por invalidez, en fin, información así.

Al exponer la situación, en primera estancia no ven muy claro la cobertura en salud mental, pero una vez se empezó a hablar del tema, los propios participantes declararon la necesidad de cubrir este perfil de usuarios y la atención por parte del terapeuta ocupacional en los centros de AP.

Del modelo médico al modelo social: convergencia entre el sistema sanitario y servicios sociales. No dependencia del sistema sanitario.

Otros de los temas que se hablaron en las entrevistas fue un cambio del modelo médico al modelo social. Según los participantes es un cambio que está en proceso, aunque de momento en los centros de AP predomina la visión médica teniendo como resultado que tanto los médico/as como los enfermeros/as funcionan en subgrupos, cada uno por su lado, destacando un peso corporativista en estas especialidades sanitarias:

P2: "Es que si no hay dinero, no hay dinero tampoco ni para medicina ni para enfermería ni para nadie. No se puede estar recortando siempre las mismas necesidades, me explico, o las mismas demandas. Entonces eso tampoco, no es justificación vale, que la situación es muy crítica ahora, pero, bueno. No debería ser siempre, y recortar siempre por el mismo lado lógicamente."

P3: "Yo creo que médicos y enfermeras siempre son, están arriba en el sistema sanitario, y a ellos siempre les van a sustituir, o casi siempre al no ser que no se encuentren médicos, (...) lo sabemos todos los que trabajamos en primaria y es así, médicos, enfermeros..., y si los demás queremos conseguir algo, si los médicos quieren conseguir eso mismo, lo conseguiremos todo, porque tienen mucha fuerza, sí."

La necesidad de la existencia de TO en los centros de AP está muy asociada a este cambio de visión, muy relacionada a su vez con las necesidades que manifiesta la población teniendo como resultado la convergencia entre la atención social y sanitaria en donde se contemple la figura socio-sanitaria del terapeuta ocupacional en los centros de AP:

P2: "creo que es importante la convergencia que se está haciendo ahora de lo social y lo sanitario, y creo que tiene que ser el futuro. Creo en la convergencia porque nosotros no podemos pasar de lo social sin lo sanitario ni lo social de lo sanitario, porque de qué te sirve que tú asesores a una persona en plan sanitario y tal y que cual, si luego después no hay una red social que apoye a ese paciente, sino si familiares, si no asesoramos sobre cuidadores, cuidador principal, eh, qué red tiene de apoyo para que ese tratamiento salga adelante, de nada sirve utilizar los mas técnico posible, lo más avanzado posible en sanidad, si luego lo social no se ve acompañado y al revés."

P3: "creo que bueno que hay profesionales que tienen cabida en atención primaria y que son necesarios, o sea que cuando se habla del equipo de atención primaria todavía cojea, todavía cojea, o sea estamos ahí ahora los trabajadores sociales, los fisios entraron, y entrareis vosotros y seguirán entrando profesionales porque además, yo creo que cuando se conozca vuestra profesión en concreto habrá demanda concreta, seguro, y que crecerá rápido la demanda, o sea que no os va a costar nada, depende, entrar a trabajar a un puesto nuevo de nueva creación, parece que lleva tiempo y demás, yo creo que en vuestro caso, vais a tener trabajo inmediatamente. Yo creo que la demanda va a surgir de inmediato prácticamente."

P1: "es muy importante el saber cómo, cómo surgió este servicio (...) la consejería de salud se adelantó a lo que luego sería...eh...fue bastante visionaria en ese sentido y se adelantó a lo que luego sería la ley de la atención a las personas en situación de dependencia ¿vale? que sería de, de bienestar social."

