

Una de las preguntas fundamentales en terapia ocupacional es:

¿Por qué teorizar Terapia ocupacional si es una disciplina fundamentalmente práctica?

Pero se debe teorizar para decir cual es el objeto de estudio. Toda teoría sirve para:

- Describir
- Explicar
- Y predecir

Son estas las funciones que cumplen y establecen una disciplina

DESCRIBIR:

Da sentido a la disciplina, cada teoría describe unos fenómenos desde una perspectiva particular (ante una persona con paraplejía no dirá lo mismo un médico, un psicólogo, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, etc.). Describen por tanto el problema desde ópticas diferentes.

EXPLICAR

Toda teoría explica. Con la descripción y la explicación podemos establecer una serie de programas, que predigan que su intervención en relación con determinados problemas, va a ser exitosa en diferentes aspectos.

PREDECIR

Los cambios que se producen al llevar a cabo la ejecución de diferentes programas, cambios que se suponen favorables.

Toda las teorías sirven por tanto para explicar, describir y predecir el comportamiento de nuestros pacientes y pueden contribuir a nuestro conocimiento de la función–disfunción y el tratamiento.

Según J. Creek, el objeto teórico, debe ser una estructura lo suficientemente flexible, de manera que quepan en ella las diferentes escuelas de pensamiento, y todas las experiencias aportadas por los terapeutas ocupacionales. Permite al mismo tiempo, delimitar *que es terapia ocupacional y que no*. En esta estructura debe haber todo lo relacionado con la terapia ocupacional, tendrá puntos en común con otras disciplinas, y puntos propios de ellas. Creek, hace referencia al paradigma cuando se refiere a esa estructura flexible. A esta estructura se le han dado diferentes nombres según diferentes autores

- REED, empleó el término paradigma
- MOSEY, en vez de paradigma utilizó el término modelos, éstos permitían definir y delimitar los resultados y la práctica dentro de la profesión
- KIELFHOFNER, también habla de paradigma, según este autor es la óptica particular sobre la realidad de los terapeutas ocupacionales
- HOPKINS, también empleó el término paradigma influenciado por Mosey

En nuestros días se habla de PARADIGMA, este término fue dado por KUHN, epistemólogo, para intentar estudiar cómo se conoce científicamente una disciplina desde una perspectiva histórica. Según Kuhn los postulados científicos no son acumulativos sino que se renuevan a través de revoluciones, (si todos los conocimientos se van uniendo, qué ocurriría con aquellos que son opuestos)

En principio utilizamos unos principios teóricos que nos sirven para explicar la realidad a este periodo se le llama periodo de ciencia normal, según este periodo todos los principios son unánimes y se actúa sobre la base de ellos, pero ¿qué ocurre si hay algo en la realidad que no se explica con esos principios?, se pasa entonces a un periodo llamado preparadigmático, superado este periodo entramos en el periodo de ciencia normal 2, lo que conlleva a cambiar de nuevo los postulados teóricos que había en un principio. La revolución se compone por tanto de sucesivos periodos de ciencia normal.

Por consiguiente, en el paradigma de una determinada disciplina habrá unos principios teóricos durante un p.c.n, donde todos los integrantes de esa disciplina trabajen con ellos, al sucederse el p.c.n 2 el paradigma cambiará los principios teóricos anteriores para acoger los nuevos.

Por tanto los principios teóricos de la terapia ocupacional van cambiando a lo largo de la historia, es decir, el terapeuta ocupacional no será considerado actualmente igual que hace cuarenta años.

El paradigma:

- Posibilita diferenciar los contenidos teóricos de la práctica. Recoge los principios o Asunciones filosóficas
- Permite establecer una estructura que explique el paso de la teoría a la práctica
- Diseña las líneas principales de investigación

Puede definirse por tanto como:

- Ejemplar de un conjunto subyacente
- Según Kuhn, un paradigma define un fenómeno, determinado por consenso, que guía el propósito, naturaleza y alcance de la práctica e investigación de una disciplina
- Una entidad que no evoluciona pero es remplazada a intervalos por un nuevo paradigma, proporcionando una perspectiva de qué es lo que concierne a la profesión, y qué deben hacer sus profesionales. Es el plan global o esquema para la terapia ocupacional en conjunto
- Consiste en los supuestos básicos, valores y perspectivas que unifican un campo determinado. Es lo que define y da coherencia o integridad una determinada profesión. Trata de la naturaleza y el propósito de la Terapia ocupacional. Da a los terapeutas un entendimiento común de qué significa ser terapeuta ocupacional

ESTRUTURA DEL PARADIGMA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

De dentro hacia fuera consideramos en nuestro paradigma:

- Creencias o asunciones filosóficas
- Teorías, (unas importadas de otros campos del saber, y otras propias de la terapia ocupacional)
- Marcos de referencia, (primarios, si son compartidos por otras ciencias de la salud y secundarios, si son compartidos sólo por terapeutas ocupacionales)
- Modelos de práctica
- Abordajes y técnicas

Por ejemplo una silla de ruedas, la situaríamos dentro del paradigma en el punto nº5, al igual que entrenamiento en habilidades sociales. El término inconsciente lo situaríamos en el punto nº2 en aportaciones de otras ciencias y también en el punto nº3

CREENCIAS Y ASUNCIONES FILOSOFICAS

Una profesión, al igual que los individuos, interacciona con otras profesiones, por ello necesitan una base de asunciones filosóficas, de cuyas primeras premisas derivan sus principios.

Todas las profesiones están basadas en unos pilares filosóficos cuyas fuentes han sido las propuestas idearias de sus fundadores, los valores que predominaban en su tiempo y lugar de origen de la profesión y el sistema filosófico que dominaba durante el periodo de autocuestionamiento o de cambios rápidos.

Las creencias íntimas de la terapia ocupacional son la OCUPACION, como un elemento vital en el transcurrir del ser humano. Esta ocupación usada terapéuticamente influye en la salud de los individuos.

Otra de las creencias es considerar al ser humano como un ser holístico, esto es un ser en continua interacción con su entorno e influido por la interacción de numerosos factores de tipo biológico, psíquicos, físicos, sociales, de ahí que al intentar abordar un problema la causalidad de éste sea múltiple y por tanto su abordaje sea también múltiple. El sujeto tiene capacidad para tomar decisiones conscientes y racionales, no es un mero objeto pasivo. Considera a la persona como un todo mayor que las partes.

Al terapeuta no le importa tanto el déficit como la discapacidad que éste produce, es decir si un parapléjico es independiente no será objeto de la terapia ocupacional, a no ser que se modifique el entorno en el que es funcionalmente independiente, es decir, si el entorno se modifica, habrá que actuar nuevamente hasta hacerle totalmente independiente en ese nuevo entorno. Si una persona que padezca un déficit se trabaja con ella con una actividad propositiva quizá no llegará a ser un discapacitado. (acción preventiva)

Con estas creencias se desarrollan:

TEORIAS

Constituyen los fundamentos científicos para la práctica de la terapia ocupacional. Todas las teorías explican, describen, y predicen, la nuestra es una profesión práctica y las explicaciones y predicciones no son suficientes necesitamos conocer mejor cómo **cambiar** el comportamiento. De este modo las teorías se vinculan a la práctica.

Las teorías pueden ser:

- Importadas de otras ciencias del saber(filosofía, sociología antropología, medicina, psicoanálisis, psiquiatría etc.)
- Teorías propias desarrolladas por terapeutas ocupacionales.

Pues bien, todas estas teorías que son a veces incompatibles llegamos a establecer los marcos de referencia

MARCOS DE REFERENCIA

Estos marcos son derivados sólo de algunas teorías, teorías fundamentales, son tradiciones de investigación y generan por tanto teorías compatibles entre sí. Por tanto en la medida en que las teorías no se contraponen se constituyen los marcos de referencia. Podría decirse también que son principios comunes que no se contradicen y son compatibles en la realidad que transmiten.

- Los marcos de referencia son aproximaciones a la práctica a partir de modelos, derivan de un modelo de profesión.
- Son compatibles por tanto con las suposiciones del modelo de profesión.
- Los marcos de referencia describen varias técnicas de tratamiento utilizadas dentro de una profesión y especifican los problemas de salud encontrados en la práctica. Todas las técnicas de tratamiento derivan de los marcos de referencia y deben ser congruentes con la definición de la profesión, es decir con su modelo.
- Estructura teórica que reúne un conjunto de teorías compatibles entre sí de modo que permiten establecer un objeto de estudio y los límites y desarrollo de la práctica.

Los marcos de referencia pueden ser:

- Primarios: si son compartidos por otras ciencias de la salud.
- Aplicados: si son utilizados para la terapia ocupacional

Los m.r.t primarios se subdividen en dos:

M.R.T primarios encargados de trastornos físicos, son

- Biomecánico
- Del neurodesarrollo

M.R.T primarios encargados de los trastornos psíquicos, son:

- Cognitivo–Conductual
- Humanista o fenomenológico
- Psicodinámico o psicoanalítico

- Modelo médico

MODELO

Son simplificaciones de los marcos de referencia teóricos, sirven para simplificar conocimientos.

Las teorías de los marcos de referencia se ejemplifican a través de los modelos, que simplifican conocimientos y de esta manera pueden aplicarse a la práctica.

Un modelo define a la profesión genéricamente.

Los tres modelos más conocidos son:

- Modelo de REED.
- Modelo de MOSEY.
- Modelo de KIELHOFNER.

Todos ellos tienen en común la importancia de la ocupación en la vida del individuo y su consiguiente valor terapéutico. El autor de cada modelo trata de proporcionar una guía para la aplicación de técnicas y conceptos con los que la terapia ocupacional contribuye de manera única frente a otras profesiones.

Cada modelo se encuadra en un marco de referencia distinto, que se identifica con unas proposiciones teóricas concretas que son apropiadas para el tratamiento de una población de pacientes específica.

En resumen: Los modelos son ejemplificaciones de los marcos de referencia que permiten simplificar las distintas teorías, trasladando éstas a desarrollos aplicados prácticos. Son un conjunto de conocimientos organizados y sistemas que relacionan la teoría con la práctica y de los que emanan técnicas y abordajes

TÉCNICAS Y ABORDAJES

La técnica es lo que lleva la teoría a la práctica. Hay que aplicar una determinada técnica(que pertenece a un modelo) y así aplicamos en la práctica lo que dice la teoría

En el PARADIGMA podemos diferenciar por tanto lo que corresponde a la practica y lo es teoría de modo

que los tres primeros pertenecen a la teoría y estos dos últimos puntos(modelos de práctica y técnicas y abordajes) pertenecen a la práctica.

CONCEPTO DE OCUPACION PARA DIFERENTES AUTORES

REED: Para este autor la ocupación es aquella actividad que compromete los recursos de tiempo y energía de una persona. Está compuesta habilidades y valores.

KIELHOFNER: La ocupación es el uso intencionado del tiempo por los hombres dirigido a un dominio y experiencia del entorno para satisfacer las propias necesidades internas, las necesidades de automantenimiento y los requerimientos del grupo social al que pertenece

ROUSS MARY H: La ocupación estructura la evolución individual de cada sujeto desde el nacimiento hasta la muerte. Cada etapa del desarrollo está diferenciada por distintos elementos ocupacionales, es decir considera la ocupación como un elemento en el desarrollo vital.

AUTORES DE LENGUA FRANCESA: La definen por su valor en tanto que dan mayor importancia a los componentes simbólicos de las ocupaciones en tanto que es una forma de vinculo social impregnada por valores propios de cada cultura, la ocupación es entendida como medio de relación con lo social.

De estas definiciones cabe destacar que la teorización sobre la ocupación depende de las diferentes escuelas rescatando de sus definiciones diferentes valores

En toda ocupación hay valores comunes y personalizados que requieren la implicación de la persona, destreza, habilidades, y valores; actividades con un propósito y realizadas con la exploración y dominio del entorno y que inciden en los requerimientos de las personas

Así para Kielhofner la ocupación se simplifica en tres elemento(actividades ligadas al autocuidado, al juego y al ocio)

CONCEPTO DE NUESTRO PARADIGMA

El concepto de nuestro paradigma es permitir establecer nuestra disciplina, estableciendo diferentes niveles y pudiendo pasar de la teoría ala práctica y al revés, ej. Una silla de ruedas que situaríamos dentro de técnicas y abordajes, ¿cómo la situaríamos dentro de lo que son las creencias o asunciones?, (no es necesario pasar por todos los conceptos dentro del paradigma)

CONTENIDOS PRÁCTICOS

Todos estos principios que definen la disciplina permiten establecer los contenidos de la práctica, éstos se dividen en: metas, población y la metodología aplicada por los terapeutas ocupacionales.

METAS: Dependen del marco de referencia teórico, se identifican como prevención de la discapacidad y promoción de la salud, desarrollo de habilidades saludables, restablecimiento de la capacidad funcional o del desempeño ocupacional satisfactoria del sujeto en su entorno y el mantenimiento de la funcionalidad del sujeto en su entorno.

Estos objetivos se alcanzan a través de la ocupación como medio terapéutico, estos objetivos generales se califican como objetivos específicos. Estos objetivos tienen que ver con:

La evaluación de las características y necesidades del paciente en relación con sus facetas ocupacionales que a su vez están relacionadas con las demandas del entorno. De manos de esta evaluación podemos llegar a la

identificación de aquellos aspectos que permite que se de un desempeño ocupacional adaptativo, podemos incluir la eliminación de aspectos que interfieren en el desempeño adaptativo y actuar en la mejora de la funcionalidad del sujeto, mejorar la organización temporal de las propias ocupaciones de cada sujeto, con la habilitación del sujeto por medio del desarrollo, aprendizaje o mantenimiento de aquellas habilidades ocupacionales que conlleven a un desarrollo funcional del sujeto en su entorno.

POBLACIÓN: La población puede ser amplia y variada, al hablar de población nos referimos a sujetos que sean objeto de intervención por parte del terapeuta ocupacional en un momento determinado (presente), también población que potencialmente pueda sufrir una discapacidad, ej. : preservar la economía articular en la artritis reumatoide, (acción preventiva), O también pacientes funcionalmente independientes tras haber sido tratados por un terapeuta ocupacional que tengan que sufrir nuevas adaptaciones, bien por exigencias de su propia discapacidad o de su entorno, EJ: Un hemipléjico al que hicimos funcionalmente independiente pero ahora cambia de casa, o de trabajo. Todos estos pacientes objeto de intervención presentan una limitación debida a trastornos de tipo físico, psíquico o de origen social así como trastornos del desarrollo que imposibilitan a los sujetos para un desempeño funcional de sus aspectos ocupacionales en su entorno. Ej. : Un hemipléjico que no puede asearse. Este hecho implica una disfunción con respecto a su entorno y que es fundamental en su interacción social para su desempeño ocupacional.

METODOLOGÍA: Es el método específico y diferencial del terapeuta ocupacional. Esta metodología consta de los siguientes apartados

- Evaluación ocupacional
- Planificación de tratamientos
- Ejecución de tratamientos
- Valoración de resultados

Todo ello con relación a unas determinadas actividades y su análisis.

Al ser este proceso de la terapia ocupacional circular, para comenzar nos situaremos en los marcos de referencia teóricos y en los modelos de práctica, ambos pueden considerarse como un conjunto de supuestos básicos que delimitan un tipo particular de quehacer dentro de una disciplina científica, abordan el tratamiento de modos distintos dependiendo de la propia sujestionabilidad del terapeuta y de sus conocimientos condicionando por tanto el abordaje del sujeto, son previos a la aparición de éste.

En un sencillo esquema podríamos concluir que con relación a los marcos de referencia y los modelos de práctica desarrollamos:

- Evaluación ocupacional
- Planificación de tratamientos
- Ejecución de tratamientos
- Reevaluación
- Valoración de tratamientos y programas

MARCOS DE REFERENCIA

Como ya comentamos anteriormente estos marcos de referencia podían encargarse o bien de trastornos físicos o psíquicos, pues bien, empezaremos a desarrollar estos últimos comenzando con el:

MODELO MÉDICO: Es un marco de referencia aunque se llama modelo, establece una explicación causal, responde a la regla:

SI A-----ENTONCES B

Es el modelo históricamente más antiguo, de los antiguos físicos y filósofos que estudiaban la naturaleza, el ser humano, la enfermedad. Este modelo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y actualmente cuenta con mucha vigencia, es un modelo con siglos de estudio y que tiene mucha influencia en el resto de las disciplinas de la salud.

Se basa en la explicación causal del comportamiento, es decir, un conjunto de síntomas están relacionados con una causa llamada etiología, por consiguiente todo comportamiento anormal tiene una etiología específica que son las causas, éstas pueden ser fisiológicas, víricas, estructurales.

Aunque estamos caracterizando los conceptos básicos del modelo médico éste se ha ido enriqueciendo progresivamente a lo largo de los años tendiendo a la multicausalidad.

La metodología utilizada por este modelo para desarrollar los tratamientos y la practica es la siguiente:

- Identifica los síntomas del comportamiento problema, de todos los comportamientos habrá alguno que no sea síntoma, por lo llegamos al punto siguiente.
- Delimitar dentro del comportamiento del sujeto cual son síntomas y cuales no lo son.
- Los síntomas una vez delimitados constituyen un SINDROME.
- Una vez determinado éste se valoran otros aspectos como por ejemplo, personalidad previa del sujeto, agudeza del síndrome cronicidad, síntomas sociales llegando así a un DIAGNOSTICO. Por ejemplo para hacer un diagnostico diferencial de si un sujeto padece esquizofrenia o paranoia
- Debemos determinar si existen brotes, (en la esquizofrenia los hay y en la paranoia no) si el sujeto fue siempre así etc.
- Una vez determinado el diagnostico, éste remite a la etiología.
- Eliminar la etiología

Este modelo presenta alguna dificultad cuando el terapeuta trata determinados casos en los que se desconoce la etiología, así la oligofrénia dentro de la salud mental presenta problemas a la hora de concretar su etiología.

Este modelo hace mínima la afectación que produce el síntoma, es decir, pretende que el síntoma invalide lo menos posible al sujeto, es decir que éste pueda conseguir el mayor grado de autonomía e independencia

MARCO DE REFERENCIA COGNITIVO–CONDUCTUAL: En oposición al modelo médico, este marco de referencia explica el comportamiento no de modo causal sino funcional, respondiendo a la fórmula.

CUANDO A-----ENTONCES B

Pretende estudiar el comportamiento a través de una función que pone en relación dos elementos, A y B.

Según este modelo, o todos estamos un poco enfermos, o todos estamos un poco sanos.

Rechazan el concepto de enfermedad mental, el comportamiento es múltiple y variable y no se corresponden con comportamientos estancos.

El terapeuta ocupacional se encargaría según este marco de referencia de aquellos sujetos que se sitúan en los extremos de la media (campana de Gauss).

Este marco explica la contingencia entre un conjunto de estímulos y las respuestas del sujeto, poniendo en relación dos variables. Éstas nunca son de tipo intraorganísticas

Aunque estamos estudiando realmente dos marcos en uno, estas características son más propias del marco conductual o situacionista, éste sólo se encarga de contemplar estímulos ambientales.

En general ambos llevan a cabo una metodología experimental, tratando de establecer hipótesis que pongan en relación estímulos y respuestas y contrastarlas a través de la manipulación de las variables que se incluyen en esa hipótesis.

Existen dos enfoques principales del abordaje de este marco de referencia.

– Teorías de aprendizaje situacionista

- . Aprendizaje clásico o de Pavlov
- .Aprendizaje operante o de Skinner

El primero apunta cómo las personas aprenden nuevas respuestas asociando un conjunto de circunstancias que previamente no originaron una reacción particular con otro conjunto de circunstancias que ya condujeron a la reacción. Responde a la fórmula E-----R.

El segundo se aplica a situaciones de aprendizaje más generales, los comportamientos son aprendidos como resultado de las consecuencias ambientales que una persona recibe cuando desarrolla el comportamiento. Si al comportamiento sigue una consecuencia positiva, se incrementa la posibilidad de que el comportamiento se repita. El operante es un comportamiento que resulta de un refuerzo. Responde a la fórmula

E-----R-----K-----C (Siendo K la relación de contingencia). K, hace referencia a la relación entre la respuesta emitida y el contingente. La consecuencia en caso de ser positiva actuará como refuerzo.

– Teorías interaccionistas.

Aprendizaje vicario: Introducido por Banduras (teniendo en cuenta variables intraorgánicas). Responde a la fórmula E-----O-----R

También se comienzan a tener en cuenta lo que se conoce como CONDUCTISMO PARADIGMÁTICO en el que se tiene en cuenta el llamado repertorio básico de conductas.

En la secuencia: E---O---R---K---C introducimos además

E1---O1 (Hace referencia a la historia pasada del sujeto que influye en él) y

E2---O2 (hace referencia a la historia actual del sujeto que también influye en él)

MARCO DE REFERENCIA HUMANISTA O FENOMENOLÓGICO:

Los psicólogos humanistas, tienen una visión particular del ser humano, lo consideran un ser integral, poseedor de unas características personales que cada individuo desarrolla desde el nacimiento. La imagen o concepto de uno mismo, se realiza según este modelo mediante la interacción del individuo con el entorno y con otras personas. Así todo ser humano tiene unas potencialidades y adquiere unos valores que le hacen crecer hacia la autorrealización. Más que un marco de referencia es una técnica de análisis del comportamiento. Está influido por el psicoanálisis, por la obra de Freud. Este humanismo surge como reacción a los postulados del psicoanálisis. La actuación de la persona no está predeterminada ni por el inconsciente, como definen los psicoanalistas, ni por el ambiente como señalan las teorías conductistas, sino que es libre de elegir su propio destino.

Los teóricos de este modelo defienden que lo que importa es la experiencia subjetiva, cada persona tiene sus propias vivencias, y estas percepciones son su realidad, única y diferente de las del resto de las personas.

El principal objetivo del humanismo es contribuir al desarrollo de un entorno digno y ajustado al ser humano, con la creación de condiciones óptimas que permitan el desarrollo personal de cada uno. El humanismo está influido también por la escuela de la fenomenología (Heidegger), el cual decía que la realidad subjetiva para una persona tiene más valor que la realidad objetiva, y también está influido por la filosofía existencialista, representadas por Sartre, Nietzsche y la escuela de la Gestalt.

El primer supuesto básico de esta teoría es que cada ser humano tiene la tendencia básica a evolucionar y a autorrealizarse mediante la interacción con su entorno. La tendencia de desarrollo surge del propio individuo.

Otro supuesto es que el desarrollo humano se produce en un intercambio activo y autodeterminado del individuo y sus bases biológicas con su entorno. El último supuesto es que cada ser humano es un ente inseparable, compuesto de cuerpo, emociones, sentimientos, percepciones, pensamientos, ideas, valores, actuaciones y relaciones con su entorno, y por consiguiente no se puede incidir sobre unos sin tomar en cuentas el resto.

Por último el hombre como organismo está en una acción e intercambio permanente con su entorno y tiende a conservarse a sí mismo en su medio. Se mantiene en un proceso de búsqueda de equilibrio que le llevan a utilizar estrategias momentáneas cuando no puede conservar su estabilidad.

Características del ser humano abordado por el humanismo:

- Destaca la importancia de la percepción individual, y particular del sujeto como determinante de la conducta individual en cada momento (nos comportamos según percibimos). En la famosa figura de las caras y el jarrón hay quién percibe dos caras y quién percibe un jarrón, depende de la percepción individual.
- El ser humano es pensante o independiente y su comportamiento no tiene causas subyacentes para explicar éste. Es responsable sus propios actos.
- La persona nace con un potencial de desarrollo innato en ella y tiende a la consecución de metas positivas, esto es a desarrollarse, por ejemplo llegar a ser estudiante.
- Rechaza el concepto de enfermedad mental, según el modelo médico y toda etiqueta diagnóstica diciendo que todo comportamiento puede ser normal, si lo colocamos en la posición del sujeto percibiendo según él percibe.

Metodología:

Los humanistas le dan poca importancia a la dimensión histórica, sólo importa el aquí y ahora, trabajan por tanto modificando la percepción en un momento determinado, el humanismo se basa en la percepción del sujeto en el momento en que se trata, desechando la dimensión histórica a la hora del tratamiento, aunque esta es importante a la hora de elaborar su historial clínico.

Los autores relevantes de este marco en enfermedades mentales, son:

C. Rogers, Abraham Maslow y R. Laing.

Para C. Rogers es importantísimo el potencial de desarrollo humano que tiende a la consecución de metas positivas, a este potencial le llama Rogers, potencial de autorrealización; éste es innato y gracias a él pueden conseguirse metas positivas. La potencialidad se desarrolla con la interacción del sujeto con el entorno desarrollándose lo que se conoce como un autoconcepto; este tiene que ver con el hecho de cómo valora el sujeto sus experiencias vividas y el enjuiciamiento que los demás hacen de ellas. Si hay incongruencias entre el autoconcepto (valoración que el sujeto tiene de sus propios actos) y el juicio de los demás se producen conflictos que entorpecen el desarrollo, si creamos un clima psicológico adecuado de modo que se elimine la incongruencia se favorecerá el desarrollo del potencial de autorrealización.

P.D.

El terapeuta ocupacional actuará EN UN MOMENTO DETERMINADO sin INDAGAR EN LA HISTORIA animando al paciente a desarrollar su potencial de autorrealización que aunque disminuido es innato. Y también debe eliminarlos juicios de valores sobre el entorno.

MARCOS DE REFERENCIA

(trastornos fisiológicos)

INTRODUCCIÓN

El ámbito de aplicación de estos marcos es la rehabilitación física o de los trastornos de carácter físico. El concepto central o fundamental es la HOMEOSTASIS, o constancia del medio interno.

La homeostasis permite una mayor libertad al ser vivo, ya que éste no es tan dependiente del medio ambiente y le ha permitido colonizar zonas con condiciones ambientales adversas. Gracias a la homeostasis se consiguen corregir las modificaciones del medio interno inducidas por variaciones del medio externo. La homeostasis se basa en el potencial genético y la propia integridad del individuo (sistema endocrino, nervioso, muscular, cardíaco)

Al terapeuta ocupacional no le interesan específicamente los cambios internos, sino las implicaciones externas a las que ha conllevado esa falta de equilibrio interno. Por ejemplo supongamos un brote agudo en un paciente con esquizofrenia, que durara tres semanas, durante este tiempo no es que el terapeuta no pueda actuar como miembro de un equipo multidisciplinar en el abordaje de esa patología sino que el mayor peso en el abordaje de la problemática del paciente lo llevará otras disciplinas, en este caso la psiquiatría, el terapeuta actuará como tal por tanto, pasado el brote agudo en tanto que éste tenga alguna implicación social, por ejemplo que padezca un delirio residual tras sufrir el brote que le impida relacionarse socialmente.

MARCO DE REFERENCIA BIOMECÁNICO

Este marco de referencia se utiliza exclusivamente en la referencia biomecánico y rehabilitación en tanto que este último concepto es siempre más amplio y genérico que aquel. El término biomecánico está integrado semánticamente por partes: Bio (hace referencia a todo lo que se relaciona con la fisiología neuromuscular, anatomía músculo esquelética y la biomecánica, se interesa por los huesos, los músculos y su funcionamiento) y Mecánico (hace referencia a las leyes de la física, todo aquello que tiene que ver con la ley de la gravedad, la palanca, etc.)

Desde este marco de referencia se entiende al ser humano como una máquina que desempeña sus funciones con alguno de estos cuatro elementos:

FLEXIBILIDAD, FUERZA, ESTABILIDAD Y RESISTENCIA para aumentarlos, lógicamente; trabajando estos elementos se consigue aumentar la funcionalidad del individuo, a través de ejercicios isotónicos, isométricos, para aumentar la fuerza, aumentar la tolerancia al trabajo, aumentar la masa muscular; mediante movimientos de carácter repetitivo se consigue aumentar el rango de movimiento articular.

Es un marco de referencia muy próximo al campo de la fisioterapia ya que muchos objetivos son comunes en ambos casos pero con algunas salvedades, así mientras que al fisioterapeuta le preocupa que el paciente recupere la funcionalidad de un determinado músculo, al terapeuta le preocupará que su paciente recupere la funcionalidad como sujeto que se interrelaciona con su ambiente por medio de una actividad propositiva.

En el intento de este logro se trabajará lo más cerca posible de los límites del paciente sin provocar fatiga, e ir

aumentando progresivamente el umbral persiguiendo la mejoría. Se deben graduar los elementos del programa para aumentar o disminuir el grado de resistencia, alternando la velocidad, la duración, el número de repeticiones etc.

Dentro de este marco hay tres abordajes diferentes

- Abordaje a través de actividades graduadas
- Abordaje de las A.V.D
- Abordaje llamado compensatorio

El primero se basa en analizar una actividad sea del tipo que fuere por ejemplo artesanal, juegos, etc., no porque el paciente necesite hacerla sino porque en ella están implicados los factores que queremos trabajar con el sujeto. En la ejecución de esa actividad, ésta es utilizada en función de determinados movimientos que queremos trabajar con nuestro paciente, por ejemplo para aumentar la fuerza, la resistencia, la bipedestación etc. LA ACTIVIDAD NO TIENE PORQUE SER SIGNIFICATIVA PARA EL PACIENTE. La actividad se usa para producir determinados efectos en el paciente, es decir, movimientos definidos que ejercitan grupos musculares concretos para aumentar la tolerancia al esfuerzo, la bipedestación, la sedestación. El método usado en este abordaje se basa en: La evaluación física previa y funcional de la movilidad.

Los datos obtenidos y su análisis permiten establecer el punto de partida a partir del cual, la mejoría, puede contrastarse posteriormente. Evalúa por tanto los aspectos físicos para ponerlos en relación con la funcionalidad.

¿Qué evaluamos?, se evalúa el rango articular, el balance o potencia muscular, la resistencia al esfuerzo, el tiempo y velocidad del movimiento, su repetición etc.

A partir de la evaluación se elabora un tratamiento y una posterior reevaluación para contrastarla con la línea base inicial. La evaluación está ligada a una tarea funcional y significativa. El terapeuta debe comenzar preguntando al paciente, por ejemplo, qué roles desempeña, en qué habilidades sociales está más implicado, etc., y no midiendo en primera instancia el arco de movimiento del miembro superior.

El problema de este abordaje es que muchas veces se subordina la actividad al proceso, es decir, se terminan aplicando actividades estereotipadas perdiéndose de esta manera el sentido de la actividad como tal, a veces son actividades carentes de sentido.

En la medida de lo posible se debe informar al paciente porqué realiza esa actividad para que comprenda el engarce que posee con respecto a la funcionalidad, esto es, alomejor no le gusta hacer telares pero el movimiento de los grupos musculares que intervienen en esa actividad le facilita poder peinarse.

Se deben evitar por tanto las actividades estereotipadas aunque no siempre lo que conviene al paciente le interesa realmente se siente atraído por ello. Esto es una crítica con la que cuenta este abordaje.

El segundo abordaje se centra en el análisis de la movilidad asociada a las actividades de la vida diaria. Este supuesto básico es que la práctica permite la mejoría por lo tanto ésta viene de la repetición de la práctica de una actividad, retando al sujeto a ir en su aumento. Debemos consolidar las habilidades y felicitar los logros.

El tercer abordaje está orientado para pacientes con discapacidad residual, se centra en el uso de prótesis, órtesis, ayudas técnicas

Y adaptaciones en el hogar. Se usa cuando hay discapacidades residuales que no pueden aumentarse, Ej, una

silla de ruedas. Se deben intentar retirar en la medida de lo posible las ayudas. Es un abordaje compatible con los dos anteriores.

Este abordaje maneja aspectos como

- – Administración y organización del tiempo empleado en las actividades.
- – Conservación de la energía
- – Economía articular
- – Ritmos ocupacionales o de actividad
- – Planificación del estilo de vida

Para resumir podemos afirmar que los principios y métodos de este marco de referencia, son adecuados para pacientes que sufran afecciones que alteran directamente la amplitud de movimientos, la fuerza o la resistencia para ejecutar las tareas cotidianas, pero que tiene control voluntario de movimientos específicos y de patrones motrices.

El enfoque biomecánico para el tratamiento entraña la aplicación de principios mecánicos de cinética y cinemática al movimiento del cuerpo humano. Este enfoque, precedió al desarrollo del enfoque basado en el neurodesarrollo. La actividad física para el ejercicio terapéutico fue usada por terapeutas ocupacionales en 1940 dándole el nombre de *Terapia Ocupacional Cinética*, para indicar que su objetivo es la restauración y no la diversión.

Evaluación y tratamiento (capítulos 7y8, Trombly)

Este marco tiene aplicaciones en: Terapia para la mano, fracturas, artritis, lesiones medulares, quemaduras, rehabilitación cardíaca, amputaciones y prótesis.

MARCO DE REFERENCIA DEL NEURODESARROLLO

Este marco de referencia está basado en los principios de control motor, facilitación neuromuscular e integración sensorial. Tiene influencia en lo que se refiere al desarrollo individual del sujeto. Está indicado en pacientes con trastornos físicos, sobre todo de orden pediátrico, trastornos psíquicos, por ejemplo autismo, y trastornos del aprendizaje.

Las técnicas son usadas por fisioterapeutas y no por terapeutas ocupacionales, olvidando incluir patrones de movimiento funcional; en cualquier caso ha tenido mucha difusión en nuestra disciplina ya que son usadas como técnicas coadyuvantes en la terapia ocupacional.

El énfasis se basa en:

El uso de una secuencia de las intervenciones del terapeuta ocupacional a través del uso de percepciones sensoriales y respuestas motoras voluntarias y reflejas para promover el logro y la progresión de la utilización de la actividad que implican habilidades de complejidad creciente para optimizar la movilidad del paciente.

Se basa en estímulos sensoriales para favorecer el movimiento adecuado, esto es, a través de la aferencia sensorial que se puede dar a un sujeto, se favorece el movimiento adecuado.

El control del movimiento viene determinado por el movimiento residual y reflejo, para desarrollar así patrones de movimiento adecuado a través de las percepciones sensoriales

Este marco de referencia y sus correspondientes abordajes son complejos y requieren una formación específica y considerablemente práctica.

Los abordajes de este marco son:

- Método Bobath
- Facilitación neuromuscular propioceptiva
- Educación conductiva
- Método Rood
- Método de integración sensorial
- Adaptación espacio-temporal
- Estimulación sensorial

Método Bobath

- Su acción es sobre el control motor. Trabaja con el posicionamiento del sujeto para inhibir reflejos patológicos, reducción del tono muscular y sinergia, facilitando el desarrollo de patrones de movimiento normalizados.
- Facilitación del movimiento correcto mediante el posicionamiento.
- Trabaja desarrollando una secuencia ligada al desarrollo evolutivo.
- Control de la sedestación, rastreo, bipedestación, control del cuello, del paso, de la marcha.

Es un abordaje bilateral, integrándose ambos hemisferios cerebrales, derecho e izquierdo, facilitando actividades que traspasen la línea media, actividades con miembros superiores, inferiores, superiores en diagonal, garra bilateral, rotación del hombro, etc. Este abordaje está basado en la aferencia sensorial como medio de controlar el movimiento. El doctor Bobath diseña métodos para la evaluación y el tratamiento de personas con parálisis cerebral y hemiplejías, manteniendo que podría ser efectivo para cualquier paciente con patrones anormales de movimiento. La idea básica de este abordaje, es que se aprenden las sensaciones del movimiento, no los movimientos.

Cuando se lesiona el cerebro, se desarrollan patrones anormales de postura y movimiento que son incompatibles con las actividades diarias normales. Estos patrones anormales se desarrollan porque la sensación se deriva hacia ellos.

Método Rood

Son similares al abordaje de la facilitación neuromuscular propioceptiva y al método de integración sensorial, sólo que este método enfatiza sobre la sensación táctil, desarrollando los llamados menús sensoriales (por ejemplo pasando un cepillo por la piel del paciente, utilizando hielo, vendajes, presión, estiramiento, etc.)

Método de integración sensorial o de Ayres

Se usan en trastornos pediátricos, sobre todo en niños con dificultad en el desarrollo, y también en adultos con trastornos psiquiátricos y discapacidades mentales. Basándose en las aferencias para favorecer el desarrollo de actividades en las que el sujeto tiene retraso, utiliza las actividades como juego o éstos como actividades importantes en su abordaje, usa sonidos, colores, formas. Utiliza la estimulación y el equipamiento necesario a nivel vestibular y subcortical.

El proceso de la terapia ocupacional

1

18