

# TERAPIA OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

## OCCUPATIONAL THERAPY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: DESCRIPTIVE STUDY OF THE CURRENT SITUATION IN SPAIN

Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional de la FEARP\*

Correo electrónico de contacto  
[terapiaocupacionalfearp@gmail.com](mailto:terapiaocupacionalfearp@gmail.com)

\*e-mail para correspondencia

**DeCS** Rehabilitación psiquiátrica; terapia ocupacional; trastornos mentales **Palabras clave:** Rehabilitación psicosocial **MeSH** Psychiatric rehabilitation; occupational therapy; psychosocial intervention; mental disorders **Key words:** Psychosocial rehabilitation

**Objetivos:** recoger datos de la situación, funciones y metodología de trabajo de los y las terapeutas ocupacionales en los diferentes dispositivos de rehabilitación psicosocial en salud mental en España. **Metodología:** estudio descriptivo con una muestra final de 176 terapeutas ocupacionales que trabajan en rehabilitación psicosocial, y que a través de un cuestionario, reflejan información sobre la ubicación, condiciones y desempeño laboral. **Resultados:** la mayoría de los y las participantes en el estudio, trabajan en estos dispositivos a jornada completa, donde el diagnóstico principal de las personas atendidas es esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo. El modelo de terapia ocupacional más frecuente es el Modelo de la Ocupación Humana, siendo las escalas de evaluación más asiduas el Listado de Intereses y los registros elaborados por ellos y ellas mismas. Las ocupaciones en las que más se interviene son las actividades instrumentales de la vida diaria, ocio y participación social. **Conclusiones:** la unificación de modelos y escalas ayudarían a reforzar el papel de la terapia ocupacional en la rehabilitación psicosocial, así como a seguir evolucionando hacia una intervención de calidad y basada en la evidencia de esta área en general.

**Objective:** To collect data on the situation, functions, and work methodology of occupational therapists in the different mental health psychosocial rehabilitation devices in Spain. **Methodology:** Descriptive study with a final sample of 176 occupational therapists working in psychosocial rehabilitation, and through a questionnaire, it reflects information on the location, conditions, and work performance. **Results:** Most of the participants in the study work on these devices full-time, where the main diagnosis of the people treated is schizophrenia, schizotypal disorder, delusional disorder and other psychotic disorders unrelated to mood. The most frequent occupational therapy model is the Model of Human Occupations (MOHO), the most frequent evaluation scales being the List of Interests and the records prepared by themselves, and the occupations in which more intervention is made are instrumental activities of daily life (IADLS), leisure and social participation. **Conclusions:** The unification of models and scales would help to reinforce the role of occupational therapy in psychosocial rehabilitation, as well as to continue evolving towards a quality and evidence-based intervention in this area in general.

Texto recibido: 06/11/2022      Texto aceptado: 12/01/2023      Texto publicado: 31/05/2023

Derechos de persona autora



## INTRODUCCIÓN

Desde comienzos de los años 80, la atención a la salud comienza a abandonar el tradicional modelo biomédico, bajo el dualismo cartesiano, y comienza a apostar por una visión más holística. George L. Engel<sup>(1)</sup> criticó este modelo biomédico y apostó por integrar aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Esta necesidad planteada hace 40 años se consolida y, hoy en día, es necesario entender la atención a la salud desde una perspectiva que contemple la disfuncionalidad psicosocial de la persona.

Según la World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR)<sup>(2)</sup>: «Rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap (o desventaja) de un trastorno mental para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente (...) La



**COTOGA**  
 COLEGIO OFICIAL  
 DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
 DE GALICIA

rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, (...) potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.»

De forma más pragmática, Mariano Hernández<sup>(3)</sup>, menciona que la rehabilitación psicosocial son las estrategias que impulsan a resolver las adversidades en "la tarea de vivir". Queriendo decir que son las pautas para el desarrollo óptimo de todas las actividades de la vida diaria.

Considerando la perspectiva histórica de la rehabilitación psicosocial se pueden distinguir dos momentos concretos: el primero entiende que la rehabilitación psicosocial emerge de la necesidad de desinstitucionalización y, la segunda, se enmarca en un contexto más actual, la recuperación de la persona. La situación de la rehabilitación psicosocial en España ha evolucionado a lo largo de los años. Es necesario destacar que a partir de 1990 aumentó el número de publicaciones, cursos, seminarios, etc. con relación a este concepto. En ese momento, surge la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), perteneciente a la WARP, que se formalizó en 2001 y a la que se adhiere este Grupo de Trabajo de Terapeutas Ocupacionales consolidado en 2020.

