

Tema 1: CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia mediante la ocupación. Ámbito de estudio en el que se utiliza la ocupación como terapia.

Dada a día se redefine el concepto de TO porque la ciencia avanza y los estudios e investigaciones evolucionan.

La TO nació hace poco más de 100 años ligada a personas ingresadas en psiquiátricos (locos). Su gran auge fue después de la 2ª Guerra Mundial.

El **objetivo final** del terapeuta ocupacional es conseguir que una persona sea lo más autónoma e independiente posible.

La T.O. se introdujo en España importada de EE.UU a mediados de la década de **1960**.

AVD

- Autocuidado: comer, calzarse, lavarse, vestirse, peinarse, maquillarse, uñas...
- Comunicación: hablar, leer, escribir, relacionarse con los demás, sexualidad, afectividad...
- Movilidad: caminar, subir-bajar escaleras, conducir, manejo de silla de ruedas...

ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

- Tareas domésticas: limpieza de casa, planchar, lavadora, cocinar, hacer la compra, cuidado de hijos...
- Todas las profesiones

OCIO

- Actividades creativas: pintura, música...
- Juego
- Deporte

CONCEPTO DE T.O.

¿Qué es la TO?

Nació de una necesidad del hombre de utilizar las manos desde el punto de vista terapéutico para mejorar algunas enfermedades. Partimos de 3 fases dadas por fundadores de TO:

- **Dr. William Rush Dunton 1919:** La ocupación es tan necesaria para la vida como la comida y la bebida.

Concepto de TO como ciencia y concepto de TO como profesión. La ciencia de la ocupación se define como una nueva ciencia social derivada de la TO. Su objetivo principal es el estudio del hombre como ser ocupacional y de cómo los seres humanos llegan a comprender el sentido de su vida a través de la actividad encaminada al logro e objetivos. Está incluida dentro de las ciencias y no entre las humanidades porque sus métodos de recolección de datos son sistemáticos, disciplinados y sujetos a análisis público. Además, está más relacionada con las ciencias sociales que con las físicas porque su objeto principal tiene que ver con el comportamiento humano.

- **Mary Reilly 1962:** El hombre mediante el uso de sus manos potenciadas por la mente, podrá influir sobre el estado de su propia salud. El hombre se vio necesitado de verse ocupado en ciertas actividades, actividades con un fin: mejorar enfermos.
- **Objetivos de Sociedad Nacional para la promoción de la TO** se fundó en 1917 por un grupo de personas que no eran médicos. La promoción de la TO como medio terapéutico, el estudio de los efectos de la ocupación sobre el ser humano y la divulgación de su conocimiento científico. Hoy día siguen siendo los mismos objetivos de la TO. Esta sociedad se llama actualmente AOTA (Asociación Americana de TO).

Esto es una ciencia que exige una constante actualización.

¿CUÁNDO SE EMPEZÓ A DEFINIR CLARAMENTE LA TO?

Se tienen que incluir en su definición tres elementos:

- ¿Qué instrumento utiliza esta ciencia?
- ¿Qué objetivos tiene?
- ¿Qué niveles de actuación tiene?

DEFINICIONES DE TO

1947. Mc Nary: Cualquier actividad mental o física prescrita médicamente y guiada profesionalmente con el fin de ayudar a un paciente en la recuperación de una enfermedad o lesión.

Aquí el instrumento no está bien definido puesto que es cualquier actividad.

El objeto y nivel de actuación: Ayudar en una enfermedad por medio de médicos y especialistas.

1969. AOTA: Se dio un gran salto. TO es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre hacia la actividad seleccionada para promover y mantener la salud, prevenir la incapacidad, evaluar el comportamiento y tratar o adiestrar los pacientes con disfunción física o psicosocial.

Aquí el instrumento está mejor definido, ya no es una actividad cualquiera sino una actividad seleccionada. Hay un nuevo ámbito de actuación, el social, no sólo el físico como veníamos hasta ahora.

El medio utilizado es saber dirigir la respuesta del hombre.

Objetivos: Pacientes con disfunción física o psicosocial.

Niveles de actuación: Evaluación, prevención, tratamiento, entrenamiento.

1972. AOTA: El arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, reforzar y acrecentar su cumplimiento, facilitar el aprendizaje de las habilidades y funciones esenciales para una mejor adaptación y productividad (ámbito importante de un terapeuta ocupacional, es decir, recuperar una persona lo máximo posible para que vuelva a trabajar) disminuir o corregir la patología y promover y mantener la salud.

1981. AOTA: TO es el uso de una actividad prepositiva (ocupación, intencional...) en individuos que se encuentran limitados por un trauma físico o enfermedad, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento.

A medida que avanzamos en el tiempo van aumentando los campos de actuación, los cuales van a ser muy diferentes.

Aquí ya hablamos de niños con problemas de desarrollo, que nacen con alguna discapacidad, síndrome de Down, minusvalía psíquica...

El OBJETIVO FUNDAMENTAL es maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud.

Independiente: Si una persona es capaz de mantener su salud y su vida sin necesitar de otra persona. Su práctica incluye evaluación, tratamiento y consulta.

Su práctica incluye evaluación, tratamiento y consulta.

Los servicios específicos de T.O. incluyen:

- Enseñanza de las AVD.
- Desarrollo de destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado.
- Desarrollo de las destrezas del juego y de las capacidades prevocacionales y para el tiempo libre.
- Diseño y fabricación de aparatos ortóticos (estructuras de contención) y protésicos (estructuras de sustitución) seleccionados y equipamiento.
- Utilización de tareas de artesanía y ejercicios para posibilitar la realización funcional.
- Administración e interpretación de pruebas tales como el balance muscular y el grado de movilidad.
- Adaptación del entorno para el incapacitado.

1986. AOTA (nuestra definición): Uso terapéutico de actividades de autocuidado y actividades de juego y trabajo para aumentar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o del entorno para alcanzar el máximo grado de autonomía y desarrollo pleno en la sociedad y para aumentar la calidad de vida. Definición de T.O desde el punto de vista científico.

Asociación Nacional de T.O.: Definición de T.O desde el punto de vista profesional. Conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que a través de actividades ocupacionales aplicadas con fines terapéuticos previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora las respuestas comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en sus aspectos físico, psíquico, social y laboral. Ana Vicente es la presidenta de esta Asociación.

LA OCUPACIÓN, tipos de ocupación

En T.O se reconocen 3 áreas e ocupación:

- *Las tareas de la vida diaria* abarcan los autocuidados, las tareas domésticas, el mantenimiento del espacio vital, el manejo y mantenimiento de los recursos económicos y aquellas conductas adecuadas para el acceso a distintos recursos del entorno (compras, viajes, etc.)
- *El trabajo* puede definirse como todas aquellas actividades productivas remuneradas o no. Las actividades productivas están organizadas en lo que se denominan roles vitales importantes. Estos roles son posiciones que la persona ocupa en la vida, reconocidas por el entorno social. Además de ofrecer un medio para organizar la actividad de una persona en una posición dentro de la sociedad, el rol constituye una fuente importante de identidad.
- *El juego* es una actividad que acompaña al ser humano desde su nacimiento. En la infancia, el juego

predomina sobre otras Áreas de la ocupación y según el individuo va creciendo, el juego se modifica, pasando de los juegos más motrices y deportivos a versiones más “sosegadas” como pasatiempos, recreación social...

PERFIL DE LA TITULACIÓN DE T.O.

El origen de la T.O proviene de la integración de métodos y principios de varios campos de la ciencia: **Medicina, Psicología y Sociología**, y a lo largo de su corta historia, ha experimentado varios cambios en su práctica y aplicación, aunque respetando siempre ciertos principios básicos.

La T.O. es una Ciencia de la Salud que utiliza la ACTIVIDAD dirigida y programada con un fin terapéutico.

Los terapeutas ocupacionales actúan en la prevención, evaluación, asesoramiento, tratamiento, reeducación y reinserción de personas con alteraciones físicas, psíquicas, sensoriales y sociales, en el contexto de un equipo interdisciplinar.

El objetivo fundamental de la T.O. es paliar los déficits ocasionados por la disminución de la salud a nivel físico, psíquico, sensorial y social, realizando una asistencia integral de la persona en su contexto socio-cultural.

Los objetivos específicos son:

- Potenciar la autonomía y funcionalidad de las Áreas de desempeño ocupacional (AVD, de trabajo y ocio)
- Desarrollar las capacidades residuales y lograr la compensación de las funciones perdidas.
- Entrenar en el uso de ayudas técnicas en las AVD y en el uso de prótesis y ortesis.
- Lograr la integración de la persona en la sociedad adaptando el entorno domiciliario, escolar y laboral.

Los campos de actuación se centran en diferentes Ámbitos:

- En el *Ámbito sanitario*: Hospital (general, rehabilitación, psiquiatría, pediatría y geriatría), Ambulatorios de especialidades, Centros de salud de Atención primaria, Centros de día, Mutuas de accidentes, Balnearios.
- En el *Ámbito social*: Servicios sociales (asesoramiento e información, adaptación funcional del hogar, asistencia a domicilio, supresión de barreras arquitectónicas), Centros de día, Centros de atención a la drogadicción, Fundaciones y asociaciones de atención a personas con discapacidad física, mental, sensorial o social, Instituciones penitenciarias.
- En el *Ámbito educativo*: Colegios de integración, educación especial y centros de enseñanza general, Asociaciones de padres de niños con discapacidades, Docencia.
- *Otros Ámbitos*: investigación, libre ejercicio y casas comerciales de ayudas técnicas.

Cuando hablamos de desarrollo hablamos de algo no ni con algo problema al nacer, tanto físico como psíquico.

Los seres humanos no somos autónomos. El máximo grado de autonomía viene condicionado por el grado de alienación necesaria para vivir de manera adaptada y no marginada en su medio.

AUTONOMÍA: libertad, independencia, autodeterminación.

ALIENACIÓN: condición de ser un extraño.

El estado de verse dirigido por uno mismo (autonomía) frente al ser dirigido por los demás (alienación).

El equilibrio entre autonomía y alienación ha de ser adaptado a la realidad que nos rodea y adecuado a cada sujeto y a cada situación.

Autonomía es una persona capaz de llevar a cabo elecciones y control sobre su propia vida personal. Para ello hay que tener una perfecta salud mental.

Esto va a variar en función de la cultura, la raza, la edad, sexo, responsabilidad...

TERAPIA OCUPACIONAL.

• ACTIVIDAD INTENCIONADA:

- La T.O. utiliza la actividad intencionada hacia objetivos definidos. Antes de escoger una actividad tenemos que ver cuáles son los objetivos que pretendemos alcanzar.
- Adecuación de la actividad a las necesidades del paciente.
- La actividad intencionada se realiza previo análisis de una actividad preexistente y ha de estar dotada de significado Social.
- DIRECCIÓN DE LA RESPUESTA: Aprender a dirigir a esas personas que realizan esas actividades, exigir, apoyar, ayudar...)
- OBJETIVOS INMEDIATOS.

♦ Apuntes de Rosa (TERAPIA OCUPACIONAL, profesión)

Tema 2: HISTORIA DE LA T.O.

El uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde los inicios de las civilizaciones más primitivas.

Los griegos pensaban que la inactividad provocaba discapacidades.

Los egipcios trataban la melancolía con música, juegos y actividades recreativas.

Nuestra cultura proviene de Grecia y la medicina nació allí.

