



PONENTE: Víctor Manuel Cabal Carvajal

**Senior Occupational Therapist
Servicio de cirugía vascular
Aberdeen Royal Infirmary
Aberdeen. Escocia**

MODERADOR: Gabriel Sanjurjo Castelao

**Graduado en Terapia Ocupacional
Máster en Investigación en Neurociencias
Director de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional
Director de www.therapeutica.es
Profesor en Facultad Padre Ossó**

FECHA: 30 de enero de 2016

LUGAR: Salón de Actos del Hospital Monte Naranco- Oviedo

Transcripción y revisión: Gabriel Sanjurjo Castelao

MODERADOR: Buenos días a todos. Bienvenidos al V Ciclo de Sesiones Clínicas de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, se han introducido algunas novedades en esta edición. Lo primero la reducción del número de asistentes, ya que creo que cuantas menos personas más interacción, y de esta forma se facilita. Además he reservado un tercio de la asistencia para estudiantes de cuarto curso y que de esta manera puedan familiarizarse con este tipo de encuentros.

En cuanto a los contenidos considero que es importante que conozcamos lo que se está trabajando fuera de Asturias y de España ya que tengo la impresión de que estamos dando vueltas en círculo continuamente. Siempre lo mismo, retroalimentándose de los mismos puntos de vista, que si recuperación de daño cerebral, que si integración sensorial, etc. Por ello considero que conocer las formas de trabajo de lugares fuera de Asturias nos puede enriquecer. Se verá también, durante este Ciclo, como la Consejería está readaptando los recursos de la discapacidad a los nuevos conceptos de intervención. Además conoceremos un relato en primera persona de una persona con trastorno del espectro autista. Veremos en este ciclo cómo las familias pueden ser objeto de nuestra intervención con resultados de importante impacto en la recuperación. Y, por último, para mis queridos alumnos de cuarto curso, contaremos con un experto laboral para darnos una serie de pinceladas de las diferentes relaciones laborales que les esperan cuando sean egresados.

Yo voy a ser el moderador de la primera sesión para la que contamos con Víctor Manuel. No os preocupéis, que no va a cantar nada (risas). Me refiero a Víctor Manuel Cabal Carvajal que nos explicará su trabajo en Aberdeen, la ciudad de granito escocesa. No voy a hacer un perfil profesional de él, ya que sería muy corto (risas). Simplemente decir que si no fuera el segundo graduado de Terapia Ocupacional en Asturias sería el primero. Eso es algo que compartimos ya que nos graduamos el mismo año, siendo los primeros graduados. La diplomatura la teníamos mucho antes.

Insisto que compartimos un año académico, pero ya antes nos conocíamos por lo que me permito hacer un perfil psicológico de Víctor. Tremendamente perfeccionista, rayando lo que en Psiquiatría sería un trastorno obsesivo compulsivo (risas). Se fugó de aquí. Esto es algo que preparó durante mucho tiempo. Quería marchar muy lejos. Porque estuvo trabajando conmigo, y eso ya hace que quieras poner tierra de por medio. Estuvo pensando dónde marchar y como le gustan mucho los vikingos, los elfos y todas

esas cosas (risas). Decidió que se iba para un fiordo. Pero el idioma es una barrera. No sé si escuchasteis el noruego, el sueco, el finés... son absolutamente ininteligibles. Se decide entonces por un sitio donde se hable inglés. Para ello se estuvo formando durante un año, acudiendo a las clases de inglés científico todos los sábados a primera hora. De forma desinteresada e innecesaria. De tal manera que cuando fue a examinarse le dijeron (después de ir todo el año a clase): ¿Pero qué haces examinándote? Si esta asignatura la tienes convalidada. Y claro, luego me di cuenta... -este se quería marchar- (risas). El resto es muy sencillo ¿Dónde hacen el mejor whisky? En Escocia. Pues para allá que se va (risas).

Decía que es tremendamente perfeccionista, maniático en algunas cuestiones, lo cual encaja con la idiosincrasia anglosajona. Le dejo que nos explique en qué consiste su trabajo en Escocia.