Como recoge Mariano Hernández<sup>(3)</sup> la rehabilitación psicosocial ha cogido fuerza en los últimos años. Los equipos y programas bien organizados fomentan la continuidad de cuidados, aunque aún se perciba un déficit en la intervención comunitaria. Si bien, se han identificado figuras profesionales en servicios más centrales, abandonando la participación desde servicios aislados o periféricos.

Según se enuncia en el artículo 20.3 de la ley 14/1986 General de Sanidad<sup>(4)</sup>: «Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental(...)». Además, el artículo 20.4 de la misma ley expone: «Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general».

Las funciones de los y las terapeutas ocupacionales en salud mental, según Moratinos et al<sup>(5)</sup> son las referidas al proceso de organización, intervención, a funciones docentes y de investigación. Atendiendo a esta última, el Libro blanco de la terapia ocupacional en salud mental en Castilla-la Mancha<sup>(6)</sup> enuncia que es necesario «fomentar y/o participar en proyectos de investigación en el dispositivo o institución donde el terapeuta ocupacional desempeña sus funciones».

Este estudio, por tanto, surge de la necesidad de conocer y describir la situación de los y las terapeutas ocupacionales en dispositivos de rehabilitación psicosocial en salud mental en España y reunir datos de las funciones y metodologías de trabajo que éstos llevan a cabo en los mismos. Ofreciendo la oportunidad con ello, de creación de líneas de investigación futura hacia la elaboración de un mapa descriptivo de la situación de la terapia ocupacional en rehabilitación psicosocial en nuestro país.

## Objetivos

conocer y describir la situación de los y las terapeutas ocupacionales en dispositivos de rehabilitación psicosocial en salud mental en España y reunir datos de las funciones y metodologías de trabajo que éstos llevan a cabo en los mismos.

## MÉTODOS

### Diseño

El artículo responde a una investigación de tipo descriptivo. Para ello, realizamos desde el grupo de trabajo de terapia ocupacional perteneciente a la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, diferentes preguntas a través de un cuestionario telemático.

### Población y muestra

Nuestra población de estudio son los y las terapeutas ocupacionales que trabajan en recursos de rehabilitación psicosocial, de los cuáles obtuvimos una muestra final de 176 participantes. Consideramos que el tamaño muestral es significativo, pero no podemos justificar que sea representativo, ya que no existen bases de datos ni estadísticas oficiales que informen del tamaño de la población de estudio.



Seguendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en trastorno mental grave<sup>(7)</sup>, la intervención a las personas con trastorno mental grave requiere implementar intervenciones psicofarmacológicas e intervenciones psicosociales en una red de salud mental formada por equipos interdisciplinares.

Seguendo los puntos de la definición de rehabilitación psicosocial elaborada por la FEARP, los dispositivos de rehabilitación psicosocial son los espacios donde se realizan intervenciones interdisciplinares encaminadas a la recuperación personal, con una intervención activa, individualizada y respetando los derechos humanos de las personas usuarias. El modelo de atención integral comunitaria es el marco en el que se integra la rehabilitación psicosocial, basándose en intervenciones fundamentadas en conocimiento científico y buenas prácticas. Se requiere un enfoque integral y holístico respetando la subjetividad de la persona<sup>(8)</sup>.

Con el fin de cumplir el objetivo del propio estudio, establecimos como criterio de inclusión que las personas participantes debían ser profesionales de la terapia ocupacional que trabajasen en servicios de rehabilitación psicosocial en el ámbito de la salud mental en España, con personas usuarias con un rango de edad entre los 0 y 65 años, considerando dispositivos de rehabilitación psicosocial: Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Día Psiquiátrico, Hospital de Día Psiquiátrico, Centro de Rehabilitación e Inserción Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral, Centro Ocupacional, Centro de Salud Mental, Mini Residencia, Pisos/Viviendas, Unidad de Larga Estancia y Unidad de Media Estancia.

Los criterios de exclusión fueron: profesionales que no tuvieran la titulación de terapia ocupacional, que trabajase en unidades de hospitalización de procesos agudos, y dispositivos donde coexisten múltiples problemáticas psicosociales y de salud pero no se realiza una intervención rehabilitadora específica en salud mental.

## Cómo se accedió al campo de la investigación

El muestreo se realizó en formato bola de nieve, y esta difusión se hizo a las diferentes entidades asociadas a la FEARP así como a los Colegios profesionales de Terapia Ocupacional de las diferentes comunidades autónomas, al Consejo de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España y otros organismos relacionados con la terapia ocupacional como universidades o sociedades, así como redes sociales del ámbito de la terapia ocupacional, con el fin de llegar al mayor número de profesionales que cumpliesen los criterios de la investigación.