En relación con lo anterior, los participantes comentaron que el fin de una convergencia correcta es la no dependencia del sistema sanitario en la medida en que las personas son las máximas responsables de los problemas de su salud, y los profesionales deberían proporcionar estrategias a través de un apoyo comunitario, que de acuerdo con lo citado previamente, la Terapia Ocupacional tendría un papel esencial en este sentido:

P2: "para menos gasto sanitario, para menos ingresos, para que el paciente que pase más tiempo cada día en su domicilio tal, pero para eso también, para complementar eso y para hacer relanzar esas políticas de gestión de no institucionalización hacen falta también servicios sociales y sanitarios que atiendan en el domicilio y que prevengan y promocionen la salud y que expliquen, asesoren a la población, a los ciudadanos, qué cuidados tienen que hacer, hacer responsables de los autocuidados a esos pacientes, no crear dependencia del sistema sanitario"

P3: "intentando que haga lo que nos han enseñado en el hospital ayer una chica que está cuidando de su madre que tiene las secuelas de un ACV, le han dado el alta hospitalaria, un ACV, la mujer vivía en su casa independiente con su marido, y a raíz de este ACV, pasa por hospital y ya no puede regresar a casa (...) Pero la mayoría es que, lo normal es que no se tenga ningún tipo de conocimiento, lo que dicen, pues yo la cojo a mi madre, me hago polvo la espalda o la cojo a mi madre y como me pone tan nerviosa verla lo que tarda en comer, que es lo más fácil, la doy yo de comer".

P1: "con un ejemplo igual se ve más fácil ¿no?, una persona que se haya fracturado una cadera, eh, y que, que al alta (...) se valora y se dice pues qué recurso necesita...eh...si va a necesitar..eh...rehabilitación si va a requerir ayudas técnicas..eh..."

en fin, y se hace una valoración y ya se dice, pues bueno esta, esta persona va a recibir tantas sesiones de fisio, tantas de, de terapia ocupacional, y bueno, luego al, cuando ya termina con nosotros también se emite un informe (...) se reenvía a la persona (...), para que sepa en qué ha consistido nuestra intervención y cómo ha quedado el paciente al alta de nuestro servicio."

Factores externos: El papel de los colegios profesionales y las aportaciones de TO en los centros de AP.

Según los participantes, consideran que es importante que se haga una presentación de las aportaciones que pueden hacer los terapeutas ocupacionales en los centros de AP, con el fin de que se haga visible la figura del terapeuta ocupacional en este dispositivo. La mejor manera en la que se pueden presentar las aportaciones es a través de la publicación de las demandas de la población de recibir tratamiento de TO:

P3: Veo que hay una demanda concreta que está sin cubrir, porque es verdad, por ejemplo yo no sabía que los terapeutas ocupacionales os encargábais de, pues de instruir en cierta manera al cuidador en cuanto al manejo del paciente, movilizaciones, entonces todo esto de lo que hemos estado hablando de los productos de apoyo, que aquí, cuando vienen y nos preguntan pues ha sido lo que se ha hecho siempre, o sea, no pasamos de la silla de ruedas, del andador, del cojín antiescaras y poco más, nos quedamos ahí."

P2: "hay que tener la demanda, o sea, hay que manifestar la demanda sentida por parte de la población."

P1: "siempre dentro de un equipo, vale, y con funciones, las tareas muy definidas, vale, porque eh...en cual, en cualquier sitio se tiene que saber para qué estás, qué se espera de ti y qué puedes ofrecer por la población."

Esta presentación es una "asignatura pendiente" que incumbe no sólo a los profesionales, sino también a los organismos oficiales, en este caso, a los colegios profesionales y asociaciones de TO, así como al desarrollo de políticas sanitarias y sociales acordes con los objetivos y necesidades de la población del Siglo XXI:

P1: "Probablemente sí, porque además, eh..., tú sabes que existe la federación de colegios no, lo de FEOTO. (...) Eso es, pues probablemente yo creo que sí, que uno de los proyectos de, los mismo que la ley de dependencia también, pues por ejemplo, en el caso de Extremadura tenía mucha presencia la terapia ocupacional, pues sí, puede ser este otro proyecto interesante a desarrollar sin duda."

