

EL EJERCICIO LIBERAL DE LA PROFESIÓN EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

María Jesús Reyeros Blázquez
Terapeuta ocupacional de ASTRANE

INTRODUCCIÓN

A través de la historia la terapia ocupacional, al igual que el resto de disciplinas sociosanitarias, ha ido adaptando su campo de actuación adecuándose a las necesidades de la población. Las prioridades de las distintas políticas han contribuido también a aumentar nuestra presencia ante determinados colectivos pero también a delimitar dichos campos. Debido a las carencias que esto puede provocar los distintos colectivos y disciplinas debemos proponer las mejores alternativas de solución. Con mi comunicación quiero mostrarles una alternativa a una de esas carencias, el servicio que presta la terapia ocupacional en un equipo de rehabilitación domiciliaria, campo novedoso de intervención. Asimismo, mostrarles a través de mi experiencia, que el ejercicio liberal de la profesión no está reñido con el ejercicio en equipo de la misma.

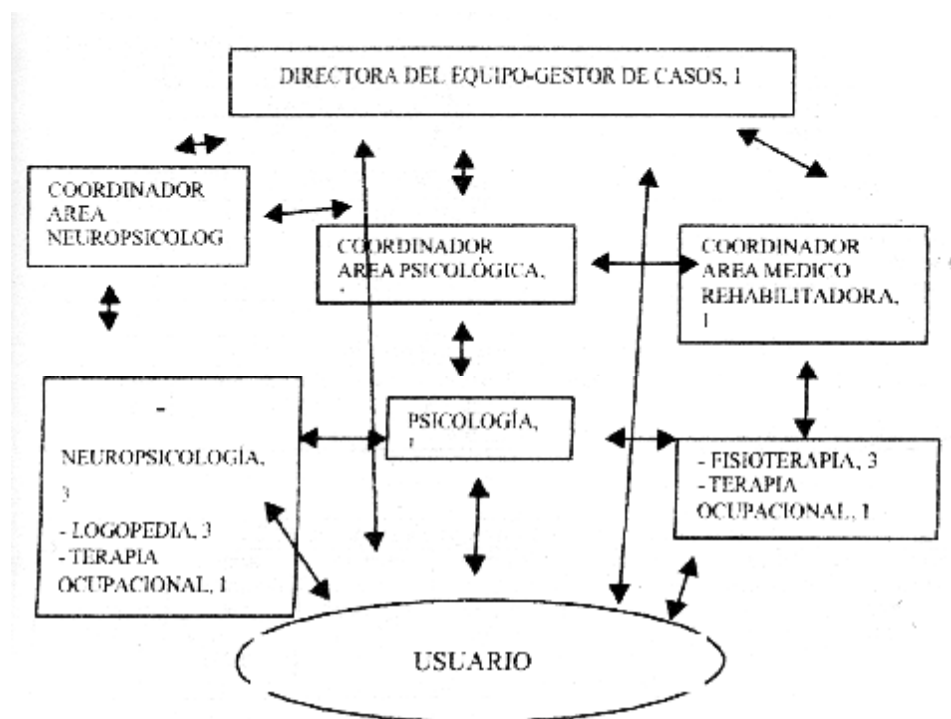
1.PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y DEL EQUIPO INTERPROFESIONAL

Antes de crear el equipo, a las personas con daño cerebral se les ofrecía un tratamiento parcial de las secuelas sufridas. Recibían atención de fisioterapia, logopedia y en raras ocasiones terapia ocupacional y neuropsicología, siempre por profesionales que no se coordinaban en su intervención. En muchas ocasiones llegaban a perder este recurso, limitado en número de sesiones, por no poder acceder al centro sanitario. Respondiendo a las necesidades terapéuticas y sociales de este colectivo creamos un equipo formado por diversas disciplinas, cuya atención es domiciliaria. Nos establecimos como un grupo de profesionales liberales cuyos programas de intervención son coordinados e integrales comenzando en el estado de coma hasta, en algunos casos, conseguir la reincorporación al mundo laboral.