## Herramientas de recogida de datos

La herramienta seleccionada fue un cuestionario telemático consensado por los miembros del grupo de investigación, con experiencia en rehabilitación psicosocial, y posteriormente, con el fin de testar la validez interna del cuestionario, se envió a 10 terapeutas ocupacionales que trabajan en rehabilitación psicosocial para obtener aportaciones de mejora al cuestionario.

El grupo de investigación debatió las mejoras, generando el cuestionario final que constó de 24 preguntas centradas en la situación, funciones y metodología de trabajo de los y las terapeutas ocupacionales. Dicho cuestionario ad hoc puede encontrarse en el enlace <https://forms.gle/Sk1b3SEn1sMHXe7N6> y consta de preguntas abiertas y cerradas, con respuestas tanto cuantitativas como cualitativas.

Con el objetivo de poder mantener el anonimato de las personas que respondieron el cuestionario se desactivó la opción "Recopilar direcciones de correo electrónico".

Ninguna de las preguntas del cuestionario hacía referencia a datos personales que pudieran ayudar a identificar a la persona que lo contestaba.

## Análisis de datos y consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. Además, todas las personas participantes fueron informadas y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todas las personas participantes en el estudio, atendiendo al Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 relativo



a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la directiva 95/46/ce y la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Los y las participantes colaboraron de forma voluntaria rellenando el cuestionario y siendo archivadas sus respuestas, de forma automática y anónima, en nuestra base de datos. La herramienta de análisis de datos fue un software de cálculo con el que obtuvimos las frecuencias absolutas y relativas de las variables.

Los datos analizados fueron: el tipo de contrato, el tipo de área al que pertenecen los dispositivos, la profesión que aparece en el contrato, las horas semanales de trabajo, las provincias de las personas que respondieron al cuestionario, las ocupaciones en las que se interviene en los dispositivos, los enfoques de intervención de terapia ocupacional utilizados desde los dispositivos, los diagnósticos principales de las personas con las que se intervienen, tipos de unidad/dispositivos recogidos en el cuestionario, número de personas que se atienden en los servicios, número de personas con las que los y las terapeutas ocupacionales intervienen y escalas propias y no propias de terapia ocupacional utilizadas.

## RESULTADOS

El 95,6% de la muestra están contratados como terapeutas ocupacionales y el 86,4% trabajan a jornada completa. Por comunidades autónomas, Madrid es la más representada (n=45), seguida de la Comunidad Valenciana (n=25) y Cataluña (n=22).

Como características de los dispositivos estudiados, el 73,2% de los y las profesionales encuestados trabajan en servicios ambulatorios, siendo los centros de día (CD) y/o centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) y/o centros de rehabilitación e inserción psicosocial (CRIS) los más frecuentes (n=69). El 53,4% de la muestra trabaja en recursos del área sociosanitaria y el 44,3% pertenecen a empresas concertadas con la administración. Lo más habitual es que estos servicios atiendan un rango entre 31 a 40 personas (moda=30), de las cuales entre 21 y 30 son atendidas desde terapia ocupacional (moda=44). El diagnóstico más

**Tabla 1** Variables sociodemográficas generales

Preguntas relevantes del cuestionario	Resultados	más relevantes de los 176 participantes
Tipo de contrato	86,4% 11,9% 01,7%	Jornada completa Jornada parcial Reducción de jornada
Área a la que pertenece el recurso	53,4% 37,5% 09,1%	Área Socio sanitaria Área Sanitaria Área Social
Profesión que aparece en el contrato	95,6% 01,7% 01,1% 01,1% 00,5%	Terapeuta ocupacional Educador/a social Director/a de centro Terapeuta ocupacional y educador/a social Integrador/a social
Número de horas contratadas	88,1% 06,8% 05,1%	Más de 35 horas Entre 30 y 35 horas Menos de 30 horas
Tipo o carácter de empresa	44,3% 34,1% 21,6%	Concertado Público Privado
Intervenciones de terapia ocupacional con mayor relevancia	94,8% 93,2% 93,2% 86,4% 80,1%	Actividades instrumentales vida diaria Ocio Participación social Actividades básicas vida diaria Gestión de la salud
Enfoques de trabajo más relevantes	70,4% 67,0% 65,9% 56,2% 38,6%	Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) Acompañamiento Terapéutico Modelo de Rehabilitación Modelo de Recuperación / Participación Modelo Asertivo Comunitario
Número de personas con intervención psicosocial en el recurso	17,0% 14,2%	Entre 31-40 personas Entre 21-30 personas
Número de personas con intervención directa de terapia ocupacional	19,3% 25,0% 16,4%	Intervención con 11-20 personas Intervención con 21-30 personas Intervención con 31-40 personas
Escalas utilizadas más relevantes propias de terapia ocupacional	72,7% 51,7%	Listado de Intereses



frecuente (89,7%) es esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo según la Clasificación

49,4%	Registros propios elaborados por terapeutas ocupacionales
33,5%	Listado de Roles
32,9%	Registros propios de la entidad en la que trabajan
1,7%	Desempeño Ocupacional (OPHI-II)
	No utilizan ninguna escala propia de terapia ocupacional
05,7%	BELS
03,4%	MOCA
02,3%	SCIP

Nota: Elaboración propia.

Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIE-10)<sup>(9)</sup>.

Como características de los servicios de terapia ocupacional, las ocupaciones más intervenidas son las actividades instrumentales de la vida diaria (94,8%), el ocio (93,2%) y la participación social (93,2%). Los modelos de intervención más utilizados son el modelo de ocupación humana (70,4%), el acompañamiento terapéutico (67%) y el modelo de rehabilitación psicosocial (65,9%).

### COMUNIDADES AUTÓNOMAS

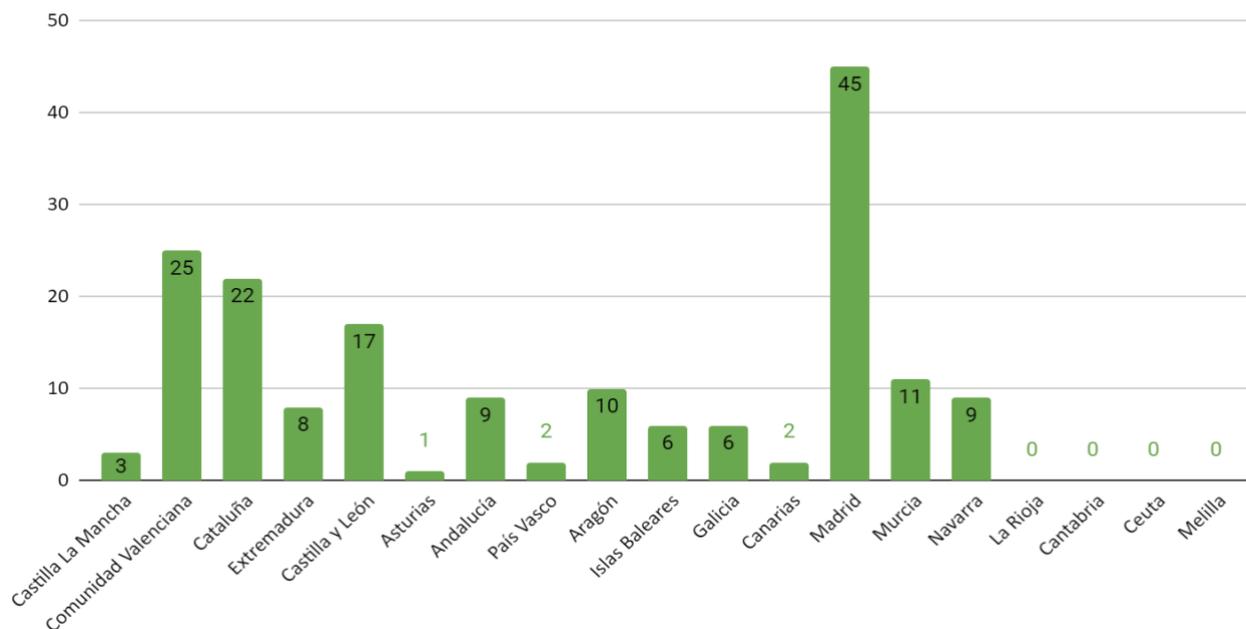
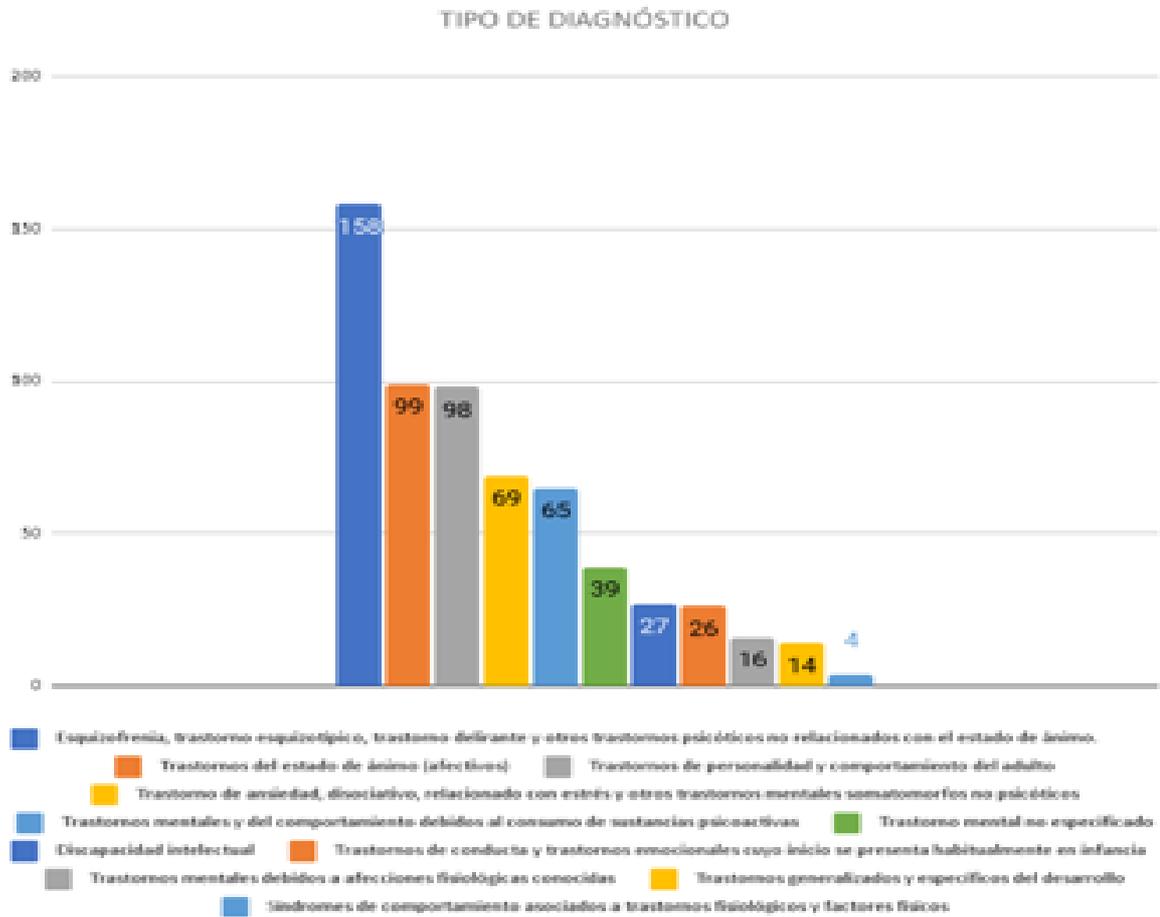