P2: "Deberían funcionar en pro de la figura del profesional en sí, de la actualización de hacer campañas a favor de esa figura, de los medios de comunicación, de estar ahí a la hora de por ejemplo en este tiempo electorales de estar ahí machacando para que los programas electorales se aparezca o por lo menos en el programa en el marco socio sanitario aparezca etc., es cuestión de machacar, de hacer mucha tal y luego después

los colegios se quedan un poquito ahí, en la burocracia, en cobrar la colegiación, en hacer alguna asamblea de higos a peras y punto, entonces, eso no es."

P3: "": No sé si es que la gente no se ha querido implicar o, cuál ha sido el problema, pero si básico la verdad es que los colegios profesionales...que si no, los profesionales y los colegios que los apoyen es básico, sí".

Como comentaron los participantes anteriormente, los TO pueden hacer una gran labor en los centros de AP, siempre y cuando queden bien definidas sus funciones. Estas funciones deben de reformularse en las comunidades en las que existe TO en AP, y en las que no, como en el caso de Castilla – La Mancha, tienen que quedar bien definidas, redundando en un mejor servicio socio-sanitario.

P1: "tuvimos que eh...replantear algunas cosas y tal y ahora ya poco a poco se han se van conociendo y se van demandando los servicios específicos de terapia ocupacional"

P3: "Entonces si enfermería ahora mismo creo que quizás hagan alguna tarea que sería lo que hablábamos siempre de fisio, enfermera, terapeuta que confluyen allí, vuestra objetivo de trabajo y vuestras profesiones. Y algunos asumen las tareas que tenéis que estar asumiendo otros pues porque a falta de ese profesional, no el que asuman, porque no están haciendo ni saben, pero bueno que probablemente si estuviérais vosotros ellas atenderían su campo concreto y con la coordinación cada uno tendría su parte. Pera vamos enfermería sí, si tiene un peso en domicilio en el seguimiento y en atención de los cuidados básico."

P2: "El animador lo hace todo, y te quedas con una cara de idiota que no veas, pues a ver. Si tú no explicas, si tus no formas, si tus no asesoras, si tu colegio no te respalda o tu asociación no te respalda, pues chico, la gente no lo sabe. Y si te contrato a ti y el animador me lo hace todo, pues mejor contrato al animador. Y entonces pues ya está."

5. DISCUSIÓN

En función de los resultados obtenidos, se puede ver con claridad la necesidad de incluir TO en los centros de AP. Los contenidos de los discursos han seguido una misma línea y han coincidido en varios aspectos. Todos los participantes ven clara la actuación del terapeuta ocupacional en los domicilios, sobre todo en las adaptaciones y prescripción de productos de apoyo. Hicieron énfasis en una mejora de seguimiento de los cuidados en los espacios de tiempo entre la atención sanitaria y la atención social, en el que existe un vacío asistencial en los domicilios que no es cubierto y que los profesionales de AP detectan como

problema. Pilar Durante (25) propone unos objetivos de TO en AP que no distan mucho de los que detectan los participantes, en donde da mucha importancia al mantenimiento de la funcionalidad a través del trabajo en los domicilios y la educación para la salud. Ya en Andalucía se está trabajando desde TO estos aspectos. El Servicio Andaluz de Salud propuso ampliar la oferta de servicios de rehabilitación en AP mediante la incorporación de TO al dispositivo de apoyo de rehabilitación destacando la atención en el domicilio y las tareas de asesoramiento y formación a los cuidadores y a los profesionales sanitarios en esta materia. Se creó un equipo móvil con el fin de facilitar la accesibilidad de los/as pacientes a los servicios de rehabilitación en su propio entorno y, de este modo, ayudar a compatibilizar la atención familiar con la actividad laboral de los/las cuidadores/as (12). En el caso de Castilla – La Mancha, las necesidades son las mismas, y como se dijo anteriormente, los participantes expusieron la necesidad de un apoyo en los domicilios, reconociendo la labor del terapeuta ocupacional. Cuando se habló de cubrir la atención en personas con problemas de salud mental en primera estancia los participantes no lo vieron muy claro, aunque según se iba desarrollando el discurso manifestaron que también puede ser parte de la cartera de servicios de TO en AP. Sin embargo, esta función se desarrolla ya en los centros de salud mental comunitarios, donde tienen muy reconocida la figura del terapeuta ocupacional.