- ♦ A Hipócrates le debemos las escuelas médicas, llamadas en griego Asklepiades, que eran sanatorios construidos en zonas escogidas cerca de manantiales de agua caliente para sanar a la gente. Los masajes, ejercicios físicos, etc. nacieron así. A los enfermos psíquicos se les practicaba la catarsis para liberarlos de tensiones que impedían su buena salud mental.
- ♦ Los griegos fueron los primeros en descubrir que un determinado clima es bueno, una determinada agua, etc. y los aplicaban para mejorar la salud. Este fue un punto importante para la medicina y sobre todo para la ocupación como terapia.
- ♦ Después de la caída del imperio romano, en el s.V d.C, se produjo la invasión de los bárbaros, lo que supuso enterrar todo lo anterior (el arte, la ciencia y la cultura) hasta que en el s.XII, en el RENACIMIENTO, salen de nuevo a la luz. En estos años de oscuridad no se avanzó nada en las investigaciones.
- ♦ El renacimiento (1200-1700) supuso un gran avance en las investigaciones y sobre todo en la física.

- ◆ En la ILUSTRACIÓN (1700-1830) fue cuando se inició el estudio de la ocupación como terapia.
- ◆ Durante los s. XVIII y XIX tuvo lugar un rápido desarrollo de la psicología, la anatomía y la fisiología. Con el incremento de los conocimientos, el tratamiento se volvió más refinado y especializado. Gradualmente fueron apareciendo los patrones embrionarios de la fisioterapia y de T.O.
- ◆ En la 2ª G.M se reconoció la T.O.
- ◆ En Escocia Browne, conocido como el padre de la T.O., introdujo la ocupación como tratamiento a finales de 1830.
- ◆ La historia nos sugiere que la profesión de T.O. emerge, a finales del s. XIX, como parte del conocimiento del valor de las ocupaciones como tratamiento.

LOS INICIOS DE LA PROFESIÓN

• Estados Unidos

El primer médico que utilizó el concepto de tratamiento moral y ocupación en los EE.UU fue Benjamín Rush, que recomendaba el ejercicio, el trabajo y la música como parte del tratamiento de la enfermedad mental. La ocupación resurge a principios del s. XX como T.O.

Surge, a partir de 1860, el movimiento denominado de artes y oficio, el cual se lleva al ámbito educativo y terapéutico, proporcionando dos enfoques distintos:

- ◆ **El primero** se denominó ocupaciones de sala y actividades para inválidos (lo que se correspondió posteriormente a terapia ládica) Predominó en la práctica psiquiátrica de la T.O. para enfermos mentales
- ◆ **El segundo** estuvo relacionado con el entrenamiento manual y el entrenamiento ocupacional. Predominó en la práctica para personas con discapacidades físicas.

Adolf Meyer proporcionó a la T.O. una base filosófica. Consideraba que gran parte de los trastornos mentales eran resultado de hábitos desorganizados. Dado que pensaba eso, creía que el desarrollo sistemático de intereses y del tiempo era una parte fundamental de la terapia. Así el tratamiento se volvió una mezcla de placer y trabajo que incluía actividad productiva y ocio. Meyer afirmaba que el contacto personal con los instructores era lo que hacía emerger un intercambio de recursos y experiencias.

Susan E. Tracy, en 1905 se dio cuenta de los beneficios de la ocupación para aliviar la tensión nerviosa. Escribió el primer libro conocido sobre T.O., en el que se describen las actividades artísticas o manuales que ella seleccionaba para cada paciente. Tracy también creía que la relación interpersonal entre el instructor y el paciente era un elemento importante para el éxito del tratamiento ocupacional.

Herbert J. Hall creía que la adecuada ocupación de las manos y de la mente es un factor muy potente en el mantenimiento de la salud física, mental y moral en el individuo y en la comunidad. El trabajo de hall fue el primer estudio sistemático acerca de los efectos de la ocupación sobre la salud mental.

Eleanor Clarke Slagle fue una trabajadora social que se interesó por los efectos negativos de la inactividad de los enfermos mentales en las estancias hospitalarias. En 1915, Slagle organizó la primera escuela profesional para terapeutas ocupacionales en Chicago. En esta escuela ella recalca la formación de costumbre. La interdependencia de los componentes físico y mental fueron ingredientes esenciales para realizar la terapia (esto es, la necesidad de graduar la actividad de simple a compleja; la necesidad de establecer el hábito de la atención y construir sobre él, etc). Las modalidades utilizadas en este programa eran actividades manuales, trabajo vocacional y

preindustrial, juegos, baile y gimnasia.

William Rush Dunton Jr está considerado como el padre de la profesión. Como psiquiatra, ya en 1895, utilizaba la T.O. como tratamiento de los pacientes mentales.

Según **George Edward Barton** la T.O. es la ciencia para formar o estimular al enfermo en el desarrollo de actividades de tal manera que utilice energía que producirá un efecto terapéutico benéfico.

En julio de 1921 la T.O. entró en el mundo del enfoque científico para el tratamiento de la incapacidad física.

• Gran Bretaña

A raíz de la 1ª G.M. surgió la necesidad de atender a los numerosos heridos ocasionados por ésta. La T.O. fue introducida en un hospital psiquiátrico en 1919.

En 1925 comenzó a trabajar en Gran Bretaña la 1ª Terapeuta Ocupacional titulada, Margot Fulton.

En 1930 se fundó la 1ª escuela de T.O. bajo la inspiración de la doctora Casson.

En 1936 se funda un departamento de T.O. y un centro de formación.

• España

En España, aunque no estaba definida la profesión, se utiliza la terapia a través del recreo y de las ocupaciones en los hospitales psiquiátricos. Anteriormente había sido utilizada en Valencia y en Zaragoza en el s.XV y posteriores.

El tratamiento moral recomendado por Pinel consistía tanto en curar con sabios consejos y con palabras de ánimo, como con el orden interno del propio establecimiento. También formaba parte de este tratamiento moral la terapia ocupacional.

En las últimas décadas se incluye la figura del terapeuta ocupacional en las distintas unidades de psiquiatría.

Los servicios de geriatría que se han ido instaurando cuentan, al menos, con un terapeuta ocupacional entre sus recursos rehabilitadores.

A finales de los años 70, se incorpora la figura del terapeuta ocupacional en las residencias de ancianos.

A nivel hospitalario, el terapeuta ocupacional se incorpora a los servicios de rehabilitación de hospitales generales y monográficos y a los servicios de Psiquiatría. Otras áreas a las que se han incorporado terapias ocupacionales son las de atención a drogodependientes y atención a reclusos en las cárceles.

• La formación en España

En 1962 se lleva a cabo el primer curso de T.O. en el hoy conocido Hospital de la Princesa, origen de la posterior Escuela de Terapia Ocupacional (ETO).

La formación en T.O. es aprobada por el Consejo de Ministros, estableciéndose las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención del Título de Diplomado en T.O.

Los fines de la ETO eran:

- ◆ Formar personal especializado que reuniera las condiciones precisas para aplicar las técnicas de la T.O., y conceder al mismo el Título de Terapeuta Ocupacional, cubriendo con ello las necesidades de este personal en todos los centros donde fuera precisa su colaboración técnica.
- ◆ Organizar cursos de postgrado para la especialización y el perfeccionamiento científico del personal ya titulado.

A raíz de la ley de Reforma Universitaria la T.O. se introdujo en el grupo de las “Ciencias de la Salud”.

Dado que los profesionales de la T.O. formaron un colectivo pequeño, y todavía no universitarios, no podíamos formar parte del grupo de trabajo. Así, y dado que los fisioterapeutas ya estaban integrados en ese grupo, la asociación de terapeutas y la ETO se unieron a través del Secretario General de la Asociación de Fisioterapia poniéndonos a preparar borradores de propuesta del título de diplomado en T.O. y sus directrices generales de planes de estudios. El 9 de abril de 1987 el grupo de trabajo hizo su informe técnico definitivo sobre el título de Diplomado en T.O. y lo presentó al Consejo de Universidades.

El 26 de octubre de 1990 se estableció el título universitario oficial en T.O. y sus directrices, lo que puede señalarse como uno de los momentos históricos de nuestra profesión en España.

La primera escuela se crea en la Universidad de Zaragoza en 1991, y a ésta le siguen la Universidad Complutense de Madrid, la Escuela de la Cruz Roja de Tarrasa... La nuestra fue la 5ª (1998, 1999).

En 1996 se publica en el BOE el decreto que regulará la convalidación de títulos obtenidos en la antigua Escuela Nacional de T.O., que cerrará definitivamente sus puertas en el curso 96/97.

LA HISTORIA DE T.O

La utilización de la actividad como método terapéutico es tan antigua como el hombre. El nacimiento de la T.O. no hubiera sido posible sin la aparición de la **Ilustración** y el **Empirismo**. Esto supone muchos cambios en la sociedad:

- ◆ ¿Quiénes somos nosotros?
- ◆ El objetivo es el hombre como colectivo con deberes y derechos y el Estado ha de velar por ellos.
- ◆ ¿Qué hacemos nosotros? La acción del hombre como objeto de estudio.
- ◆ Se incorpora el método analítico al análisis socio-cultural.
- ◆ Se huye de la superstición y se entra en el empirismo, es decir, las verdades tienen que ser demostradas y es entonces cuando empieza a avanzar la física.
- ◆ Desaparece el concepto de enfermedad como algo demoníaco, se consideraba como un castigo de Dios.

Factores que influyeron en el desarrollo de la T.O.

• EL TRATAMIENTO MORAL

Aparece en ese marco filosófico, que es el antecedente de los fundamentos de T.O. Se basa en que

los principios que gobiernan la sociedad y la moralidad son buenos para la naturaleza humana. Se habla de que el tratamiento moral que se va a utilizar en los pacientes psiquiátricos se va a emplear como un mecanismo de ajuste y adaptación propiciado por el seguimiento de normas y hábitos sociales “buenos”. Así, el tratamiento moral se centró en que los pacientes tuviesen una vida saludable, con dieta adecuada, actividad organizada (levantarse, asearse, trabajar...) Principios de la moralidad de las clases acomodadas, con una vuelta a la naturaleza a través del bucolismo son la esencia del tratamiento moral.

Los 3 PIONEROS más importantes fueron:

- ◊ Pinel en Francia. Pinel liberó a los locos de las cadenas y cambió radicalmente la visión de su enfermedad, fue cuando apareció la psiquiatría moderna. El trabajo, las actividades programadas, el trabajo repetitivo, las festividades... entran en el tratamiento moral.
- ◊ Tuke en Inglaterra.
- ◊ Benjamin Rush en EE.UU. Este fue quien introdujo la idea del tratamiento moral en EE.UU.
- ◊ PRAGMATISMO Y UTILITARISMO

Permitieron el desarrollo de la T.O. en los países anglosajones. En este contexto las actividades de ocupación se convirtieron en elementos nucleares en la manera de pensar y ver el mundo. Demey es uno de los principales teóricos que desarrolló mucho el tema de la educación a partir del pragmatismo y del utilitarismo.

En la época de las grandes guerras, en la 1ª G.M, hubo muchos heridos, quedando solo mujeres, niños y ancianos, por lo que a las personas había que rehabilitarlas para que resultaran útiles. En este contexto es donde nace la T.O., que se centró especialmente en lo físico, por lo que también nace en este momento la fisioterapia.

Comienzos de la T.O. como profesión (saber bien estas personas)

Susan Tracy (1905): Ocupación para el tratamiento de los inválidos. Introdujo el término “enfermera ocupacional”. Método de evaluación mediante la ocupación, pues esta persona, observó que los pacientes con alguna invalidez se recuperaban mejor si los mantenía ocupados.