Según avance en mi comunicación, espero que confirmen que ante el nuevo marco conceptual para la descripción de la salud y los “estados relacionados con la salud” que la OMS promueve a través de la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” la respuesta terapéutica a las personas a las que dirigimos nuestra intervención debe ser coordinada e integral para mantener los conceptos que enmarca esta clasificación. Así, si a la hora de valorar la situación de una persona se establece una solución de continuidad multifactorial la intervención no lo puede ser menos. Para terminar, y siguiendo los principios anteriores, no tiene sentido la intervención única y cumpliendo con ello demostrar que ser profesional liberal no es sinónimo de profesional que trabaja solo.

Hablar de Astrane es hacerlo del equipo de atención y de la institución. Al ser un grupo que iniciaban juntos la andadura fue necesario estructurar ambos funcionamientos. Astrane, como institución, se constituyó en Sociedad Limitada siendo los profesionales los que le prestamos nuestros servicios, a través de un contrato bajo el mismo nombre. Esto supone que somos profesionales liberales. Astrane, como equipo de atención terapéutica, es un grupo de profesionales cuya experiencia nos mostraba que el éxito de los tratamientos era proporcional a la coordinación de los mismos, incluyendo disciplinas que habitualmente no son prescritas (neuropsicología y terapia ocupacional, principalmente). Nos dedicamos a la rehabilitación domiciliar, estructurando nuestra intervención bajo el entorno, ambiental y humano, donde se maneja nuestro usuario y se hacen más evidentes las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Actuando para conseguir una integración familiar para ir avanzando hacia una integración social. Para ello, nos servimos de un plan terapéutico adaptado junto a cada usuario y de carácter interdisciplinar.

Bajo las características anteriores se constituyeron dos equipos de intervención para atender a las demandas existentes. Un equipo de atención infantil y uno de atención a adultos, es en este último equipo en el cual se desarrolla plenamente la labor de terapia ocupacional.



El primer eslabón del equipo es el gestor de casos, persona que realiza una entrevista diagnóstica protocolizada al usuario, determinando que evaluador le visitará, médico rehabilitador y/o neuropsicólogo, de cuya evaluación se derivará la necesidad terapéutica. Si la necesidad expresada por el usuario y los informes presentados se consideran determinantes, el gestor de casos envía al

terapeuta que precise, siendo éste el que evalúe al usuario por primera vez, siguiendo las orientaciones del equipo. Como se observa la necesidad de terapia ocupacional es determinada por el gestor de casos, el médico rehabilitador y/o el neuropsicólogo y son ellos los que dan una orientación general de la intervención coordinando a todos los terapeutas que intervienen.

En el transcurso de estos cuatro años de experiencia de dicho equipo interdisciplinar se ha ido avanzando en los procedimientos adaptándolos a la suma de individualidades tratadas por el mismo.

1.2 Datos estadísticos de los usuarios de ASTRAME (1999-2003)

Etiologías	% mujeres	% hombres	Total	% recibe terapia ocupacional
ACV	56.76%	43.24%	44.58%	29.73%
TCE	29.17%	70.83%	28.92%	50%
Anoxia cerebral postinfarto	25%	75%	9.64%	25%
Demencia	83.33%	16.67%	7.23%	33.33%
Otros (tumor cerebral, metástasis, atrofas, hematomas de origen desconocido,...)	50%	50%	9.64%	50%

Intervención directa de un único profesional 41.5%					
Logopedia	Neuropsicología	Fisioterapia	Terapia ocupacional	Psicología	Pedagogía
31.25%	31.25%	18.75%	12.5%	3.1%	3.1%

Intervención directa de dos profesionales 40.25%						
Fisioterapia - Neuropsicología	Terapia ocupacional - Fisioterapia	Terapia ocupacional - neuropsicología	Neuropsicología - Logopedia	Fisioterapia - logopedia	Terapia ocupacional - psicología	Fisioterapia - psicología
25.8%	22.58%	19.35%	12.9%	12.9%	3.2%	3.2%