Todo ello está muy relacionado con un cambio de visión de un modelo médico que hasta ahora predomina en los centros de AP a un modelo más social. Para ello debe de haber una convergencia entre la atención sanitaria y social, que es demandada por la población, sobre todo en personas con diversidad funcional, que piden que se cubra una serie de necesidades, sobre todo el apoyo en los domicilios y en la comunidad. El terapeuta ocupacional de un centro de AP podría basar su actuación bajo el modelo canadiense del desempeño ocupacional a través de una práctica centrada en el cliente y en el rendimiento ocupacional. Dicho rendimiento es la suma entre la persona, su entorno y sus ocupaciones. Las ocupaciones, según el modelo, son una necesidad de las

personas tanto para sobrevivir como para divertirse. El equilibrio en las ocupaciones se producirá cuando haya una armonía entre las exigencias de la misma, las habilidades de las personas y las demandas del medio, determinada a su vez por las expectativas del medio social y cultural en el que vive la persona (21). Desde AP, siendo un recurso comunitario y cercano al medio en el que vive la persona, el terapeuta ocupacional trabajaría bajo este modelo con el fin de alcanzar un equilibrio ocupacional en el entorno en el que se desarrollen las ocupaciones de la persona a través de una intervención centrada en las habilidades y expectativas de la misma y en el análisis e intervención en el medio, facilitando el desarrollo de las ocupaciones con el mayor éxito posible. Desde los centros de AP, los terapeutas ocupacionales pueden recoger más información y aumentar el conocimiento acerca de cómo los seres humanos se convierten en seres ocupacionales lo que permitiría hacer un mejor trabajo en la reducción de la incapacidad no sólo de las personas que se consideran discapacitadas, sino también para el resto de personas. Este conocimiento obtenido permitiría desarrollar programas de intervención nuevos y más eficaces tanto para la remediación como para la prevención de la incapacidad (26). Por último, se señaló la importancia del trabajo por parte de organismos oficiales, en este caso, los colegios profesionales y asociaciones de TO, de presentar oficialmente la cartera de servicios que pueden tener los terapeutas ocupacionales en los centros de AP. Se debe hacer ver las necesidades emergentes de la población que podrían ser susceptibles de tratamiento de TO en los centros de AP, por parte de todos los profesionales de TO y con el apoyo de dichas entidades. La inclusión de TO en AP que se produjo en Andalucía, fue pionera a la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En primera estancia cuando se aprobó el plan de apoyo de las familias andaluzas, no contaban con la figura del Terapeuta Ocupacional. A través de diversas entrevistas de la Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales con diferentes responsables del Servicio Andaluz de Salud, se elaboraron las aportaciones de TO en AP creándose así la *Guía para el desarrollo de la Terapia*

Ocupacional en Atención Primaria de Salud que hizo posible la incorporación en Octubre de 2003 de los primeros terapeutas ocupacionales (12). Hoy en día disponemos de una ley que propone a las comunidades autónomas invertir en recursos y en apoyo para personas con diversidad funcional. Como ya se hizo en Andalucía, el gobierno de Castilla – La Mancha debería aumentar la cartera de servicios de los centros de AP e incluir la figura del terapeuta ocupacional aumentando de este modo la cobertura asistencial para personas con diversidad funcional o en riesgo de padecerla. Esto supondría un menor consumo de los recursos sanitarios especializados por parte de personas con diversidad funcional o en riesgo y una menor saturación de los servicios de rehabilitación tanto en AP como en especializada. Sería necesaria, además, una mayor comunicación entre los servicios de salud y los servicios sociales para una mejor detección y resolución de situaciones de riesgo de discapacidad y además, como ya remarcaban los participantes en las entrevistas, una estabilidad económica que no existe en la actualidad.