PONENTE: Buenos días, después de esta presentación -para la que no tengo calificativos-, agradecer a la organización que cuente una vez más conmigo. Es la tercera vez que lo hace y, la verdad, estoy especialmente nervioso. El motivo es que hoy voy a contar una experiencia personal y, realmente, no sé si a los presentes puede interesarles algo de mi vida (profesional). Voy a abordar tres temas en esta sesión; el primero, el camino que seguí hasta llegar a trabajar como terapeuta ocupacional (TO) en un hospital de Escocia; el segundo en qué consiste un equipo de Terapia Ocupacional en paciente agudo y, por último, cuáles son las funciones y el trabajo que yo realizo como terapeuta ocupacional en una planta de cirugía vascular.

Todo empieza hace unos cuantos meses, cuando después de trabajar durante siete años en un centro de día de Oviedo, me doy cuenta que, aunque hacía formación y me interesaba y me movía y demás, mi carrera profesional estaba (lamentablemente como la de muchos de mis compañeros) estancada y no veía muchas más posibilidades de desarrollo de conocimientos y futuro laboral. Entonces decidí marcharme.

Claro; tendría que ser un sitio parecido a Asturias; que fuera verde, que tuviera vacas, gaitas, etc. para estar como en casa. Nos vamos a Escocia. Poco a poco te das cuenta de que “aquello” es muy diferente y que (lamentablemente una vez más) no tenía ni idea de los procedimientos o los pasos para poder trabajar en otro país como terapeuta ocupacional. Comienzas a investigar por internet, a conseguir información. La

mayoría no sirve para nada o es poco específica, la poca que hay está desactualizada y te das cuenta que tienes que “buscarte la vida” para conocer exactamente los requisitos que necesitas para poder ejercer fuera de nuestras fronteras.

Para trabajar en el Reino Unido lo primero que hay que hacer es conseguir entrar en un registro de profesionales sanitarios. Y aquí es donde se va a notar mis clases de inglés científico durante los sábados (risas). El Health and Care Professions Council (HCPC)¹. Este organismo vela por la calidad de los profesionales que trabajan en este país (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas, podólogos...). En España no hay nada parecido (creo que ya he dicho; lamentablemente). Me puse en contacto con ellos y te dicen: *“nada; comienza el proceso, estudiaremos tu caso y veremos si cumples los requisitos para la certificación para poder trabajar aquí”*. Es sin duda, el proceso más costoso y más difícil para poder trabajar en Reino Unido; conseguir este registro. Lo primero por el tiempo; unos 10 meses me costó a mí. Lo mínimo son seis meses con todo el papeleo. El primer formulario que te piden son unas 60 páginas en las que debes dejar constancia de tu “vida y milagros”. Es muy tedioso, te preguntan de toda tu vida académica y profesional. Además es un proceso económicamente costoso; unas 400 libras esterlinas que viene a ser unos 500-600 euros y eso solo por valorar el caso, en ningún momento te aseguran que lo vayas a obtener. Puede que te digan que sí, que no, o que sí pero que necesites complementos formativos. Te pueden indicar en qué áreas necesitas mejorar tu formación, generalmente porque no puedes aportar evidencia de los conocimientos que dices tener en tu solicitud. Entonces te indican qué cursos tienes que realizar y demás.

Luego aparte hay que abonar otras 300 libras para figurar en el registro y lo mismo cada dos años². El tema de las recomendaciones: aquí en España no existen mentalidad de pedir recomendaciones y allí te las piden para todo. Claro, yo me pregunté; *“¿y a mí quién me las hace?”*: Es bueno que si tenéis un profesor con el que hayáis tenido buena relación, tiene buen concepto vuestro, etc., le pidáis que os haga una pequeña carta de recomendación (y antes que os pregunte, sí, en inglés). Hay modelos en internet y es simplemente referir las buenas cualidades de cada uno. Yo

¹ <http://www.hcpc-uk.org>

² Nota: Este dinero es deducible en el equivalente en Reino Unido a la declaración de la renta, donde te devuelven gran parte del importe.

recomendaría también de vuestros jefes. Te pueden llegar a pedir tres o cuatro recomendaciones.

Uno de los problemas que yo tuve fue que me dijeron que mi plan de estudios no estaba reconocido por la World Federation of Occupational Therapist (lamentable e innecesariamente). Y eso lo tienen como un sello de calidad. Lo que tuve que hacer es remitirles una traducción de mi plan de estudios. Ha de ser una traducción jurada, por un traductor, pagarla y mandársela. Para todos aquellos que hayan cursado estudios antes del “plan Bolonia” que sepáis que nuestro plan de estudios lo tienen en su poder (enviado y pagado por mí, lamentablemente). Al HCPC les da igual que seas diplomado, graduado, magíster...