Figura 1 Comunidades autónomas.

Nota: Elaboración propia

Las escalas de terapia ocupacional más utilizadas son el listado de intereses (72,7%) y los registros propios (51,7%). El resto de escalas propias de terapia ocupacional no llegan a utilizarse en el 50% de los recursos analizados. De forma minoritaria, se usan otros instrumentos de valoración, siendo el cuestionario de habilidades básicas de la vida diaria – BELS el más frecuente (5,7% de la muestra). Los resultados más relevantes del análisis de datos obtenidos se presentan en la Tabla 1.

En cuanto a los datos más relevantes sobre las comunidades autónomas que participaron rellenando el cuestionario, los diagnósticos principales y los tipos de unidad/recurso en los que trabajan los y las terapeutas ocupacionales participantes, se encuentran recogidos en la figura 1, figura 2 y figura 3 respectivamente:



**Figura 2** Diagnósticos principales.  
Nota: Elaboración propia.



**Figura 3** Tipos de unidad/recurso.  
Nota: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

En la mayoría de los casos, las personas participantes en este estudio desempeñan la actividad propia de su formación profesional, terapia ocupacional. Si bien, todavía se registran algunas dificultades por la presencia de otros y otras profesionales que, o no cuentan con los estudios de terapia ocupacional (regulados por la Orden CIN/729/2009<sup>(10)</sup>) o bien son contratos de menor rango para profesionales titulados a los que exigen funciones propias de nuestra disciplina. Tendencia que ya se venía relatando en los últimos años en algunas revisiones como la de Morris et al<sup>(11)</sup> y Colegio de Terapeutas Ocupacionales de la Comunitat Valenciana<sup>(12)</sup>.

La apuesta por la práctica basada en la evidencia, justifica la intervención de los y las terapeutas ocupacionales teniendo en cuenta los diferentes enfoques y los modelos de trabajo de la disciplina. En este estudio observamos que los modelos más utilizados (MOHO, Acompañamiento Terapéutico, Modelo de Rehabilitación Psicosocial, Modelo Recuperación/Participación, Modelo Asertivo Comunitario y Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional) coinciden con los enfoques recomendados en documentos técnicos españoles (del Ministerio de sanidad<sup>(13)</sup> y FEARP<sup>(14)</sup>) y artículos españoles de Hernando-Pina<sup>(15)</sup> y Rojo<sup>(16)</sup>. Cabe destacar que nadie ha nombrado el «modelo de integración social», que reivindica la ciudadanía de pleno derecho, muy asociado al concepto de justicia ocupacional<sup>(15)</sup>. Se observa una tendencia de desuso de enfoques de trabajo tradicionales como el conductual.

Destacar que las principales escalas seleccionadas coinciden con las recomendaciones de evaluaciones utilizadas en rehabilitación psicosocial<sup>(14)</sup>. Es de utilidad consultar guías de práctica profesional e investigación, que recojan los instrumentos de valoración en terapia ocupacional de forma organizada y accesible<sup>(17)</sup>. No obstante, los resultados de este trabajo recogen que se utilizan en gran medida instrumentos elaborados por profesionales de terapia ocupacional o por una institución. Esto supone limitaciones en la evidencia científica de las mismas, y la dificultad de congruencia cuando se combinan con otras evaluaciones no propias. Incidir también, en las dificultades en el proceso de validación y adaptación de instrumentos psicométricos en salud mental, cuando son de uso en zonas geográficas diferentes, así como de diferente lengua y rasgo cultural<sup>(18)</sup>.

La amplísima diversidad de metodología, nombrando más de 30 evaluaciones diferentes, indica la falta de consenso a la hora de conocer y usar las evaluaciones con mayor evidencia en terapia ocupacional y rehabilitación psicosocial. Esta heterogeneidad ya la señalaron Sanz y Bellido<sup>(19)</sup> en su estudio, y todavía no está resuelta. Por otro lado, comentar que los y las terapeutas ocupacionales trabajan con un volumen que se establece entre 20 y 40 personas atendidas. En contraposición, acentuar un pequeño porcentaje, 1,7%, que atiende a más de 100 personas. Aunque este hecho pueda parecer insignificante, invita a la reflexión sobre la intervención individualizada y centrada en la persona<sup>(13)(15)</sup>.

Se ha detectado que hay escasas respuestas en cuanto a la presencia de terapeutas ocupacionales en dispositivos infanto-juveniles. Siendo esta una etapa importante para abordar de manera preventiva la salud mental y fomentar la autonomía de las personas, contando con la intervención de un equipo interdisciplinar especializado, tal y como se recoge en el Plan de Estrategia de Salud Mental<sup>(12)</sup>. Además, esta dificultad confluye con la inespecificidad de la atención a la salud mental de la adolescencia e infancia en España, que se valora desigual en las distintas comunidades autónomas, tanto por la estructura y oferta de los recursos, como por la actualización y vigencia de los planes autonómicos.<sup>(20)</sup>

Entre las ocupaciones en las que se realiza mayor intervención observamos las actividades de la vida diaria instrumentales, ocio y participación social, por encima de las actividades básicas de la vida diaria, todas recogidas en el marco de trabajo de terapia ocupacional de la American Occupational Therapy Association (AOTA)<sup>(21)</sup>. Para concluir, reseñar la muestra descartada por no cumplir con los criterios de inclusión definidos, 72 dispositivos. Este hecho invita a considerar una posible diversidad en la concepción de los y las terapeutas ocupacionales sobre la rehabilitación psicosocial. Este debate no afecta únicamente a nuestra profesión, sino que crea controversia general, según reflexionó López M<sup>(22)</sup>.

### Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio ha sido no haber podido obtener resultados de algunas provincias y ciudades españolas, tales como Islas Baleares (excepto Mallorca), de Canarias (excepto Las Palmas), Cantabria, La Rioja, Jaén, Almería, Ceuta y Melilla. Puede ser porque no tiene terapeutas ocupacionales trabajando en dispositivos de rehabilitación psicosocial, o porque no hemos sido capaces de contactar con ellos a través del colegio profesional o la asociación de rehabilitación psicosocial de la zona.



Por otro lado, también ha sido difícil para nuestro grupo de investigación consensuar aquellos dispositivos que cumplieran los criterios de inclusión del estudio y que por tanto, pertenecen al área de rehabilitación psicosocial. Esto ha sido debido a varias causas: por un lado, que en algunos dispositivos no solo se interviene terapéuticamente con personas con diagnóstico de enfermedad mental, sino también con otro tipo de patologías. Y por otro lado, que, dependiendo de la comunidad autónoma a la que pertenece el dispositivo, algunos se consideran o no como tales en su cartera de servicios.