Intervención directa de tres profesionales 11.68%				
Neuropsicología - logopedia - fisioterapia	Terapia ocupacional - logopedia - fisioterapia	Terapia ocupacional - neuropsicología - fisioterapia	Terapia ocupacional - neuropsicología - psicología	Terapia ocupacional - fisioterapia - psicología
33.3%	22.2%	22.2%	11.2%	11.2%

Intervención directa de cuatro profesionales 5.19%		
Terapia ocupacional - fisioterapia - neuropsicología - psicología	Terapia ocupacional - fisioterapia - logopedia - psicología	Terapia ocupacional - fisioterapia - neuropsicología - logopedia
50%	25%	25%

Consideraciones sobre las estadísticas anteriores

- Las personas que sufren daño cerebral sufren múltiples secuelas y en diversas áreas.
- La diversidad de combinaciones que llevamos a cabo demuestra que siempre se adecua la intervención a las necesidades de nuestro usuario.
- Las personas que sufren daño cerebral deben ser atendidas por más de una disciplina.
- Según se van complicando las secuelas, mayor repercusión en su actividad diaria, haciéndose más necesaria la presencia de la terapia ocupacional.
- Los casos que reciben un único tratamiento suelen venir derivados de fuera y la repercusión de las secuelas en su actividad diaria han sido compensadas.
- En la mayoría de las intervenciones aparece la terapia ocupacional. Gracias al conocimiento que los coordinadores y la directora poseen sobre la terapia ocupacional y el trabajo en equipo, me ha permitido dar a conocer al resto de miembros y a las familias qué aporta la terapia ocupacional a la intervención y en qué les es directamente útil mi trabajo. Este conocimiento sobre nuestra disciplina ha echo que aumenten los casos que se derivan a terapia ocupacional y que mis propios compañeros demanden mi intervención y se la aconsejen a las familias.

2. GENERALIDADES SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Como se ha visto anteriormente el equipo funciona bajo el modelo de gestor de casos para derivar al usuario. Nuestro marco conceptual es el que constituye la CIF, “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, anteriormente mencionado. Esta nueva clasificación de la OMS incorpora al “estado de salud” los conceptos de funcionamiento, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (entre otros), conceptos que tan cercanos nos son en terapia ocupacional.

Nos acogemos a los criterios de la CIF porque entre sus objetivos pretende establecer un lenguaje común a todos los miembros del equipo, permite comparar sucesivas situaciones en el tiempo en un mismo sujeto y proporcionar un esquema de codificación sistematizado. Al ser una herramienta para toda la población y todos los profesionales, sanitarios o no, recoge como orientación futura la creación de adaptaciones específicas, como son las versiones para uso clínico. Colaborando en esta dirección el equipo de Astrane se encuentra becado por Mapfre durante el 2002-2003 dentro del apartado de becas de investigación del área social.

3. CONCLUSIONES

Aún existen vacíos asistenciales, no solo como falta de recursos, sino en la falta de trabajo coordinado y en el que estemos todos presentes. Ante estos vacíos debemos ofrecer alternativas y mi experiencia me ha confirmado que un equipo coordinado produce gran beneficio terapéutico al usuario, redundando en un mejor conocimiento de nuestra disciplina por parte de profesionales y afectados.

Integrando las realidades mostradas anteriormente, la OMS va avanzando en los conceptos que determinan los estados de salud (deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación, factores ambientales,..) todo ello intentando dar solución de continuidad e integridad. Teniendo esto presente no es adecuado que un profesional actúe solo, como se puede entender que trabaja el que ejerce liberalmente la profesión, sino que se debe y se puede trabajar coordinadamente y en equipo siendo profesional liberal.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ed. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

Reyeros M.J. y García S. (2002). Coordinación de terapia ocupacional y fisioterapia en un caso de discapacidad física derivada de un TCE. Revista de terapia ocupacional, 30: 11-14.

Hopkins, Helen L. Smith, Helen D. (1998). Terapia Ocupacional. 8ªed. S.A. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Christiansen, Charles. Baum, Carolyn. (1991) Occupational Therapy. Overcoming Human Performance Deficits. EEUU. Slack.