Ellos se rigen por evidencias, no por títulos exclusivamente. Evidencias de tu formación sí, pero también de tu experiencia y aquí es donde empiezas a ver por qué unos están como están y otros estamos como estamos. No les vale que les digas trabajé siete años aquí o allá. No. Te piden una media de cuántos nuevos pacientes tienes al año, qué herramientas de valoración e intervención usas, cuáles has visto en tus periodos de prácticas universitarias...

Para alguien que viene del sistema en el que yo estaba, todo esto solo podía significar una cosa: problemas, problemas y problemas. Me remitieron una resolución previa y me pidieron más información: todos los sitios donde estuve de prácticas, qué tipos de pacientes tuve, qué sistemas de evaluación, intervención y una pequeña reflexión de cada sitio.

Evidentemente el idioma es un problema en todo este proceso. Porque te piden que tu Universidad les envíe datos, pero además no vale cualquier persona sino que exigen tener una persona de contacto, claramente identificada y que te conozca. Entonces vas a la Universidad, explicas que precisas una persona de contacto para estos trámites y es cuando se giran y te dicen “*Oye, pero yo esto lo tengo que hacer en inglés*”..., problemas de esos, los que queráis y más. Pero poco a poco, los vas solventando.

En este foro me veo obligado a mencionar el tema de las publicaciones. Es un tema muy importante y considerado para ellos. Después de rehacer el formulario en el que me pidieron más información, se la mandé. Me volvieron a pedir más.

De tal forma que, en un momento dado, les mandé todo lo que tenía y además les comenté que tenía alguna publicación científica. Me las solicitaron y lo siguiente que supe de ellos es que me aceptaban. Yo no quise pensar que el tema de las publicaciones era tan importante. Pero después de estar allí y comprobando su mentalidad no me extrañaría nada que su peso fuera determinante para que me concedieran el certificado, seguramente pensando que si publico en España también publicaré allí. Cuando Gabriel habla de lo importante que es publicar y ves lo que ocurre en otros países te das cuenta que “todo cuadra” y tener publicaciones en tu curriculum te da un “extra”.

Sin este registro del que estoy hablando, no puedes trabajar más que de auxiliar de Terapia Ocupacional que es una figura que tienen allí, o con un “visado temporal”. Pero con este “visado” nadie te contrata. Con este registro te pueden hacer una auditoria cada dos años. Te piden que les informes sobre todo lo que hiciste en esos dos años: formación, proyectos y demás. Si no consideran que estés actualizado te quitan el registro y no trabajas. Te vas para tu casa. Es un sistema para garantizar la calidad de los profesionales. Lo dicho, como en “casa” (risas).

Después conseguí pasar a formar parte del Royal College of Occupational Therapists. Bastante más sencillo. Además te dan 600 libras en bibliografía en cuanto te colegias (igualito que aquí), y también el reconocimiento como terapeuta ocupacional por la WFOT.

Cuando ya tenía todo en regla llega el momento de buscar trabajo. Hace diez días, preparando esta sesión hice una búsqueda de ofertas de trabajo en España, para ver cómo está la situación. 14 ofertas encontradas. En una de las páginas me recomendaban que buscará trabajo como educador social o monitor de tiempo libre...Lo que conocéis todos y los que estáis estudiando conoceréis dentro de poco..., contratos de duración determinada, medias jornadas, sueldos sin especificar, etc. Entonces hice una búsqueda en Inglaterra, en el National Health System (NHS), lo que vendría a ser nuestra Seguridad Social. Solo en Terapia Ocupacional, y en Inglaterra había 626 ofertas de trabajo, de las que 544 eran contrato indefinido y 143 serían a las que podríamos acceder por ser el “primer escalafón”. Con salarios entre 20 y 30.000 libras al año según experiencia. Casi la misma situación en un lugar y en otro.