### Futuras líneas de la investigación

Sería interesante actualizar las guías de práctica clínica, basadas en la evidencia, así como seguir profundizando en la definición y evolución de la rehabilitación psicosocial en salud mental, para aumentar la difusión y el consenso. También se podría realizar "un mapa" de los y las terapeutas ocupacionales, generar líneas de intervención (programas, técnicas), detectar necesidades comunes y prevenir el intrusismo profesional, además de ampliar la investigación sobre justicia ocupacional en rehabilitación psicosocial, al ser un modelo recomendado pero que no se utiliza.

Proponemos consensuar el proceso de evaluación de terapia ocupacional en rehabilitación psicosocial y trabajar en la validación y adaptación de herramientas, a nivel nacional e internacional. Así como el uso de guías prácticas disponibles, y propias de nuestra profesión. Continuar trabajando, a través de la investigación, por la incorporación real de la terapia ocupacional en todos los dispositivos de rehabilitación psicosocial, especialmente aquellos en los que no está plenamente instaurada en todas las comunidades autónomas, como son las unidades de salud mental de adultos e infantojuvenil, equipos de gestión de casos, centros de atención de drogodependencias o equipos de continuidad de cuidados en atención primaria, entre otros.

### Aplicabilidad

Este estudio puede ayudar a recopilar la distribución de los y las profesionales de terapia ocupacional que trabajan en rehabilitación psicosocial, en salud mental, conocer sus condiciones y metodología de trabajo. Ello nos permitirá unificar criterios y proponer mejoras profesionales. Para ello será necesaria más investigación, elaboración de documentos técnicos (guías, manuales, programas, etc.) o recopilación de datos para presentar en los diferentes recursos y administraciones competentes.

## CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio nos brindan varias conclusiones muy interesantes. Entre ellas mencionar que la mayoría de las personas encuestadas están contratadas por su titulación en terapia ocupacional, aunque existen casos en los que el contrato hace referencia a otra profesión.

En cuanto a la intervención de los y las terapeutas ocupacionales en los servicios de rehabilitación psicosocial podemos fundamentar, según los datos, que existen multitud de modelos. Esto supone una gran riqueza en el enfoque terapéutico de la intervención. Cabe destacar el desuso en enfoques tradicionales como el conductual o de integración social, habiendo progresado hacia otros modelos más inclusivos y comunitarios. De igual importancia, es llamativo el gran número de escalas propias creadas tanto por los y las profesionales como por las instituciones, algo que puede estar indicando la necesidad de un consenso por parte de la terapia ocupacional de cuáles son los instrumentos de evaluación más indicados. Debido a este hecho la validez, la estandarización y la evidencia en la evaluación se ven comprometidas. Casi la totalidad de la muestra recogida realiza un proceso evaluativo acorde con instrumentos propios de la profesión.

Por otra parte, es interesante el gran número de contratos de más de 35 horas, en contrapunto con el número irregular de personas atendidas por terapeutas ocupacionales. También cabe destacar la mínima representación de terapeutas ocupacionales en algunos dispositivos de rehabilitación psicosocial, especialmente en servicios no ambulatorios y de vivienda. En general, se ha identificado la necesidad de equiparación de objetivos y programas de intervención donde debe prevalecer la unificación de términos y funciones de los diferentes servicios de rehabilitación psicosocial de España.

Llegados a este punto, también es importante destacar la evidente tendencia hacia el establecimiento de concertos o privatización de la rehabilitación psicosocial, siendo la salud mental una de las áreas de salud en las que más proveedores, organizaciones, entidades y agentes participan. Para concluir, habiendo sido



conocedores de la situación de la terapia ocupacional y la rehabilitación psicosocial en España, a través de este análisis descriptivo, es lícito resaltar los registros de estos y estas profesionales en puestos de dirección y/o gestión de dispositivos de rehabilitación. Su conocimiento sobre las necesidades existentes por el contacto directo con las personas atendidas y los diferentes dispositivos, y por su continua formación y evolución profesional, deduce el correcto desempeño en estos puestos directivos.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración de los y las terapeutas ocupacionales que quisieron compartir su experiencia y contestaron el cuestionario. A la FEARP por su apoyo hacia este grupo de trabajo, que nos permite crecer como profesionales de la rehabilitación psicosocial. La autoría declara que no existe conflicto de intereses y que este estudio no ha recibido ninguna financiación.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores y autoras han participado en todo el proceso de elaboración de este artículo: diseño del estudio, confección y envío del cuestionario, recogida y análisis de datos, redacción y revisión del manuscrito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. Available in: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
2. World Health Organization WHO, World Association for Psychosocial Rehabilitation WARP. Psychosocial rehabilitation, a consensus statement. *WARP bulletin*. 1996; vol 8(3)
3. Hernández M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2017 [citado 20 septiembre 2022] ; 37(131):171-187. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es)
4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, número 102, de 29 de abril de 1986
5. Moratinos C, Guzmán S, Alsina N, Bellido JR, Comellas G, Gómez JM et al. Funciones del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental. *TOG (A Coruña)* [Revista en Internet]. 2009 [citado 20 septiembre 2022]; Vol 6(4):259-275. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/funcionsm.pdf>
6. Grupo regional de trabajo de terapeutas ocupacionales de la red de salud mental de Castilla-la Mancha. Libro blanco de la terapia ocupacional en salud mental en Castilla-la Mancha. COFTO-CLM; 2018
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_TMG\\_ICs\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf)
8. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. ¿Qué es rehabilitación psicosocial? Un mapa para profesionales. Madrid: FEARP; 2019
9. Trastornos mentales y del comportamiento. En: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra: OMS; 1996.
10. Orden CIN/729/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional. *Boletín Oficial del Estado*, número 73, de 18 de marzo de 2009
11. Morris K, Reid G, Spencer S. Occupational therapy delivered by specialists versus non-specialists for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018, Issue 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012398.pub2>
12. Blanco AL, Jara E, Rienda J, Fortes L, Soldevila P, González V. Revisión integrativa de la terapia ocupacional en la salud mental en la comunidad valenciana. *COTOCV*; 2022
13. Ministerio de sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad; 2022. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
14. Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C (Editores). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP; 2010.
15. Hernando-Pina M, Valverde-Eizaguirre MA. A propósito de "en la vida diaria": terapia ocupacional, recuperación y rehabilitación psiquiátrica. *TOG (A Coruña)* [Internet]. 30 de noviembre de 2020 [citado 11 de septiembre de 2022];17(2):244-8. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/97>
16. Rojo C, Iñiguez-Rueda L. Inclusión psicosocial de personas con trastorno mental en España y América latina: revisión bibliográfica. Revisión sobre inclusión psicosocial de las personas con trastorno mental. *TOG (A Coruña)* [Internet]. 30



- de noviembre de 2021 [citado 11 de septiembre de 2022];18(2):138-52. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/125>
17. Grau-Sánchez J, González-Román L, Zango-Martín I. Instrumentos de valoración en terapia ocupacional: guía para la práctica profesional e investigación. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa. 2022
  18. Roncero C. La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. Salud Mental (Mex) [Internet]. 2015;38(4):235-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58241191001.pdf>
  19. Sanz P, Bellido JR. Protocolo del proceso de evaluación ocupacional para hospitales de día de adultos de psiquiatría. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [consultado 20 de septiembre 2022]; 9(15): [34 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original8.pdf>
  20. González C, Barrera M, Cano IM, Díaz I. Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. Revista de psiquiatría infanto-juvenil [Internet]. 2019 [citado el 7 de febrero de 2023]; 36(1):20-30. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/310/264>
  21. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy. 2020; 74(2). Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
  22. López M, Laviana M. Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guión para el debate. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(131): 257-76

### Integrantes del Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional de la FEARP



Alicia de la Calle-Sanz.  
Terapeuta ocupacional, CRPS de Segovia-  
Complejo Asistencial de Segovia  
ORCID 0000-0002-3012-5846



María-Pilar Enguita-Flórez.  
Terapeuta ocupacional, CRP San Juan  
de Dios (Teruel),



Beatriz Pérez-Campillejo.  
Terapeuta ocupacional en CRPS  
Félix Garrido (Navarra),  
ORCID: 0000-0002-9914-6223



Jesús-Javier Rienda-Jimena.  
Terapeuta ocupacional en la  
Fundación SASM  
(Sueca-Valencia),  
ORCID: 0000-0003-1138-3003



Raquel Cabanés-Crespo.  
Terapeuta ocupacional en SRC Sarrià  
Sant-Gervasi del Grup CHM Salut Mental  
(Barcelona), ORCID: 0000-0003-2713-  
2348



Sonia García-Rodríguez.  
Terapeuta ocupacional en CRPS  
Zamora, Fundación INTRAS,  
psicóloga. ORCID: 0000-0001-9907-  
7240



María-Fernanda Nieto-Ramiro.  
Terapeuta ocupacional, doctoranda  
en Neuropsiquiatría del dolor,  
Universidad de Valladolid. ORCID:  
000-0003-1670-630X



María Claros-Rasero.  
Terapeuta ocupacional en CRPS  
Hermanas Hospitalarias de Cáceres.  
ORCID: 0000-0002-7660-4965.

Derechos de persona autora