Hay que señalar que el número de participantes en el estudio ha sido pequeño, puesto que por un lado se tuvieron que cuadrar los horarios con cada uno de ellos para poder hacer las entrevistas consumiendo así mucho tiempo y por otro no hubo respuesta por parte de los demás participantes en los que se pensó para hacer las entrevistas. Una de las entrevistas fue telefónica, lo que significa que toda la información gestual se perdió. Hubo problemas de interferencias en momentos puntuales del discurso lo cual no permitió la transcripción literal de algunas frases. Se quiso también reenviar los discursos a cada uno de los participantes para corregir posibles equivocaciones pero por razones de tiempo no se pudo hacer. Todos los hallazgos han surgido de los discursos de los informantes y hay que destacar que uno de los tres participantes tenía menor conocimiento de cómo es el trabajo de TO, por lo que aportó más información sobre su trabajo.

Tanto la discusión como las conclusiones se centraron en la situación actual de los servicios de salud de Andalucía y Castilla – La Mancha. No se encontró

información relevante de los servicios de salud de Aragón para poder incluirlo en discusión y conclusiones.

6. CONCLUSIONES

La necesidad de incluir TO en los centros de AP es una demanda que viene dada por determinados colectivos de la población. Los profesionales de los centros de AP ven clara su presencia aunque debido a la grave situación económica que existe, es difícil que se invierta dinero. Los terapeutas ocupacionales que realicen su labor en los centros de AP crearán espacios socio-sanitarios tanto en los centros como en la comunidad actuando bajo un modelo centrado en la persona y en su rendimiento ocupacional (21) dado por la relación persona-ambiente-ocupación. La visión de la diversidad funcional cambió y seguirá cambiando desde una visión médica a una visión social y dicho cambio debe extenderse a la organización de las instituciones, sobre todo en los recursos de la comunidad, donde se encuentran los centros de AP.

Los terapeutas ocupacionales trabajan con la ocupación y la ocupación se desarrolla en el hacer de la vida diaria. Estas vidas no transcurren en una institución sino que se vive en un contexto comunitario y es en este contexto donde se ha percibido una demanda a lo largo de los discursos de los participantes.

Actualmente no hay mucha documentación sobre TO en AP. En España son pocas las comunidades autónomas que disponen de TO en AP, por lo que se necesitarían más estudios que demostraran la necesidad de la inclusión de TO en los centros de AP. Las entidades oficiales como los colegios oficiales y asociaciones de TO tienen que apostar por este tipo de proyectos, en los se haga ver que un sector de la población tiene la necesidad y el derecho a recibir un tratamiento lo más integral posible y de mejor calidad, y en este caso, por tanto, de recibir tratamiento de TO en los centros de AP en los que actualmente no exista.