¿Cómo consigues un trabajo allí? Lo primero debes de hacer una carta de presentación para un primer “acercamiento”. Cubrir unos formularios donde pones tus

méritos, títulos, experiencia, y otro en el que figuran tus datos personales. Allí esos datos el tribunal no los conoce, no sabes si eres español, si eres mujer, joven, etc. Solo saben tus méritos y mediante unos baremos públicos te dan una puntuación. Seleccionan las cinco o seis personas que mejor cubran por méritos las condiciones y características del empleo y te llaman para hacer una entrevista. Tuve suerte y me llamaron para uno de los puestos para los que hice los trámites anteriormente citados.

Vas a la entrevista delante del Tribunal, donde una de las personas que lo componen va a ser tu jefe en el puesto de trabajo que solicitas. Esto tiene cierto sentido ya que intentan escoger el perfil que quieren. Esa entrevista consta de dos partes. Una primera parte genérica ¿Por qué debería seleccionarte a tí y no a otra persona? ¿Qué consideras que son tus puntos fuertes?, etc). Preguntas de cualquier entrevista. La segunda parte es el desarrollo de un caso práctico, que puede ser escrito u oral, generalmente oral. En mi caso fue muy gracioso porque me preguntaron sobre un paciente con EPOC, que casualmente había sido la sesión clínica que presenté aquí mismo, en el último ciclo de sesiones. Tuve mucha suerte porque lo tenía muy trabajado. Me dieron el trabajo, me llamaron del Aberdeen Royal Infirmary, de la región de Grampian (noreste de Escocia), es una de las áreas en las que se divide el sistema sanitario (como el SESPA para que nos entendamos). Es un Hospital Universitario como el HUCA. El edificio principal tiene alrededor de 900 camas y es donde trabajamos nosotros, pero toda la rehabilitación está en otro Hospital, Salud Mental está en otro Hospital... se puede decir que las 900 camas son para pacientes agudos exclusivamente.

¿Cuáles son las condiciones económicas iniciales con las que te vas a trabajar a Reino Unido? Pues comienzas en la “banda 5” (*band five*) que es lo más bajo que tienes como terapeuta ocupacional. Trabajo a jornada completa; 37, 5 horas semanales. Los banda 5, los *junior occupational therapists*, necesitan coger experiencia así que trabajas seis meses en cada área de el Hospital. Yo empecé en Cirugía Vasculuar, pero en abril me cambian a otro sitio. No sé todavía a cuál puede ser: con accidentes cerebro vasculares, Traumatología, Geriátría, un Hospital Comunitario (que es como si dijéramos un “Hospital de pueblo”, luego lo explico más adelante). La cuestión es que rotas por las diferentes áreas para tener experiencia y luego te puedes ir especializando a medida que avanzas. Tienes 15 días de vacaciones por rotación y cobras 21.880 libras iniciales. No lo comento para contar cuánto cobro, los salarios son públicos y cualquiera

los puede consultar a través de Internet. Todos sabemos lo que cobramos todos, es un dato que está a disposición de cualquiera. El primer mes es casi todo formación, te dejan ver a pocos pacientes y poco a poco te van dejando “solo”.

A medida que coges experiencia vas cobrando más y asumiendo más responsabilidades. Tienes un tope dentro de tu banda, según te vas acercando a ese tope salarial (o cuando te consideres preparado) puedes solicitar un puesto de *band six* (*senior occupational therapist*). Para esto tienes que volver a pasar todo el proceso, volver a solicitar la plaza, pasar entrevistas, etc.

Lo cual está bien porque yo trabajé siete años en España y el último día cobraba menos que el primero.

Tienes un sistema de desarrollo profesional, basado en demostrar evidencia en diferentes áreas. Tienes que demostrar que mejoraste en comunicación, calidad, mejora del Servicio, valoración, intervención etc.

Yo estoy en un equipo de intervención aguda. Somos 40 terapeutas ocupacionales en el equipo. Aproximadamente la mitad son escoceses, el resto somos de diferentes partes del mundo; Filipinas, Holanda, Estados Unidos... Funcionamos en sistema jerárquico, hay un TO que es la *head manager*, que es la Jefa de Servicios de Terapia Ocupacional en el Hospital, luego hay un banda 7 en cada área, que es lo que llaman TO *altamente especializados*, son gente con muchísima experiencia, especializados en su áreas. Por debajo estamos los banda 6 y banda 5 (el número de TO depende de las características del área, unas tienen un mayor volumen de pacientes que otras). Yo en mi planta trabajo con una banda 7, pero en otros Servicios hay más bandas 6 y 5, dependiendo del volumen del trabajo que vayas a tener.

¿Qué hace un equipo de intervención aguda en Terapia Ocupacional? Pues básicamente, mandar al paciente a su casa lo antes posible (de forma segura). ¿Por qué nos pagan para esto? Por dos motivos. Uno por que en su mentalidad (en su forma de ver la sanidad), el paciente tiene que estar en su casa, no institucionalizado, no entienden lo que es un centro de día. Ellos piensan que es en casa donde quiere estar el paciente. El otro motivo es evidentemente económico.

Y aquí me vais a permitir que me explique más profundamente. Está demostrado que un paciente en mi Hospital le cuesta cada día entre 500 y 1000 libras al Sistema (cama, medicinas, intervención del profesional...). Se estudió y cuesta eso. Entonces

¿Por qué pensáis que hay 600 ofertas de empleo?, Porque el TO acorta el tiempo de estancia en el Hospital. Somos una joya para el Sistema. Yo, en una buena jornada de trabajo justifico mi sueldo del mes. En dos jornadas justifico el gasto en productos de apoyo que prescribo. Los otros días del mes es dinero para el Sistema.

Entonces cuando hablamos de demostrar el valor de la Terapia Ocupacional igual tenemos que empezar a fijarnos en estas cosas y dejarnos de chorradas y de compartir gilipolleces en Facebook, y aprovechando que estas sesiones clínicas quedan grabadas, ahí lo dejo. Y así podré decir dentro de unos años “ya os lo dije yo”. Porque de momento, en Asturias, no tenemos ni brújula para guiarnos. Yo creo que el camino que deberíamos tomar para el desarrollo de la Terapia Ocupacional es empezar a demostrar estas cosas.

Las investigaciones que conozco del Colegio Británico van todas encaminadas a lo mismo ¿Cuánto dinero ahorramos si contratamos nueve terapeutas aquí o allá...? Y lo demuestran. Y contratan terapeutas ocupacionales. Ese es el motivo de porqué hay tanta oferta de terapeutas ocupacionales allí, somos un chollo para el Sistema. Creo que deberíamos empezar a seguir ese camino.

Sí, la calidad de la intervención es importante, pero la manera más eficiente de justificar la necesidad de terapeutas ocupacionales es esta. Quizá este mal hablar de dinero, pero así son las cosas y necesitamos despertar.

¿Cómo trabajamos en el Hospital? Nosotros vemos a los pacientes lo antes posible, puede ser el mismo día que ingresan. A partir de ahí diseñamos las intervenciones. Trabajamos con un sistema de red. Un sistema tremendamente asentado. Algo que aquí no parece entenderse. Saben que un TO no puede abarcar todo. Yo soy un TO de intervención en agudos y solo intervengo en la fase aguda, en ese momento, durante los primeros días del ingreso. Yo me centro en ese primer momento y eso es un cambio de mentalidad con respecto a España. Aquí tenía pacientes, tres meses, nueve, dos años. Allí no, están cinco días, dos semanas máximo y luego pasan a otro compañero especialista en otra fase de la recuperación..

Trabajas con muchos Servicios; por ejemplo el Servicio *MARS (Mobility and Rehabilitation Service)*, que se encarga de la movilidad. Yo no soy un TO especialista en silla de ruedas, puedo prescribir una silla de ruedas básica para un amputado, pero para otros problemas asociados existe este Servicio donde hay compañeros especialistas

en sillas de ruedas, y que pueden ver pacientes complejos que requieren de sillas de ruedas especializadas. Trabajamos con el Ayuntamiento, yo trabajo con amputados antes de recibir su prótesis y en las dos o tres semanas posteriores. Mientras tanto puede requerirse la adaptación del domicilio. El Sistema Sanitario no paga las adaptaciones, las cubre el Ayuntamiento (de partidos políticos diferentes y funcionan sin problemas... Imaginar esto en España...). Entonces, de forma coordinada con el TO del Ayuntamiento y el paciente, se valoran las necesidades que existen en el domicilio. Después se encarga el TO del Ayuntamiento de la tramitación.

También trabajamos con Hospitales Comunitarios, que allí son los Hospitales de las poblaciones pequeñas. Entonces hablas con el TO de esa zona y le envías un informe de la silla de ruedas y necesidades que tú identificas. Ese TO se acerca al domicilio y comprueba las limitaciones, me remite un informe, se habla con el paciente y si acepta las modificaciones se realizan desde su Área. Puede sonar muy complicado, pero funciona.

Ahora tenemos un proyecto con nuevas tecnologías. A través de plataformas móviles nos conectamos durante la visita al domicilio con el paciente que está en el Hospital (todo esto con las autorizaciones pertinentes). Sobre la marcha se discuten las posibles adaptaciones. Pero claro para hacer esto hubo que demostrar que este sistema acortaba en tres días la estancia hospitalaria. Claro, por lo que cuestan tres días de hospitalización te pagan el dispositivo, las conexiones, lo que sea...Y es un bien para todos. Tiene sus cosillas, sobre todo los temas de privacidad lo dificultan un poco. Todo eso se guarda en un disco duro privado, etc. Pero está dando muy buenos resultados. Insisto, es su mentalidad.

En Cirugía Vasculat tenemos dos tipos de pacientes los *Short Contact Patients*; o pacientes de contacto breve (si traducimos literalmente). Que es muy buena definición. Son pacientes que acuden al Hospital para: una cirugía vascular aneurismas aórticos, *bypass* femorales, endarterectomias carotideas, etc., y a esos pacientes los vemos a todos. Luego están los pacientes que sufren una amputación, sobre todo, de miembro inferior ¿Quiero decir con esto que no vemos a otros pacientes con isquemias, amputaciones de dedos del pie, úlceras...? Sí, sí los vemos pero por derivación del médico o equipo de enfermería, si lo creen necesario y pueden justificar un cambio funcional en el paciente.

Con los pacientes de “contacto breve” hacemos una valoración inicial, de actividades de la vida diaria, del entorno... Les damos un asesoramiento sobre las AVD, el tiempo que tiene que pasar para levantar pesos, conducir, volar en avión, etc. Tenemos folletos y discutimos la información con los pacientes... Se le hace una valoración de movilidad. Pero no utilizamos escalas, es todo observación directa (el tema de la valoración por observación directa sería digno de otra sesión clínica)... Yo allí no he visto ni un Barthel ni un Tinnetti (bueno, muy de vez en cuando)... Usamos alguna escala estandarizada pero muy específica, por ejemplo para deterioro cognitivo (ACE 3) y ansiedad/depresión (HADS). Utilizamos la EQ-5D-5L para la percepción de calidad de vida percibida antes y después de la amputación (dos semanas tras la intervención del terapeuta ocupacional): movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor o molestia y ansiedad y depresión.

El mayor problema que nos encontramos con estos pacientes que han recibido una cirugía vascular son las limitaciones que provocan las cicatrices en estas fases iniciales. Si es necesario el TO pauta producto de apoyo para que se puedan manejar en casa, en el baño, etc. Y una enfermera va a su domicilio a retirar los puntos y hacerles las curas pertinentes. Se ahorra tiempo y el paciente lo agradece, ya que donde quiere estar es en su casa. Salvo que haya complicaciones en menos de una semana están fuera del Hospital.

Con los amputados cambia la cosa, van a estar al menos un par de meses con nosotros. Si es una amputación prevista, antes de la cirugía, se hace una entrevista previa, las valoraciones por protocolo y se les explica en qué consiste nuestro trabajo y el proceso por el que van a pasar, rehabilitación, posibilidades de prótesis y demás. Las amputaciones de urgencia se ven después de la cirugía. Dos días después de la operación se hace el primer contacto con la silla de ruedas. Si el médico da el visto bueno, se hace la primera valoración de transferencias.

Este proceso es delicado, no puedes aparecer con la silla de ruedas, existe un impacto emocional importante y hay que tener muy en cuenta el estado emocional del paciente. Se trabajan las transferencias, movilizaciones en cama, sedestación. Si todo es normal al segundo día ya están en usando la silla y se les entrena manejo, posicionamiento, partes, mantenimiento básico, transferencias. Durante esas primeras semanas ya se ha valorado el entorno domiciliario. Desde ese día ya se trabaja el

aseo/ducha. Primero en la cama y luego ya mitad en cama, mitad en lavabo. Y luego ya cómo pasar a la ducha.

Esto en un primer momento, más adelante, de cara a volver a casa, hay que trabajar más cosas. Particularmente con los pacientes que reciben una prótesis (además de cómo ponérsela, mantenimiento, cuidados etc.). Si la persona vive sola ya se le enseña en nuestro departamento a cómo cocinar usando la silla, darle consejos de ergonomía. Se puede recrear ya que conocemos previamente cómo es el domicilio. Esto se repite cuando ya están con la prótesis, conservación de energía, equilibrio. Hacemos tratamiento de miembro fantasma. Masaje de miembro residual y por otro lado con las gafas que proyectan el otro hemicuerpo- como la terapia de espejo. Los estudios dicen que con estas gafas si el paciente tuvo mucho dolor antes de la amputación existe una mejoría pero no es en todas las personas. Queda mucha investigación que hacer en tratamiento del dolor fantasma.

También hacemos asesoramiento sobre cómo volver a conducir. Si precisan adaptaciones complejas hay un Servicio específico en Edimburgo, con terapeutas ocupacionales, que se encarga de ello, tienen coches adaptados para entrenarlos. Y tiene lista de espera, así que mucha gente pasa por ese Servicio. Luego os podéis imaginar, tenemos personas muy variadas, con problemas muy diferentes. Y aunque tenemos nuestras tablas y diagramas de flujo del proceso y de la rehabilitación, cada paciente te plantea problemas muy dispares.

Ahora os muestro unas fotos de cómo es nuestro Departamento. Las camillas, silla de ruedas, productos de apoyo. Esto es un remanente que tenemos para poder luego ser más eficaces para la prescripción definitiva. Si necesitan productos de apoyo un poco más “pesados” se encarga al Servicio del Ayuntamiento. Está muy bien, te dan una clave con la que entras en una tienda virtual (tipo Amazon) y encargas los productos que requieres para el paciente. Cuando va para casa ya los tiene allí. Por eso es bueno poder entrenarlos con nuestro material en el Hospital y que tengan el mismo material al llegar a casa.

Cuando hablas con la gente más veterana y les cuentas como está la Terapia Ocupacional en España te dicen que es como estaba allí hace 40 años. Pero claro, escogieron una vía buena, basada en evidencia y en demostrar su valía de forma económica, en la eficiencia. Lo que no se puede es que, en España, a los terapeutas

ocupacionales se les llene la boca con la promoción y divulgación de la Terapia Ocupacional y luego solo nos dediquemos a compartir cosas por Facebook, y lo peor, lavarnos la conciencia con ello.

Ellos encontraron el camino, lo único que hay que hacer es intentar copiarles. Tienen muchas cosas buenas y les funcionan. Cuando estas allí ves que la diferencia es tan grande... y te duele que en tu casa no pueda ser así. En los equipos te tienen respeto y tu trabajo es realmente considerado en todo el proceso hospitalario del paciente, y sobre todo, al momento del alta. Los miércoles nos reunimos todos los terapeutas ocupacionales para coordinarnos e informarnos... ¿Cuántos equipos de 40 TO conocéis en España? Una vez a la semana nos reunimos con los fisioterapeutas y otra a la semana con todo el equipo de vascular para ver las áreas de mejora. El resto del horario te lo organizas tú y eso te hace ganar mucha eficiencia, la responsabilidad es tuya, y la gente responde.

Nota a la revisión: En la actualidad y después de completar mi estancia en Cirugía Vascular, una estancia en la Unidad de Valoración Geriátrica y otra en un área de Traumatología, me encuentro de nuevo en el Servicio de Cirugía Vascular, ahora como senior occupational therapist, y donde estaré durante 18 meses hasta que empiece una nueva rotación para mí. La experiencia sigue siendo increíble, a pesar de la incertidumbre sobre mi futuro (y el de mucho compañeros/as) debido al famoso Brexit. Leer mi sesión clínica después de un tiempo ha sido un bonito ejercicio de reflexión acerca de todo lo que he aprendido como terapeuta ocupacional en este país durante estos dos años recién cumplidos. Con más razones si cabe, sigo animando a todos los profesionales, tanto los que se inician como los que quieren dar un paso adelante en sus carreras, en buscar oportunidades fuera de Asturias, donde tristemente nuestra profesión no se mueve de un 3 en la escala de Glasgow. Espero que mi experiencia resulte de interés y si puedo servir de ayuda a algún compañero/a que esté pensando en iniciar un camino similar, que no dude en contactar conmigo. Muchas gracias.