George Edward Barton: Divulgación de la ocupación en Rehabilitación. Utiliza el nombre de T.O. fue uno de los fundadores de AOTA. Hizo el primer intento de definición de T.O.

William Rush Dunton JR: Es el padre de la T.O. La clave de sus métodos era la T.O. Publicó muchos libros y artículos. Propició la implantación de la T.O. como campo de conocimiento y de trabajo. Este señor fue el que sentó las bases científicas de T.O.

◊ LA CREACIÓN DE LA SOCIEDAD PARA LA PROMOCIÓN DE LA T.O.

Se crea en 1917. Después se llamará AOTA. Unos de sus fundadores fueron Dunton y Barton. Estableció unas máximas, el VALOR DE LA OCUPACIÓN. La ocupación debía ser:

- Elemento de diversión / distracción.
- Asociación ocupación-salud (debe contribuir a la mejora de la salud física y psíquica).
- Unión indisoluble cuerpo-mente.
- Ocupación: favorece la organización del tiempo y regulación de los hábitos de salud.
- Valor productivo, vocacional e instructivo para lograr la independencia económica.
- Actividad con propósito basado en su análisis previo y graduación de lo que se exige a la persona.

◊ **DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA**

Con el desarrollo de la psiquiatría moderna se incorporaron a los terapeutas ocupacionales, ya que en los pacientes se utilizan el tratamiento moral, es decir, organiza la actividad de los pacientes.

Establecimiento de la identidad de la profesión.

Eleanor Clarke Slagle (1910-1920)

- Personificación del profesional de la T.O.
- Propulsora en EE.UU. Presidenta y secretaria de AOTA.
- Definió el perfil profesional del terapeuta ocupacional.
- Consagró la artesanía como método clásico de la T.O.
- Propuso una sistemática racional de tratamiento mediante el adiestramiento de hábitos.

Filosofía de la T.O.

Adolf Meyer

- Médico suizo que emigró a USA en 1892, lega sus estudios sobre el contenido, significado, relaciones epistemológicas y fundamentos de la T.O.
- Slagle y Meyer crearon una escuela cuyos principios y procedimientos cimentaron la T.O. actual.

Enseñarles no sólo que las actividades son lógicas, sino que son productivas y le van a dar una independencia económica.

◊ **LA 1ª GUERRA MUNDIAL**

En ella hay muchos heridos y hay que recuperarlos para la sociedad, ya que ellos son los que producen. Entonces es cuando aparece la rehabilitación.

La T.O. se introduce en pacientes con alguna disfunción física y ya no psíquica.

DESARROLLO DE LA T.O.

- En Europa, el Marxismo y la filosofía de Heidegger.
 - Lovis Hass, Mery Alice Coombs, Hellen Willard (1920-1930).
 - Beatrice Wade: (1942) Funciones de la T.O desde el punto de vista físico.
- (1958) Evaluación prevocacional y profesional. Incorporación de las ciencias sociales y conducta.

- **Clare Spackman (1947)**; Publica el primer manual de T.O. El campo de la Ergonomía fue abierto por él.
- Gail y Jay W. Fidler (1954, 1963, 1978) Primer tratado de T.O. psiquiátrico. Tratamiento grupal, técnicas psicoanalíticas fueron desarrolladas por estos.
- A. Jean Aires (1960, 1972): Es una de las más importantes en psicomotricidad (integración sensorial) Orientación neuroconductual en la T.O.
- Wilma West (1959): Incluye la T.O. en la psicoterapia.
- Mary Reilly (1966): Sitúa a la T.O. en el marco del conductismo.

Saber Áreas, componentes y contextos (Adriana)

Tema 3: SILLAS DE RUEDAS

Una silla de ruedas es la ayuda técnica por excelencia que sirve para la movilidad de un discapacitado.

♦ OBJETIVOS:

- Máxima eficacia en movilidad independiente.
- Evitar deformidades u otras lesiones.
- Permitir la mayor independencia funcional.
- Proyección de una imagen vital y atractiva.
- Permitir la deambulación lo más independiente posible.

♦ HISTORIA

Un relojero alemán se construyó una silla de ruedas con el mismo mecanismo de los relojes en **1652**.

- s.XVIII, el conde Goyere crea una silla triciclo.
- 1924 Lenin: silla de madera y mimbre.
- 1945 Roosevelt: silla de encina de madera con ruedas grandes.
- Segunda Guerra Mundial.
- 1963 fondo de investigación de polio.
- 1964 manual de sillas de Walker.

♦ CONSIDERACIONES GENERALES EN LA PRESCRIPCIÓN

- Representa un cambio intenso en el estilo de vida.
- Identifica al usuario como discapacitado.
- Constante recuerdo de la discapacidad
- Parte de la autoimagen del lesionado.
- Para el máximo “recuerdo frustrante” por no poder curar la discapacidad.
- Una prescripción apropiada para una persona discapacitada requiere una extrema atención y cuidado, implicando la valoración e integración de las necesidades del usuario.
- **Extrema atención y cuidado en la prescripción.**

♦ USUARIOS

- Personas que han perdido movilidad en MMII.
- Lesionados medulares, parálisis cerebral, poliomielitis, esclerosis múltiple, paraplejia (dos piernas inmovilizadas), tetraplejia (piernas y brazos inmovilizados), ACV (hemiplejias), TCE (Traumatismo Craneoencefálico), artritis, amputación bilateral, distrofia muscular.
- Personas con inestabilidad postural: daño cerebral, parálisis cerebral, otros.

- Personas con debilidad general: envejecimiento, alcoholismo, enfermedades temporales...

◊ **CRITERIOS INFLUYENTES EN LA PRESCRIPCIÓN**

- **Criterios generales:**
- Dependientes del usuario: dimensiones corporales, edad, discapacidad y pronóstico.
- Dependientes del uso: nivel de actividad, profesión, etc.
- Dependientes del entorno: lugar de uso, interior / exterior, etc...
- **Criterios específicos:**
- Seguridad, confort, portabilidad, durabilidad, estética, opciones disponibles, coste, documentación, servicio y nivel de adaptación.

◊ **FACTORES DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL (Apuntes Rosa)**

◊ **ADAPTACIÓN. POSTURA CORRECTA**

- Estabilización pélvica.
- Simetría frontal.
- Peso bien distribuido.
- Columna recta.
- Articulaciones de cadera y tobillo 90°.
- Rodillas ángulo mayor a 90°.

OBJETIVOS:

- Estabilidad pélvica.
- Equilibrio en sedestación.
- Prevenir UPP (Úlceras de Presión en las Piernas)
- Mantener función respiratoria.
- Independencia en movilidad.
- Facilita el cuidado.
- Facilita la propulsión.

◊ **COMPONENTES DE UNA SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR (Apuntes Rosa)**

- ◆ Asiento, respaldo, reposapiés, reposabrazos, reposapiernas, mangos de empuje, ruedas delanteras o giratorias, ruedas traseras o propulsoras, chasis, barras de inclinación, aros propulsores y frenos.

◊ **MEDIDAS para adaptar las sillas de ruedas a cada persona**

DIMENSIONES RELACIONADAS CON

- ◆ Longitud del brazo. Alcance del aro propulsor.
- ◆ Altura cabeza-suelo. Alcance visual.
- ◆ Altura codos-suelo. Altura reposabrazos.
- ◆ Altura poplitea. Distancia reposapiés-asiento.
- ◆ Distancia nalgas-hueco popliteo. Profundidad del asiento.
- ◆ Anchura hombros. Anchura respaldo.
- ◆ Anchura caderas. Anchura asiento.
- ◆ Anchura rodillas. Inclinación asiento y reposapiés.
- ◆ Distancia axila-trocánter. Altura respaldo.
- ◆ Ángulo rodillas.
- ◆ Peso aproximado. Resistencia silla de ruedas.

◊ **MEDIDAS ESTÁNDAR RECOMENDADAS**

- **Ancho del asiento**
 - Distancia intertrocanterea.
 - Obesos: distancia mínima que evite compresión.

- **Profundidad del asiento**
 - Distancia tapicería-a-hueco popliteo no superior a 5cm.
- **Ángulo del asiento**
- Inclinación hacia atrás de 1-4°.
- **Altura del asiento con respecto al suelo**
 - Flexión 120° con el brazo apoyado en el aro propulsor.
 - Ángulo asiento 1-4°.
 - Reposapiés-suelo: 5cm, nunca menos.
 - Altura suelo-asiento: 42'5-52'5cm.
- **Altura del respaldo**
 - No puede superar el ángulo inferior de la escapula.
- **Anchura respaldo**
 - Máxima anchura tronco más 1 o 2cm.
- **Ángulo respaldo**
 - 2-5° de la vertical
 - ♦ **Altura reposabrazos**
 - ◊ 2'5cm por encima del hombro con el brazo estirado.
 - **Ángulo reposapiés: 90°**

◊ **DIMENSIONES GENERALES**

Cuanto mayor sea la anchura, mayor estabilidad lateral.

◊ **TIPOS DE SILLAS**

- SILLAS MANUALES
 - Estándar.
 - Ligeras.
 - Ultraligeras.
- SILLAS ELÉCTRICAS
 - Interior.
 - Exterior.
 - Mixtas.
- SILLAS DE BIPEDESTACIÓN ESPECIALES PARA LESIONADOS MEDULARES

Tema 4: SALUD Y ENFERMEDAD

◊ **EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD**

• **Arcaica**

SALUD: Conservación de la vida ante las adversidades del entorno.

Valor que viene dado por Dios al hombre.

GALENO (221): “La salud es lo que uno posee cuando uno puede moverse sin dolor dentro de un programa elegido”.

• **Renacimiento**

Conocimiento científico de las causas de pérdida de salud gracias a los descubrimientos técnicos.

PARACELSO Y VESALIO: Conocimientos anatómicos y objetivación de la patología lesional que permite objetivar los datos.

REVOLUCIÓN FRANCESA: Movimiento de expansión de la concepción del hombre como ser en sociedad. La salud va a derivar de este concepto.

- **Concepto actual (el que se pone si lo pregunta)**

OMS (1960): “Salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Pasamos del concepto de salud como mantener la vida al de salud como estado de máxima felicidad y bienestar.

TERRIS: La salud y la enfermedad no son estados absolutos. Tiene 2 aspectos:

- ◊ Subjetivo: sentirse bien / mal en diferentes grados.
- ◊ Objetivo: capacidad de funcionar en diferentes grados.

Por ejemplo, hay personas que objetivamente están muy enfermas, es decir, cuando se le hacen las pruebas pertinentes, y sin embargo, subjetivamente se sienten muy bien.

- **Concepto ecológico de salud**

La ecología humana estudia las correlaciones y las interacciones del hombre con el ambiente animado e inanimado, físico, químico, biológico, socio-cultural, psicosocial...

Todos los elementos se consideran sistemas dinámicos que interactúan simultáneamente.

Por ello se considera salud: “estado dinámico del hombre consigo mismo y con su ambiente físico, psíquico y socio-cultural”. Cuando se produce desequilibrio en algunos de estos aspectos es cuando surge la enfermedad. Esta es la definición más correcta, la más aceptada.

◊ ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE SALUD

Si decimos que la salud es el bienestar, tenemos que el bienestar es una restricción del concepto de felicidad.

- Platón: Equilibrio del alma.
- Aristóteles: La felicidad es el fin último del hombre. Para él la felicidad tenía dos componentes: ALBIOS (situación de fortuna y bienes exteriores)

EUDAIMON (estado último de ánimo dichoso)

- Roma: Se distinguen 2 conceptos en la felicidad:

- ◊ FELIX (feliz): Rico en frutos, en producciones...
- ◊ BEATOS: Sensación interna de plenitud y satisfacción.
 - ◊ San Agustín: La felicidad se concibe como amor en plenitud.
 - ◊ Santo Tomás: La esencia reside en los actos intelectuales.
 - ◊ Moralistas ingleses:
 - ◊ La sociedad por convención se impone metas de

bienestar para conseguir una mejor calidad de vida.

- ◊ Necesidad de aprobación de nuestros actos por los demás para nuestro propio equilibrio personal (nivel adecuado de autoestima)

Nuestra educación se orienta a recibir unos buenos hábitos, como la actitud en la clase, en la mesa...

◊ EL UTILITARISMO DE MILL

Bienestar es estar bien en una sociedad o comunidad.

- Se pasa del individuo, de la felicidad íntima a la sociedad.
- De la sociedad al Estado: “Estado de bienestar”. El Estado es el encargado del bienestar social.

En el cuidado de la SALUD se intenta una armonía orgánica y psíquica del individuo consigo mismo, pero también una equilibrada, agradable y creativa interrelación con el medio ambiente (entorno familiar y social) que le rodea.

Para que haya salud se necesita un estado de equilibrio bio-psico-social del individuo.

◊ ENFERMEDAD

Desde hace años se considera la enfermedad como la ausencia de salud, concepto de castigo, algo que está fuera del control humano.

ENFERMEDAD es un modo de vivir aflictivo, anímico y reactivo a una alteración del cuerpo que:

- Hace imposible la vida biológica (enfermedad letal)
- Impide o entorpece transitoriamente la vida personal (enfermedad curable)
- Limita de un modo penoso y definitivo la vida (enfermedad incurable, residual, cicatricial)

“La Gran Entralga”

Las de mayor importancia a la hora de estudiar son la enfermedad letal y la enfermedad curable, pero nos centraremos más en la enfermedad incurable.

◊ C.I.E (CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA ENFERMEDAD)

- Define ENFERMEDAD como una alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede conducir a ansiedad, interferencias con las AVD o utilización de los servicios de salud.
- Puede ser una enfermedad (aguda o crónica), un trastorno, lesión o trauma, o reflejar estados transitorios como el embarazo o el envejecimiento.

◇ SALUD Y ENFERMEDAD EN T.O.

SALUD: Es la capacidad de funcionar adecuadamente en una variedad equilibrada de roles, y lograr satisfacción de ello. (No nos comportamos igual con los hermanos que con los abuelos, adoptamos diferentes roles, que condicionan nuestra forma de comportarnos).

INDIVIDUO FUNCIONAL: El que ejecuta las habilidades necesarias para desempeñar la variedad de roles.

DISFUNCIÓN: Incapacidad de ser independiente dentro de su entorno. Se mira de forma individual.

La capacidad de un individuo para interactuar con su entorno, lograr un equilibrio práctico y dirigir su propia vida (autonomía) se puede utilizar como indicador de salud.

Etiología Patología sintomatología
curación o no curación

o causa (el organismo o síntomas (invitados)
cuando se

se altera) recurre al médico

Más de la mitad de los enfermos de hoy en día no se curan.

Las CONSECUENCIAS de la enfermedad y del traumatismo, así como la deficiencia que comportan, son el punto de partida de la “Medicina física y Rehabilitación”

Etiología Patología déficit (alteración
discapacidad minusvalía

o causa o enfermedad q del cuerpo tanto estructural
(desventaja

no cura da lugar como funcional), llevan a social)

El sujeto del proceso es el DISCAPACITADO, ser humano que tiene unas necesidades especiales que es preciso entender por todo el equipo especializado.

◇ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE MINUSVALÍA

Enfermedad

Deficiencia: efecto, anomalía, deficiencia, secuela.

Discapacidad: restricción de actividad o función normal según los estándares de edad, sexo, nivel cultural...

Minusvalía: desventaja.

En el 2003 se hizo una revisión de esta clasificación.

◇ CONCEPTOS: Deficiencia, discapacidad, minusvalía (apuntes Rosa)

◇ EJEMPLOS

ENFERMEDAD ENFERMEDAD

Accidente cerebro vascular Hernia discal
agudo. Tumor vertebral

Patología invertebral

DEFICIENCIA DEFICIENCIA

Hemiplejía (parálisis Dolores raquídeos
de medio cuerpo) Rigidez raquídea

Parálisis de 1 pie

DISCAPACIDAD/INCAPACIDAD

DISCAPACIDAD

Para comunicarse

Para hablar, caminar, utilizar Para caminar
el cuerpo... Para subir escaleras

Para participar en div. act

MINUSVALÍA

MINUSVALÍA

Movilidad reducida

Independencia física reducida 25% Ocupación normal

Dificultades económicas... 50% Ocupación reducida en medio normal

75% Ocupación en medio protegido

100% Inactividad

Para considerar una desventaja o minusvalía hay que tener en cuenta factores físicos y factores ambientales (accidente de trabajo, enfermedad, arquitectónico, edificios antiguos...)

♦ INTERACCIONES ENTRE LOS COMPONENTES DE LA CIF (Clasificación Internacional de Funcionamiento)

Condición de salud

(trastorno o enfermedad)

Funciones y estructuras

corporales. Actividades Participación

Factores ambientales Factores personales

La CIF está más enfocada a la parte positiva, le da más importancia a la participación en el medio social. La condición de salud puede ser un trastorno o una enfermedad, depende de las estructuras y funciones y provoca una deficiencia que puede ser temporal o permanente. Si es permanente se denomina SECUELAS.

♦ DEFINICIONES

Funciones corporales: funciones fisiológicas de los sistemas corporales.

Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo.

Deficiencias: problemas en las funciones o

estructuras corporales como desviación significativa o una pñordida.

Limitación en la actividad: dificultades que el individuo puede tener en el desempeño de actividades.

Restricción en la participación: problemas que el individuo puede tener al involucrarse en situaciones vitales.

Actividad: realización de una tarea por parte del individuo.

Factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Participación: acto de involucrarse en una situación vital.

ACTIVIDAD: Informe médico de Síntesis

EJEMPLO 1: Mujer de 54 años cajera.

ENFERMEDAD: Poliomielitis, distrofia simpático-refleja en mano derecha.

DEFICIENCIA: dolor en mano dominante y difícil adaptación, calambres, hinchazón, pñordida de sensibilidad...

DISCAPACIDAD: AVD realizadas más o menos, laboral.

MINUSVALÍA: A: laboral, social y económica.

EJEMPLO 2: Hombre de 61 años.

ENFERMEDAD: espondiloartrosis.

DEFICIENCIA: dolor lumbar crónico. Parestesias dolor en pierna y pie.

DISCAPACIDAD: dificultad para levantar peso.

MINUSVALÍA: A: dificultades laborales, económicas, familiares, relación...

EJEMPLO 3: Hombre de 45 años.

ENFERMEDAD: dermatitis alérgica al látex y cemento.

DEFICIENCIA: lesiones en manos.

DISCAPACIDAD: dificultad laboral para manejar los materiales.

MINUSVALÍA A: dificultades laborales, económicas, familiares, relación...

Al ser más joven que el anterior se le puede orientar hacia otros trabajos.

EJEMPLO 4: Camionero de 50 años.

ENFERMEDAD: Esguince cervical en un accidente de tráfico.

DEFICIENCIA: síndrome vertiginoso.

DISCAPACIDAD: dificultad para mantenerse de pie y para realizar su trabajo, para realizar múltiples actividades.

MINUSVALÍA A: dificultades laborales, económicas, familiares, relación...

EJEMPLO 5

ENFERMEDAD: fibromialgia.

DEFICIENCIA: cervicalgias crónicas, depresión crónica.

DISCAPACIDAD: dificultad para relacionarse, para AVD...

MINUSVALÍA A: fundamentalmente para moverse, relacionarse...

EJEMPLO 6: Chico de 19 años

ENFERMEDAD: encefalitis varicelosa.

DEFICIENCIA: retraso mental (oligofrenia) y retraimiento social.

DISCAPACIDAD: inseguridad, mala relación social, para realizar alguna AVD...

MINUSVALÍA A: del 69%. Incapacidad o dificultad

para encontrar trabajo. Social.

EJEMPLO 7: Hombre de 61 años

ENFERMEDAD: angor inestable (no se controla con casi ningún medicamento)

DEFICIENCIA: cardiopatía isquémica.

DISCAPACIDAD: Para casi todo, AVD, dolor fundamentalmente en desplazamientos, al máximo esfuerzo.

MINUSVALÍA: social (participar en act.), psíquica (depresión) y física.

Tema 5: FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS

Los fundamentos filosóficos de la T.O. son el estudio del significado biológico, sociológico, es el estudio de la ocupación del hombre a lo largo del tiempo y sus efectos sobre la salud del hombre.

La T.O ve al hombre como un ser activo que ha evolucionado gracias a varias ocupaciones.

El ser humano es un ser ocupacional y conforme iba evolucionando llegó a hacer determinadas funciones que reforzaban su cerebro.

La terapia, partiendo de que el hombre es un ser ocupacional desarrolla la ciencia como ocupación.

♦ EVOLUCIÓN DEL HOMBRE COMO SER OCUPACIONAL

La ocupación es la principal ocupación del ser humano y partiendo de esto vamos a tratar 2 puntos:

- ♦ Evolución del hombre como criatura especializada.
- ♦ Significado de la ocupación y del trabajo a lo largo de la historia.
- ♦ **Evolución del hombre como criatura especializada.**

VÍDEO: “La odisea de la especie”

Los simios de la sabana viven en los árboles, pero allí no tienen comida, pasan hambre y tienen que bajar.

El simio evoluciona, adopta la posición bípeda

para poder ver, observar. Así— descubre que le quedan las manos libres con las que puede hacer infinidad de cosas.

Cambian las condiciones climáticas, desaparecen los simios y aparecen los *AUSTRALOPITECUS*, que son los que sobreviven a esas condiciones tan duras. Luego aparecen los *ARAMENSIS*, que podrá ser nuestro antepasado.

- 3 millones de años, el ser humano verdadero está a punto de llegar. Se produce la gran glaciación y bajan las temperaturas. Pocos australopitecus sobrevivirán, entonces llega el *HOMO HABILIS*, cuyos instrumentos modifican nuestra conducta. **Características:** Es más alto que sus predecesores, tiene un cerebro más grande que le permite tener mejores ideas, intenta entender. Este descubre las herramientas que le permiten inventar nuevas estrategias de supervivencia, pone en práctica sus ideas para ver si son buenas y vive mejor. Con el tiempo perfeccionan las herramientas y cambia el comportamiento, unos se sienten más listos que otros. El *HOMO HABILIS* es: explorador

inventor

hombre de poder ser humano

manipulador de ideas

Así— surge la organización del clan (organización de tareas) que va dar lugar a sociedades. Es el 1º en construir cabañas, guarda las ideas para transmitirlas a los demás...

- 2 millones de años, aparece el *HOMO ERGASTER*. Sus herramientas son más perfectas que las de los homo habilis. Van a explorar el mundo. **Características:** Es más alto, consume menos energía, camina más levantado. Es consciente de que pertenece a un grupo, está dispuesto a ayudar al prójimo porque lo necesita para sobrevivir. La pérdida de un ser querido provoca dolor. Empiezan a tomar conciencia del tiempo, quizás piensen en la muerte. El Ergaster se adapta a las nuevas condiciones y evoluciona a *HOMO ERECTUS*, el

hombre erguido. Este es un auténtico depredador, caza, mata... para poder comer. Utiliza para ello las armas. La caza modifica nuestra conducta y nuestro cuerpo. Se empieza la **especialización**, a cada cual su tarea, lo que crea en ellos obligaciones. La **consumición** de carne acelera el desarrollo del cerebro. La familia de los Erectus se respecta entre sí, se cogen cariño, se transmiten conocimientos por lo que se crean las primeras escuelas al aire libre. La **copulación** no se hace como antes, se le empieza a dar importancia a la **seducción**. Se descubre el fuego, que permite la **cocción** de alimentos. Mejora nuestras vidas. Permite endurecer las puntas de nuestras armas, nos proporciona luz, calor y seguridad.

También se produce una **glaciación** tras otra. Lo que resistió a estas condiciones fue el llamado en Europa *NEANDERTAL*. Es el más robusto y resistente, y dominar Europa durante miles de años. Concentra sus energías en la caza de animales grandes. Crea herramientas y es curtidor de piel, con la que se hacen ropa. Domina perfectamente el fuego. Aprende también el concepto de MUERTE.

- Hace 50.000 años aparece el *HOMO SAPIENS*, el hombre sabio. Este tendrá mejores armas, mejores técnicas para cazar y pieles diferentes que los neandertales. Saben coser la piel para hacer ropa y tiene pequeñas cabañas para protegerse. Viven en paralelo con los neandertales durante miles de años, pero los últimos acaban desapareciendo. Comparten creencias similares, como la de enterrar a sus muertos, tienen sensibilidad...

El declive de los neandertales se debió entre otras cosas, a que eran más vulnerables, tenían menos hijos y estaban menos adaptados. Nos dejaron costumbres, creencias, un culto a los sueños y al más allá, y avances tecnológicos. Somos sus herederos. El homo sapiens proyectará estas creencias y costumbres en las cavernas mediante las pinturas.

El HOMO SAPIENS es el único representante de la gran especie de los homínidos que existió en la tierra. Esta especie ha dado luz a todas las especies que existen actualmente en nuestro planeta.

HOY SOMOS SAPIENS SAPIENS.

◊ **Significado de la ocupación y del trabajo a lo largo de la historia.**

La ocupación es el hecho determinante en el proceso de hominización.

Ha sido muy importante desde la evolución de los primates hasta la actualidad.

En el cretácico aparecen los primeros simios.

◊ Partimos del AUSTRALOPITHECUS AFRICANUS, no se considera un homínido. El primer homínido es el HOMO HABILIS, que se llama así porque tenía:

- Previsión, comunicación y tradición.
- Herramientas como medio para modificar el entorno.
- Comienzo de la tecnología y fundamento de nuestra cultura.

Nuestra evolución ha sido siempre una adaptación al medio.

La capacidad de manipular permite el desarrollo del cerebro.

El australopithecus vivió de 10 a 5 millones de años.

El homo habilis surgió hace 2'5 millones de años hasta 1'5 millones de años.

◊ **El HOMO ERGASTER**

- Es más evolucionado.
- Es más viajero.
- Colonizó Eurasia.
- Hace 1'8 millones de años.
- **El HOMO ERECTUS**
 - Su cerebro aumenta de tamaño.
 - No era carrotero sino cazador.
 - Se organizaban en grupo para cazar.
 - Tienen herramientas más sofisticadas (hachas, fuego...)
 - Tienen organización social y lenguaje.
- **El HOMO SAPIENS NEANDERTALENSIS**
 - ◆ Indicios del sentido de trascendencia.
 - ◆ Tiene más desarrollo.

- ◆ Su cerebro tenía una capacidad de 1'4 litros.
- ◆ El HOMO SAPIENS SAPIENS
 - ◇ Apareció hace 300.000 años en África. Nosotros procedemos de él.
 - ◇ Colonizó todo el mundo.
 - ◇ Manifestaciones artísticas, las primeras aparecen hace 20 mil años. El arte es la máxima expresión corporal.
 - ◇ Llegó a América hace 60 mil años y a Europa hace 35 mil años.
 - ◇ Afianzó al hombre como ser ocupacional (gran potencialidad para el desarrollo mental y material).
 - ◇ Convivieron con el neandertal.
 - ◇ Pasó de ser nómada a ser sedentario.
 - ◇ Hace más o menos 7 mil años aparece la agricultura, que supone la modificación del hombre.

La cultura fue aumentando gradualmente hasta que el proceso de HUMANIZACIÓN pasa a ser un proceso de HUMANIZACIÓN, un proceso de aprendizaje que dura cada vez más.

Este proceso de humanización es en el que estamos.

Comer carne

y posibilitaron el desarrollo del cerebro.

el uso de las manos

A partir de aquí – es donde pasamos al SIGNIFICADO HISTÓRICO DE LA OCUPACIÓN:

· **Tradición judeo-cristiana**

- Trabajo como castigo o alienación que limita la autonomía del hombre.

Para los griegos los trabajos manuales eran de bajo rango. Permitían la esclavitud.

· **Cristianismo**

- Condena la esclavitud que da un giro en la consideración social del trabajo.

- El trabajo adquiere un trabajo benéfico y santificante. La organización del día es trabajo y rezo.
- Las actividades manuales adquieren mayor rango.
- Se dignifica la ocupación.

· **Renacimiento**

- Coloca al hombre en el centro del mundo.
- Nobleza y superioridad de las actividades artísticas.
- Necesidad de trascender.

• **Reforma protestante, calvinismo**

- ◆ Trabajo como medio de santificación. Huye de la superfluo de

la
igles
catÃ
◆ Digr
del
traba
y
ofici
man
◆ Trab
y
labo
cent
del
inco
cole
de
la
socie
occi
Esto
lleva
cons
Ã©»
econ
y
pros
sign
de
pred
y
gara
de
salva
Obj
soci
al
alcan
de
todo
el
mun

HUMANA

La ocupación es la base de la T.O.

Begoña Polonio define **actividad** como múltiples funciones que ejecuta el hombre a lo largo del día, y **ocupación** como algo relativo.

Kielhofner define OCUPACIÓN como algo en lo que uno se implica. Actividad y tarea están por debajo de ocupación.

◇ CONCEPTO DE OCUPACIÓN · CRISTIANSEN (1994)

“La ocupación debe ser considerada como una dinámica compleja que envuelve a los individuos y a sus comportamientos dentro de los contextos medioambientales que tienen significado y que cambian el mundo”.

· YERXA (1990)

La ocupación incluye no sólo la ejecución observable del individuo, sino también las reacciones subjetivas de la actividad y de los

objetos con los que
están ocupados.
Las ocupaciones
están compuestas
por actividades,
tareas, roles y el
entorno en el que
tienen lugar.

Ella definió la
**CIENCIA
OCUPACIONAL**
que estudia al ser
humano como un
ser ocupacional.
Estudia como los
seres humanos
entienden el
significado del
sentido de su vida a
través de la
actividad realizada
con un propósito.

Estudio aspectos
físicos,
psíquicos y
sociológicos del
desarrollo del ser
humano.

Estudios de entorno,
incluyendo los
temas
antropológicos y
culturales.

◇ **MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA DE KIELHOFNER**

G. KIELHOFNER

La ocupación es la
actividad principal
de los seres
humanos que se
compone de
objetivos serios y
productivos y
comportamientos

l^ogicos, creativos y festivos. Para $\odot$ la ocupaci³n es el resultado de los procesos de la evoluci³n que culminan en una necesidad biol³gica, psicol³gica y social tanto para la actividad l^odica como para la productiva.

El Modelo de Ocupaci ³ n humano es un intento de conceptualizar las din ³ micas subyacentes de la conducta ocupacional humana.
--

El “sistema humano abierto” est³ construido sobre 3 **subsistemas: volitivo, habituacional y ejecutivo.**

Los 3 est³n intercomunicados e influyen unos sobre otros. Se van a comunicar con el entorno, el cual a su vez va a influir sobre cada uno de los subsistemas.

Volitivo
Habituacional
Ejecutivo

entorno

Ordenados de manera jer³quica todos los subsistemas se

influyen entre sÃ-.

El sistema se considera un todo indivisible e interrelacionado. Los elementos del sistema se aÃ±an o fracasan para producir conductas ocupacionales.

El conjunto del sistema opera mediante un proceso de circularidad automantenÃ©ndose y abriÃ©ndose a una interacciÃ³n dinÃ¡mica con el entorno.

La evoluciÃ³n del sistema estÃ¡ guiada tambiÃ©n por un circuito de retroalimentaciÃ³n con entrada y salida al entorno.

SUBSISTEMAS DEL MODELO DE OCUPACIÃ N HUMANA de Kielhofner

◇ Volitivo

Es el responsable de que queramos iniciar las ocupaciones, mantenerlas y elegirlas.

Se puede dividir en 3:

· CONSIDERACIÃ N
PERSONAL:

Percepci3n
que el
individuo
tiene de
s3- mismo
sobre su
competencia
o
incompetencia
en este
mundo.

Control
interno /
externo,
confianza
en las
destrezas,
expectativa
de 3xito /
fracaso.

· VALORACI3 N
DE

METAS: La
ocupaci3n
se organiza
hacia fines
productivos
y el
individuo
valora sus
metas para
sentirse
identificado
con un
grupo
social.

Orientaci3n
temporal y
uso del
tiempo,
significado
de las
actividades,
objetivos
ocupacionales
y nivel de
exigencia.

· INTERESES:
Disposiciones
personales
para
encontrar

placer en ciertos objetos, acontecimientos o personas. La obtención de placer mantiene y favorece la acción. El refuerzo obtenido de la realización espontánea o terapéutica mantiene el sistema de intereses del individuo.

♦ **Habitacional**

Organiza la información y crea hábitos.

· **HÁBITOS:** Actividades automáticas o rutinarias que realizamos de manera más o menos cotidiana. Representa una disminución de las necesidades de atención que permite el empleo de energías creativas en otra actividad.

El conocimiento
nace del análisis
reflexivo de los
hábitos, que
genera a su vez la
creación de un
nuevo hábito a
partir de la
síntesis de
hábitos anteriores.
Grado de
organización.
Adaptación social.

· ROLES O
PAPELES:
Son las
expectativas
interiorizadas
de la forma
en que uno
se comporta
con
relación a
situaciones
o personas.

El rol se considera
como una posición
reconocida por la
sociedad que
contiene una serie
de expectativas de
responsabilidad y
privilegios. El rol
ocupacional,
además de
organizar la
actividad, es una
fuente importante
de identidad
(preescolar,
estudiante, ama de
casa, trabajador,
jubilado)

Tiene un carácter
adaptativo y es
fundamental el
cambio de rol en
determinadas
circunstancias.

◊ Ejecutivo o de realización

Capacita al individuo para ser competente en la realización de las actividades ocupacionales. También se define como capacidad para realizar una actividad. Es el subsistema ejecutivo o de capacidad de desempeño.

- DESTREZAS que posee el individuo (perceptivo-motrices procesales y comunicativas / interpersonales)
- Componente simbólico o mental.
- Componente neurológico.
- Componente músculoesquelético

Facultad adquirida en la que es fundamental el aprendizaje y el adiestramiento.

- HABILIDADES constituyentes elementales de las destrezas que tienen un carácter fundamentalmente constitucional.

Dentro de este subsistema se

incluye también la EXPERIENCIA SUBJETIVA de la ejecución de una actividad. Cualquier actividad supone para nosotros una experiencia ejecutiva.

Todos los subsistemas (volitivo, habituacional y ejecutivo) influyen en las actividades que realiza el hombre.

¿CÓMO ADQUIRIMOS ESTOS 3 SUBSISTEMAS?

El recién nacido entra en el mundo en un “SISTEMA ABIERTO”.

Desarrollo de destrezas

Seguridad, dominio, competencia

Exploración

Mediante la exploración el niño desarrolla destrezas que le aportan seguridad, dominio y competencia.

El niño es un explorador innato. 1.º manipula, después coge. Al mismo las cosas y las deja...

- La combinaci3n de destrezas rutinarias (comer, vestirse, limpiarse...) van a dar lugar a h3bitos.
- Compensi3n de las expectativas de su conducta en los papeles o roles espec3ficos como (hijo, hermano, nieto, estudiante, amigos...)
- Los intereses aparecen con la exploraci3n y desarrollo de h3bitos y destrezas.
- El sentido individual de la competencia surge: a trav3s de la interacci3n del ni3o con el entrono humano y no humano, y mediante la exploraci3n y desarrollo de la competencia y dominio.
- Los valores

se
desarrollan
a través
de la
interacción
con el
entorno (el
entorno
físico,
social...)

Los individuos son
ocupacionalmente
funcionales cuando:

- Satisfacen
sus
propias
necesidades
de
exploración
y
dominio.
- Y
cumplen
las
necesidades
sociales
de
participación
productiva
y de
ocio.

Existe disfunción
ocupacional cuando
alguna de estas
necesidades no se
satisface.

◇ TEORÍAS POSTERIORES AL MODELO OCUPACIONAL

◇ “Interacción con el medio: una extensión del modelo de ocupación” (BARRIS 1982)

En el entorno o
medio se encuentran
una serie de

situaciones
conductuales
diversas
(comunitarias,
educacionales,
familiares) que
desencadenan una
serie de demandas
para actuaciones de
distinto tipo
(competitivas,
creativas)

◇ **“Modelo
ecológico (HOWE
Y BRIGGS 1982)**

Considera la
conducta como
resultado de
interacciones
internas y externas.

El individuo se
encuentra en el
centro de 1 sistema
abierto rodeado por
leyes interactuantes
del medio.

- Entorno
inmediato.
- Estructuras
sociales o
instituciones.
- Leyes e
ideología.

◇ **Ciencia
ocupacional
(CLARK Y COLS
1991)**

6 subsistemas
intervienen en la
ocupación:

- ◇ S. Físico
(elementos y
principios físicos)
- ◇ S. Biológico
(relacionados con la
adaptación)

biológica)

- ◊ S. de procesamiento de la información (cognición)
- ◊ S. socio-cultural (contexto social y expectativas con roles)
- ◊ S. de valoración simbólica (comunicación, valores, artes y mundo emocional)
- ◊ S. trascendental (significado que cada individuo da a sus experiencias vitales a través de la vida)

Los 2 primeros (físico y biológico) son una ampliación del modelo ocupacional, mientras que el último (trascendental) es un intento de crear un nuevo modelo.

Tema 7:
ORGANIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO OCUPACIONAL Y MARCOS DE REFERENCIA

La T.O. es una profesión con una base conceptual sólida e importante.

La T.O. es una profesión dirigida al ser humano y por lo tanto deberemos conocerlo y nos interesará

aquellos
conocimientos que
hablan sobre Ã©l.

Debemos ser
capaces de situar
estos conocimientos
y a la vez utilizarlos
de manera que nos
sirvan para mejorar
la prÃ¡ctica
profesional. Por una
parte necesitamos ir
incrementando
nuestro
conocimiento para
garantizar un buen
servicio, y por otra
es imprescindible
que estos
conocimientos
evolucionen como
lo hace el hombre
porque de no ser
asÃ­ estarÃ­amos
ofreciendo un
servicio desfasado
en el tiempo.

Se queremos
avanzar en la
teorÃ­a, y poseer
un cuerpo de
conocimientos
propios vigente, es
bÃ¡sico que
sepamos cÃ³mo se
organiza este
conocimiento y
cuÃ¡les son las
bases para avanzar
en Ã©l.

◇ **ORGANIZACIÓN
DEL
CONOCIMIENTO
DE GARY
KIELHOFNER**

Propone organizar
las bases
conceptuales en 3

capas
concéntricas:

Para poder decir que una *teoría* es un paradigma, ésta debe ser aceptada por la mayoría de las integrantes de la comunidad científica y debe ser capaz de asimilar anomalías. El paradigma nos guía en la búsqueda, la propiedad, la naturaleza y el alcance de la práctica e investigación de una disciplina. Podemos resumir la utilidad del paradigma en 3 puntos:

- Filtra el conocimiento importante para la disciplina y determina el modo en que ese conocimiento

debe ser interpretado e integrado.

- Define la naturaleza y el alcance de los problemas a los que se enfrentan los profesionales.
- Establece los objetivos, los valores y los fundamentos filosóficos y éticos de la profesión.
- Describe la esencia del terapeuta ocupacional tanto desde el punto de vista interno como del externo, esto último es lo que se transmite al exterior.

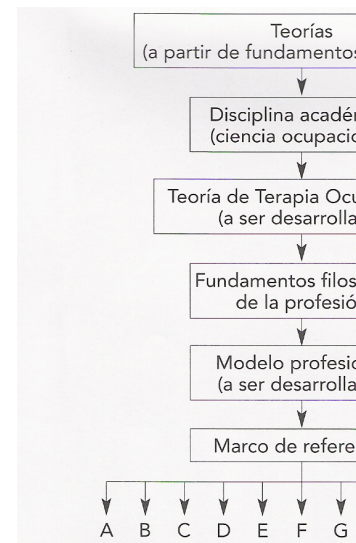
♦ **ORGANIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE ANNIE C. MOSEY**

MODELO PROFESIONAL
(define el enfoque de la profesión)

- Esto sería lo mismo que el paradigma de la

organizaci3n
de
Kielhofner.
· Sirve para
proporcionar
unidad e
identidad
dentro de la
profesi3n
y define la
relaci3n de
esta con
la sociedad.

Seg3n Helen
Hopkins, y de
acuerdo con Annie
C. Mosey, los
*MARCOS DE
REFERENCIA*
derivan de un
modelo de
profesi3n, pero son
m3s restringidos
en su enfoque y
diferentes en su
intenci3n. Los
marcos de
referencia utilizan
s3lo aquellos
principios te3ricos
relevantes para un
3rea espec3fica
del funcionamiento
humano que, en
alg3n momento,
son compatibles con
las suposiciones del
modelo de la
profesi3n. La
intenci3n es
formular estrategias
de tratamiento
dirigidas a 3reas
espec3ficas de la
pr3ctica.



Un modelo define la profesión genéricamente. Los marcos de referencia describen varias técnicas de tratamiento utilizadas dentro de una profesión y especifican los problemas de salud encontrados en la práctica. Esto será lo mismo que los modelos conceptuales para la práctica de Kielhofner. Todas las técnicas de tratamiento derivan de los marcos de referencia y deben ser consecuentes con la definición de la profesión. En todos los marcos de referencia encontramos: conocimientos importantes y estrategias de evaluación.

Los marcos de referencia más utilizados en T.O.

según esta autora
son: Conductual,
Biomecánico,
Discapacidades
cognitivas,
Desarrollo,
Neurodesarrollo,
Rehabilitación...
(NO HAY QUE
SABERLOS)

Esta autora resume
la organización del
conocimiento de la
T.O. según esta
figura:

◇ EL PARADIGMA EMERGENTE DE LA T.O.

Nos situamos en la
organización del
conocimiento de
Kielhofner, ya que
es él quien
propone y estudia
un paradigma para
la T.O. Su
concepción de
paradigma es doble:

- ◇ Con una perspectiva
conceptual para
definir la naturaleza
y los fines de la
profesión.
“¿Qué es
T.O.?”
- ◇ Con una perspectiva
cultural para definir
la identidad de la
profesión. El
nuevo paradigma
pretende sintetizar
las ventajas de los 2
anteriores
equilibrando arte y
ciencia.

Está compuesto
por:

- ◊ Ideas centrales.
- ◊ El punto de vista focal o enfoque de la profesión.
- ◊ Los valores integrantes o de la T.O.

◊ **IDEAS CENTRALES**

Se refiere a las creencias que responden a las siguientes preguntas:

- ¿Qué visión tienen los terapeutas ocupacionales del ser humano?
- ¿Qué problemas del ser humano son los que competen a los terapeutas ocupacionales?
- ¿Cómo resuelven estos problemas los terapeutas ocupacionales?

EL CONOCIMIENTO DE LA OCUPACIÓN

- ◊ La naturaleza ocupacional de los seres humanos.
- ◊ La disfunción ocupacional.
- ◊ La ocupación como agente terapéutico.

◇ EL PUNTO DE VISTA FOCAL

Es el enfoque de la profesión. Es la visión compartida de la manera de analizar los aspectos del mundo y del ser humano que nos interesan. La T.O. se centra en comprender las complejas conexiones que existen entre la persona y el ambiente, y cómo se afectan por la enfermedad o el trauma. En el nuevo paradigma, el punto de vista focal está basado en la VISIÓN HOLÍSTICA del ser humano, que es una visión completa del ser humano; EL SER HUMANO COMO UN SISTEMA ABIERTO, los seres vivos son entidades dinámicas y autoorganizadas que se mantienen o transforman a raíz de su interacción con el medio ambiente; ORGANIZACIÓN JERÁRQUICA Y DINÁMICA DEL FENÓMENO, el mundo físico, biológico y social se estructuran como un conjunto jerárquico no rígido e interrelacionado con

diferentes niveles de
complejidad.

◇ **VALORES DE LA
T.O.**

◇ La práctica
centrada en la
persona

- Requiere un profundo respeto por la dignidad humana.
- Los roles de Terapeuta durante el proceso terapéutico son técnico, compañero que colabora, y amigo que se preocupa de la persona.
- La persona debe ser el punto central del proceso terapéutico.

◇ La ocupación
como el alma de la
intervención

- Valor de la ocupación para el individuo.
- La ocupación posee un valor intrínseco para el individuo, ya que mediante ella se conecta a las personas

con la vida,
se
desarrolla
su potencial
humano, su
iniciativa
personal y
su relación
con el
mundo.

◊ La importancia de la
perspectiva de la
persona

- El proceso
requiere
tener en
cuenta la
perspectiva
que tiene la
persona de
sus
necesidades
con
respecto a la
enfermedad
y
discapacidad.
- Tener en
cuenta los
valores de
cada
persona y
evitar
imponer
nuestros
propios
valores
como
terapeutas
ocupacionales.
- La
participación
activa de la
persona en
el
tratamiento
 - Autocompre
y
responsabilic
en
el
tratamiento

y en la toma de decisiones.

- Abandonar modelos jerárquicos de tratamiento.

· CONCEPTO DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

Etiología (causa)
Etiología (causa)

Enfermedad
Enfermedad

Clínica
Clínica

Curación
No curación

Deficiencia

Discapacidad

Minusvalía (desventaja social)

La medicina de rehabilitación entra en los pacientes que no tienen curación, es decir, los que tienen alguna

minusvalía.

En la
rehabilitación
y medicina
física es
el campo
donde van a
actuar los
marcos de
referencia:
neurológico,
cognitivo y
biomecánico.

· **TERAPIA
OCUPACIONAL.
REHABILITACIÓN**

· Tratamiento
de
deficiencias:

- ◆ La
mejora
med
ACT
a
través
de
las
cual
se
favo
la
mejora
de
las
estructu
o
func
alter
- ◆ Práct
y
ortes
para
el
man
de
un
buen
estac
func

· Tratamiento

de la
discapacidad
y
desventaja.

- Actuaciones a nivel del paciente tratamos la discapacidad
- Actuaciones a nivel del entorno tratamos la desventaja o minusvalÃ-

OBJETIVOS:

- Reducir las dificultades para realizar una actividad dentro de los lÃ-mites considerados para un ser humano:
- Reducir las consecuencias funcionales de la minusvalÃ-
- Favorecer el cumplimiento de una

función
normal
(edad,
sexo,
factores
sociales
y
culturales):

- Reducir los factores de falta de integración
- Ya no se intenta mejorar una función deficitaria, sino disminuir la minusvalía—
buscamos la AUTONOMÍA

NIVELES DE ACTUACIÓN:

- A nivel del individuo:
Readaptación a la vida cotidiana, (AVD, transferencias, manejo y adaptación de la silla de ruedas) y readaptación profesional o laboral.
- A nivel del entorno material y humano:

Ayudas
técnicas,
adaptaciones
ambientales
(mobiliario,
arquitectura,
transporte).

Tema 8:
MARCOS
DE
REFERENCIA

**FUNDAMENTOS
TEÓRICOS
(proposiciones)**

Conceptuación
del objetivo
del hombre
para la
interacción
con el
ambiente.

Áreas
tratadas
dentro del
dominio de
conocimiento
del
terapeuta.

Los
fundamentos
teóricos de
un marco de
referencia
son:

- La
física.
- La
biomecánica
- La
contracción
muscular.

**CONTINUIDAD
DE LA
FUNCIÓN N-DISFU**

Identificar

los
comportamientos
disfuncionales
y
funcionales
desde los
diferentes
marcos de
referencia.
Tenemos
que saber:

- Definición de función.
- Definición de disfunción.
- Expectativas de tratamiento/
- Contenido de la evaluación del tratamiento.

· COMPORTAMIENTOS INDICADORES DE FUNCIÓN N-DISFUNCIÓN

Hablamos
de 2 cosas:

- Métodos que utilizamos para medir, para evaluar.
- Análisis de la actividad adaptada a cada marco de referencia.

- ◆ Comportamientos que surgen de

la
eval
♦ MÃ
de
eval
repr
♦ Com
que
cam
en
el
trata
♦ Med
de
resu
♦ Nor
para
el
anÃ
de
activ

· **POSTULADOS
ACERCA
DE LA
INTERVENCIA N
Y
CAMBIO**

· **MARCOS
DE
REFERENCIA
APLICADOS
A LA
DISFUNCIÓN
FÍSICA**

Tenemos 3
marcos de
referencia
físicos:

- BIOMECÁNICO
- NEUROLÓGICO
- PERCEPTIVO-COGNITIVO
- **El marco
de
referencia
biomecánico**

El marco de
referencia
biomecánico
se va a
utilizar
fundamentalmente
en el
ámbito de
la
rehabilitación
física.
Los
pacientes
con los que
vamos a
trabajar
tienen:

- ◆ Disfunción física
- ◆ Disfunción muscular
- ◆ Disfunción

Se tratan
pacientes:

- Con trastornos ortopédicos y traumatológicos.
- Con enfermedades reumáticas y musculares.
- Amputados.
- Con prótesis u ortesis.
- Con lesiones musculares.
- Con amputación de algún miembro.
- Con operación de mano (problemas de tendones, la rehabilitación).
- Con quemaduras de MMSS.
- Con artritis, artrosis...

Nos basamos en el concepto de rehabilitación y medicina física para

explicar el
marco
biomecánico
y el
neurológico.

Vamos a
utilizarlo en
3 niveles:

· PATOLOGÍAS AGUDAS:

se intenta
estabilizar
el proceso
para que la
persona no
se muera.

Se conoce

CORTA
ESTANCIA.

· SUBAGUDA:

se conoce
como

MEDIA
ESTANCIA.

Es la fase
de
rehabilitación.

En ella
trabajamos
con
pacientes
que
normalmente
se

recuperan,

pero
también

los hay que
quedan con
secuelas,

con una
deficiencia
que les

causa una
discapacidad.

En este caso

se intenta
mejorar el
recorrido

muscular, la

fuerza, la
resistencia y
la
coordinación,
y no se
busca una
recuperación
total.

LARGA
ESTANCIA:
la
patología
está
estabilizada,
pero las
personas no
son capaces
de llevar
una vida
independiente.
Se lleva a
cabo el
mantenimiento
para que los
pacientes no
pierdan las
funciones
que aún
tienen.
Normalmente
se refiere a
pacientes
que están
en las
residencias.

El modelo
en el que
nos vamos a
mover es el
de la
rehabilitación.

Enfermedad

Deficiencia:
aquella
actividad a la
rehabilitación.

Discapacidad

Desventaja
social o
minusvalía

Se intenta
recuperar al
máximo
las
capacidades
residuales y
reeducar
ciertas
actividades

T.O.
REHABILITACIÓN
(mirar tema
7)

4
SUPUESTOS
BÁSICOS

El modelo
biomecánico
se apoya en
4 supuestos
básicos:

- El recorrido articular, la fuerza muscular y la resistencia pueden mejorar a través de la actividad prepositiva. El análisis de la actividad se centra

en
articulaciones
músculos
y
patrones
motores.

- El
objetivo
de
la
recuperación
es
mejorar
lo
máximo
posible
la
función
buscando
la
autonomía
- Equilibrio
dinámico
entre
reposo
y
esfuerzo,
los
cuales
serán
progresivos.
Aumentamos
las
fases
de
actividad
y
disminuimos
las
de
reposo.
- Beneficia
más
a
los
pacientes
con
SNC
intacto.
Este
marco
también

se
va a
aplicar
a
personas
con
alguna
lesión
en
el
SNC.

VALORACIÓN
(Cap 7)

- Balance articular (módulos manuales e instrumental)
- Balance muscular (saber qué fuerza tiene cada músculo)
- Resistencia muscular (saber la capacidad de un músculo para mantener la contracción durante un tiempo o la capacidad que tiene para repetir las contracciones)
- Capacidad

aeróbica
(depende
de
la
capacidad
del
sistema
cardiorespiratorio)
• Postura
y
equilibrio.
• Sensibilidad

ANÁLISIS
DE LA
ACTIVIDAD

(Lo vimos
tb con
Adriana)

Una vez
valorado el
paciente
llevamos a
cabo un
análisis de
la actividad.
Para paliar
lo que no es
capaz de
hacer el
sujeto,
primero hay
que saber lo
que es
capaz de
hacer. Si no
hacemos un
buen
análisis de
la actividad
no
sabremos
qué sirve
esa
actividad.

Es un
proceso de
identificación
de las partes
que
componen

la actividad
para
determinar:

- Las demandas motoras, perceptivas, sensoriales, cognitivas y conductuales requeridas.
- Habilidades necesarias (sensitivo-motoras, cognitivas, psicosociales).
- Las áreas de desempeño relacionadas con su realización.

Diversos modelos de análisis de la actividad

Adaptación
y
graduación
de la
actividad
según el
objetivo
terapéutico
y según las
capacidades
de la
persona.

Para cada
marco de
referencia
haremos un
análisis de
la actividad
específico.

MEDIOS
DE
TRATAMIENTO
(Cap 7,
pág. 76)

· **Actividades
graduadas**

Se utilizan
para que el
paciente
recupere las
capacidades
perdidas,
pero
también
como
prevención
o
mantenimiento
o para
paliar.

Estas
actividades
son
técnicas
artesanales
(fundamentalmente
arcilla y
mimbre),
deportes,
juegos...

Las hay que
programar
con
diferencia
creciente en
cuanto a
movimientos
requeridos,
el recorrido
articular
solicitado,
la fuerza
necesaria y
la
resistencia
para
mantenerle

esfuerzo.

Los fines
son:

- Efectos terapéuticos concretos.
- Movimiento específico
- Grupos musculares concretos.
- Aumentar la tolerancia a la bipedestación, sedestación y marcha.

La actividad tiene que estar analizada para ver qué requerimientos exige.

Utilizamos medios físicos previos a la actividad, como la electroterapia, baños de parafina... normalmente lo que se busca con el calor es la disminución de contracturas musculares y del dolor, mayor elasticidad del tejido conjuntivo

y obtener
mayor
recorrido
articular y
mejores
estiramientos.

· **AVD**

Vestido,
trabajo,
desplazamientos
para
aumentar
fuerza,
resistencia,
coordinaciÃ³n.

· **Abordaje
compensatorio**

- Nos
permite
facilitar
la
funciÃ³n:
cuando
hay
secuelas
se
aportan
ayudas
tÃ©cnicas
que
pueden
ser
temporales
o
permanentes
(ortesis,
prÃ³tesis)
- Entrenamien
en
nuevas
habilidades
y
tambiÃ©n
cambios
de
actitud,
por
ejemplo,
cÃ³mo

administrar
el
tiempo,
cómo
proteger
las
articulaciones
con
las
ayudas
técnicas...

TIPOS DE MOVIMIENTOS

- **Movimiento
autopasivo:**
Con la
mano sana
se mueve la
otra.
- **Movimiento
pasivo:** Lo
hace el
terapeuta.
Cuando las
articulaciones
quedan
inmovilizadas
pierden
recorrido
articular,
por eso, las
inmovilizaciones
tienen que
durar lo
menos
posible y
para eso se
hacen los
movimientos
pasivos.
- **Movimiento
activo-asistido:**
La persona
contrae
activamente
pero no es
capaz de
completar el
recorrido
articular,
por eso el

terapeuta le ayuda, le asiste.

· **Movimiento activo.**

· **Movimiento resistido:**

Para potenciar los m^ºsculos se le ponen resistencias.

CONTRACCIÓN ISOMÉTRICA

Contracción isométrica:

El m^ºsculo se contrae aumentando su tensión, manteniendo su longitud. No hay movimiento articular.

· **Ejercicio isométrico sin resistencia**

Contracciones isométricas de un m^ºsculo o grupo muscular de 5-6 segundos seguidas de períodos de relajación. Se utiliza:

- Para mantener e

incrementar la potencia muscular.

- Cuando el movimiento activo estÃ¡ contraindicado no es posible realizarlo.
- Tras cirugÃ­a, quemaduras, artritis.
- Para aumentar la resistencia muscular.

· **Ejercicio isomÃ©trico con resistencia**

Actividades que impliquen mantener posturas estÃ¡ticas incorporando ejercicios isomÃ©tricos: sostener herramientas en las manos, miembros en posiciÃ³n estÃ¡tica contra la gravedad (brazos elevados mientras se pinta).

Se utiliza para incrementar la potencia muscular de m[°]sculos a +3 en la escala de Daniels.

Se grad[°]a aumentando la carga o el tiempo.

CONTRACCIÓN ISOTÓNICA

El m[°]sculo se contrae cambiando su longitud. Produce movimientos en la articulaci[°]n.

· **Conc[°]ntrica:**
se acortan las fibras musculares.

· **Exc[°]ntrica:**
se alargan las fibras musculares. Exige menos fuerza.

· **Cadena abierta:** en el sistema articular, la parte proximal est[°] fija y se desplaza la distal. Potencia la musculatura distal del MMSS y la

intrínseca de la mano.

· **Cadena cerrada:** la parte distal es fija y la proximal móvil. Potencia la musculatura proximal del MMSS, tronco y flexora de la mano.

· **Ejercicio isotónico pasivo**

· **Ejercicio isotónico autopasivo**

· **Estiramientos pasivos**

El terapeuta mueve la articulación en un rango de movimiento y al final aplica una fuerza o estiramiento. Factores a controlar:

- Fuerza
- Velocidad
- Dirección
- Requiere habilidad

Se utiliza para aumentar la gama de movimiento pasivo.

Se puede hacer mediante

ortesis,
manualmente,
actividades.

· **Estiramientos
activos**

El paciente
usa la
fuerza de
los
agonistas
para
aumentar la
longitud de
los
antagonistas.
Requiere
motivaciÃ³n.
Cada
mÃ³sculo
exige una
postura.

· **Ejercicio
isotÃ³nico
asistido**

El paciente
mueve la
articulaciÃ³n
y se
completa el
movimiento
manualmente
o con
dispositivos
antigravedad,
patrÃ³n con
polea,
cabestrillos,
poleas,
pesas,
bandas
elÃ¡sticas,
ortesis
dinÃ¡micas.

Se utilizan
para
aumentar la
gama de

movimiento
activo.

Actividad
asistida por
la mano
contralateral:
amasar,
lijar...

· **Ejercicio
isotónico
activo**

El paciente
mueve a
través de
todo el acto
de
movimiento.
Puede ser
contra la
gravedad o
eliminando
la gravedad
mediante
una
superficie
móvil,
suspensión.

· **Ejercicio
isotónico
resistido**

Contracción
isotónica a
la que se
opone
resistencia.
Es el que
más se
utiliza y
durante
más
tiempo.

Se utiliza
para
incrementar
la potencia
muscular o

para
producir
relajaci3n
y posterior
elongaci3n
mediante la
contracci3n
de los
antagonistas.

Se grad3a
la cantidad
de carga o
resistencia,
la duraci3n
de la
contracci3n,
el n3mero
de
repeticiones,
tiempo de
descanso,
frecuencia y
velocidad
de
entrenamiento
y el tipo de
contracci3n.

Se realizan
m3ltiples
actividades:
lijado con
plano
inclinado,
serrado,
amasar,
modelar
arcilla...

Medios que
aumentan la
resistencia:
herramientas
m3s
pesadas,
cambio de
materiales
con texturas
diferentes
desde
blandas

hasta duras,
de finas a
rugosas.

PARA
MANTENER
Y
MEJORAR
EL
RECORRIDO
ARTICULAR

- Ejercicios pasivos: manuales, autopasivos, poleas, equipos de movilización continua.
- Ejercicios activos-asistidos o activos.
- Estiramiento manuales o mediante actividades.

PARA
POTENCIACIÓN
MUSCULAR

- Ejercicio isométrico
- Ejercicio isotónico (multirrepeticiones)
(multirrepeticiones)
De Lorme (10RM)
Con este método se consigue una carga máxima es

capaz
de
levantar
10
veces
seguidas.

- Ejercicio
isométrico

PARA
AUMENTAR
LA
RESISTENCIA
MUSCULAR

- Ejercicio
isométrico
isotónico
e
isométrico

· **Marco
neuroológico
o de
neurodesarrollo
(est; en
fotocopias
Rosa)**

Es el 2º en
importancia
desde el
punto de
vista de la
disfunción
física.

En este
marco
también
van a ser
tratados los
problemas
del
neurodesarrollo.

En el marco
biomecánico,
la
disfunción
era del
aparato
locomotor,

en cambio,
en el marco
neurológico
es donde
nos vamos a
centrar
nuestra
atención
en el
sistema
nervioso.

Cuando
existe
alguna
lesión del
sistema
nervioso,
falla el
control
motor, el
cual incluye
postura y
equilibrio.

El marco
neurológico
tiene 2
partes:

- El control motor
- El neurodesarrollo
tenemos
que
saber
el
desarrollo
del
sistema
nervioso
porque
este
marco
se
va a
aplicar
en
niños
con

problemas
de
desarrollo,
pero
también
se
va a
aplicar
en
adultos
que
alcanzaron
el
correcto
control
motor
pero
que
lo
han
perdido
debido
a
una
lesión.

ESTRUCTURAS
NEUROLÓGICAS
QUE
ACTÚAN
EN EL
CONTROL
MOTOR

El control
motor es la
capacidad
de realizar
contracciones
musculares
voluntarias
en función
de las
exigencias
del
ambiente y
va a
depender
fundamentalmente
del SNC.

El control
motor

depende de
la corteza
sensorial y
es un
sistema
complejo
donde
actúan
numerosas
estructuras
del sistema
nervioso.

El control
motor
incluye
control
postural, y
luego el
movimiento
voluntario
una vez que
la postura es
la correcta.

El control
postural
depende del
tono
muscular.

Tono
muscular: el
músculo
tiene un
tono basal,
es decir, el
músculo,
de base,
está
ligeramente
contraído.
El tono
muscular es
originado
por el
sistema
nervioso
que va a los
músculos
y depende
de los

ganglios de la base que están en el tronco del encéfalo

Tenemos 3 niveles:
(SABER)

- 1º) Nivel medular.
- 2º) Nivel del tronco cerebral. En el
hay unos núcleos que van a ser los que regulan el tono muscular. Es donde se produce la decusación de todas las fibras, entonces todo lo del lado derecho pasa al cerebro

izquierdo. Debido a esto, si uno se lesiona las vÃ—as antes de la decusaciÃ—n va a tener los dÃ—ficits en el mismo lado, pero, si en cambio la lesiÃ—n se produce en el cÃ—rtex (por una hemorragia en el cerebro) los dÃ—ficits que va a tener van a ser en el lado contrario a la

lesiÃ³n.
 • 3.º) Nivel del córtex. Es donde está la última neurona motora. El córtex motor está en el bulbo frontal. La información sensorial, es decir, el córtex sensorial, está en el bulbo parietal, pero no toda la información sensorial va al bulbo parietal, sino que la información relacionada con el oído va al

l'bullo
temporal,
y la
relacionada
con
la
vista
va
al
l'bullo
occipital,
y es
tambi'©n
informaci'³n
sensorial.

El control
motor
responde a
la
integraci'³n
de toda la
experimentaci'³n
sensorial.
La
motricidad
no existe si
no hay una
buena
informaci'³n
sensorial.

Corteza de
asociaci'³n
frontal.

Procesos
del
pensamiento.

Instrucci'³n
interna.

Corteza
motora y
premotora
ejecutoras

Cortezas de
asociaci'³n

sensorial,
parietal,
temporal y
occipital

1

3

6

Ganglios
basales
moduladores

Cerebelo
modulador
Tálamo

2 5

Tallo
cerebral
Vestibular
Reticular
Rápido

Módula
espinal
Músculo

*Secuencia
de
acontecimientos
en el*

*control de
la postura y
el
movimiento.*

- Fibras de asociación largas.
- Fibras corticopontocerebelosas.
- Fibras corticoestriadas.
- Fibras dentadoestriadas.

- Asa lenticular, fascículo lenticular, fascículo talámico.
- Fibras tálamo-corticales.
- Fibras corticobulbares, corticoróbricas, corticoreticulares.
- Fibras corticoespinales.
- Fibras rubroespinales, reticuloespinales, vestibuloespinales.
- Nervio periférico.

El cerebelo modulator y los ganglios basales moduladores tienen mucha importancia en los movimientos reflejos y automáticos.

Esto va a ser un proceso dinámico.

Necesitamos 3 elementos para el control motor:

- Que el músculo tenga un tono

adecuado.

El
músculo
tiene
un
tono
basal.

- El
sistema
sensorial
activo
e
intacto.

- Las
vías
motoras.

Cada uno de
los pasos
del esquema
pueden dar
lugar a
diferentes
enfermedades.

Las terapias
están
orientadas a
crear
nuevos
patrones de
movimiento
en el
cerebro.

CONTROL NEURAL DEL MOVIMIENTO Y LA POSTURA

Es el
resultado de
una
secuencia
ordenada
desde la
corteza
cerebral
pasando por
la médula
espinal

hasta el
mÃsculo.

El control
neural
necesita de
los ganglios
basales y
del
cerebelo.

Nota: deja
en
reprografÃ­a
el esquema
que nos
indica lo
que sucede
cuando se
daÃ±a
alguna de
esas zonas.

DÃ FICITS MOTORES

· Ganglios
basales

Hipocinesia:
no tienen
mÃ­mica
ni
gesticulan

· Cerebelo

Dismetria:
no
controlan la
intensidad y
direcciÃ³n
con la que
uno hace el
movimiento

Disinergia:
no hay
sinergia en
cuanto a
contracciones
musculares.

Ataxia:
manera de
caminar sin
coordinación.

Disdiadococinesia.

· Fascículo
corticoespinal

Paresia:
debilidad.

Parálisis:
ausencia de
contracción
muscular.

Espasticidad:
aumento del
tono
muscular.

Reflejos
hiperactivos.

Reflejos
anormales:
sólo
aparecen en
el recién
nacido y
desaparecen
a los 6 o 7
meses de
vida, y
luego
reaparecen
cuando hay
una lesión
cerebral.

Clono: son
espasmos.

· Neurona
motora

Hiporreflexia
o arreflexia.

Hipotonía:

tono
muscular
disminuido.

Atrofia
muscular.

Fibrilaci3n.

SISTEMA MOTOR

Corteza
cerebral,
astas
anteriores
de la
m3dula
espinal,
cerebelo,
ganglios
basales,
otros
n3cleos
troncoencef3licos.

Organizaci3n funcional del sistema motor.

- El
3rea
premotora
y
suplementari
del
c3rtex
act3a
como
programador
t3mpor-es
del
movimiento;
el
3rea
sensorial
primaria
tiene
funciones
de
controlador,

mientras
que
la
corteza
motora
primaria
actúa
de
ejecutor.

- La
vía
efectora
cerebelosa
regula
la
eumetría
y
sinergia
de
los
movimientos
dirige
la
medida,
la
velocidad
y la
dirección
de
los
movimientos
y
con
el
debido
orden
espacio-temporal
- Los
núcleos
basales
y
troncoencefálicos
regulan
los
movimientos
del
cuerpo
en
sus
relaciones
recíprocas
y en

el
referente
espacio-temporal
regulan
los
movimientos
voluntarios,
el
tono
muscular,
producen
movimientos
automático
instintivos
y
músculos,
adoptan
posiciones
instintivas
para
mantener
el
equilibrio
y
adaptación
de
los
movimientos
posturales
reflejos
a
estímulos
visuales
y
auditivos.

- El
vestíbulo
informa
al
cerebro
de
la
posición
de
la
cabeza,
y
luego
si
estamos
caminando
o

no.
Si
no
estÃ¡;
bien
el
vestÃ­bulo
somos
incapaces
de
mantener
la
postura,
es
decir,
tenemos
VÃ­RTIGO

**Factores
que
componen
el control
motor y la
precisiÃ³n
del
movimiento.**

· Equilibrio y
postura:
actuaciÃ³n
sincrÃ³nica
de
receptores
sensoriales.

- ◆ Aferencia cutÃ¡nea
- ◆ Vista
coordenaciÃ³n
visomotora
- ◆ OÃ­do
coordenaciÃ³n
vestibulomotora
- ◆ PropriocesiÃ³n
- ◆ MÃscara
informaciÃ³n
somatosenso-
ria
- ◆ PropriosecciÃ³n