Agradecimientos

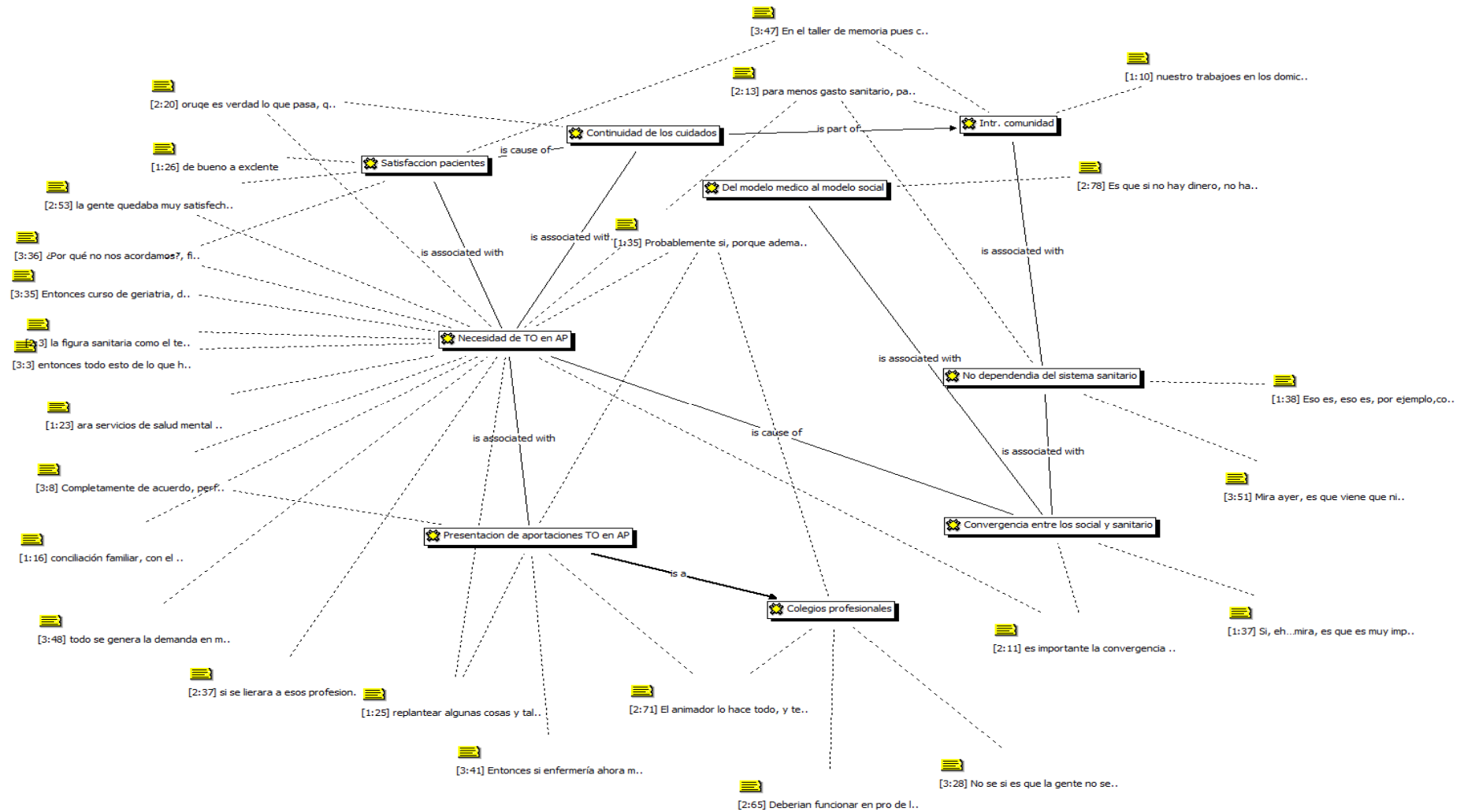
Agradecemos a todos aquellos que han participado y colaborado haciendo posible esta primera aproximación al estudio de la Terapia Ocupacional en la Atención Primaria de Talavera de la Reina, así como a Susana Aldaz, terapeuta ocupacional del Sistema Andaluz de Salud.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de información sanitaria. Organización general de la atención primaria. Subcomisión de Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud. 2010. p. 10.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de información sanitaria. Sistema Nacional de Salud España. 2010.
3. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
4. Orden de 26 de abril de 1973 por el que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Funciones de los terapeutas ocupacionales.
5. Crepeau EB, Schell BS. Terapia Ocupacional. 10^o ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005.
6. García-Valdecasas CRL. Libro blanco título de grado de terapia ocupacional. Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación; 2005.
7. Turabián JL. Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Madrid: Ediciones Díaz Santos, S.A.; 1995.
8. Boletín Oficial del Estado. Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo. 483. 18; 2010.
9. Jimenez A, Huete A. Las discapacidades en España: datos estadísticos. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1999.
10. Gil P. Medicina preventiva y salud pública. 11^o ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
11. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 15 de Diciembre.
12. Junta de Andalucía. Medidas de apoyo a las familias andaluzas. Orden de 9 de marzo de 2004, por la que se publica un texto integrado de los decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero. Sevilla: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía; 2004.
13. Gobierno de Aragón. Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón se aprueba la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. In: Consejería de Salud y Consumo, editor. Aragón: Boletín Oficial de Aragón; núm. 62, de 25 de mayo de 2007.
14. American Journal of Occupational Therapy. Occupational Therapy in the promotion of health and the prevention of disease and disability statement. Am J Occup Ther. 2008 November; 62 (6). 694-703.
15. Canadian Association of Occupational Therapists. Canadian Association of Occupational Therapists position statement. Occupational therapy and primary health care. Can J Occup Ther. 2006; 73(2):122-3.
16. Cook S, Chambers E, Coleman JH. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2009 Jan;23(1):40-52.
17. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CH. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. Age Ageing. 2004 Sep;33(5):453-60.
18. Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, et al.

- Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. *J Am Geriatr Soc.* 1999 Dec;47(12):1397-402.
19. Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke.* 2005 Feb;36(2):297-303.
 20. Schönherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Schoppen T, Eisma WH. Vocational reintegration following spinal cord injury: expectations, participation and interventions. *Spinal Cord.* 2004 Mar;42(3):177-84.
 21. Romero DM, Moruno P. *Terapia ocupacional: Teoría y técnicas.* Barcelona: Masson; 2003.
 22. Crepeau EB, Willard HS, Spackman CS, Cohn ES, Boyt Schell BA. *Willard & Spackman, terapia ocupacional.* 10ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
 23. Trinidad A, Soriano RM. *Teoría Fundamentada, "Grounded Theory". La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional.* 1º ed. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas. Cuadernos metodológicos; 2006.
 24. Strauss A. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Colombia: Universidad de Antioquia; 2002.
 25. Durante P, Pedro P. *Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica.* 2º ed: Barcelona: Masson; 2004.
 26. Yerxa E, Clark F, Frank G, Jackson J, Parham D, Pierce D, Stein C, Zemke R. *An Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century.* *Occup Ther Health Car.* 1990; 6 (4): 1-17

ANEXOS



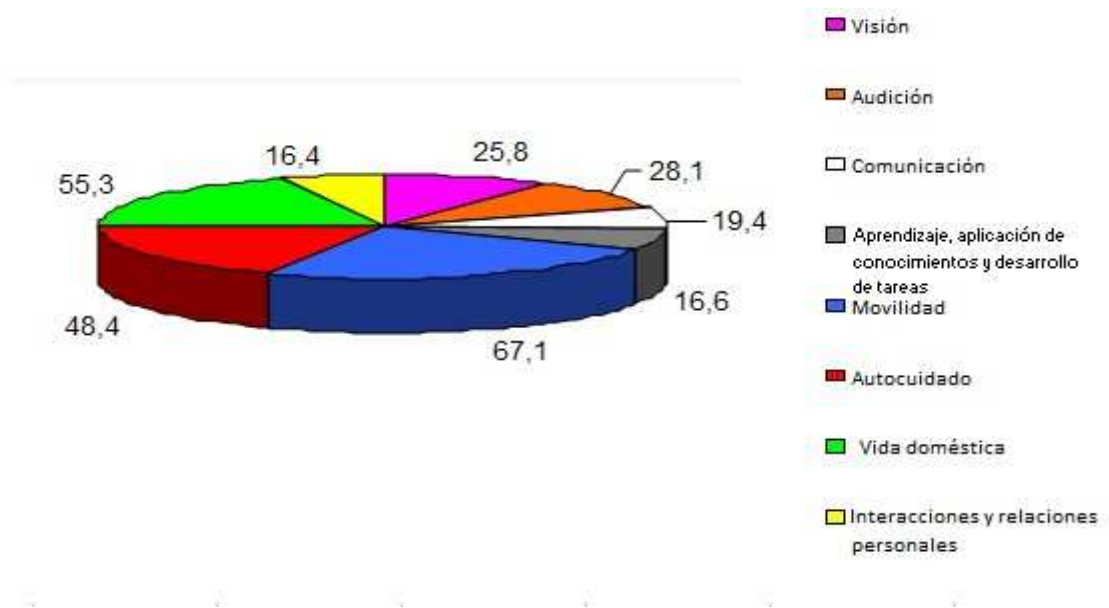


Grafico 1. Diversidad funcional en la población española (datos obtenidos de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística)