UNIENDO IDEAS HACIA UN MISMO OBJETIVO: LA SALUD MENTAL

Miriam Vallés Jordá · Ramón Alarcón Fernandez · Alba Angulo García · Miriam Ferré Cabré · Elena Ganga Linares · Anna Luque Susín · Catarina Martínez Ferreira · Judith Pérez Sancho · Vanesa Pujol Goixens · Blanca Salinas Voltà
Compiladores

Promueve y coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega
de Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:

La Salud Mental

Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata

FOTO DE PORTADA: D. David Gil Sánchez, autoriza a Revista Terapia Ocupacional Galicia (Revista TOG), a la reproducción de la foto que figura en la portada del Suplemento 5, que lleva por título: Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:La Salud Mental Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiatrico Institut Pere Mata. La reproducción de la foto de portada requerirá la autorización expresa del autor de la fotografía y del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Pudiendo tomar cualquier tipo de acción legal el autor de dicha fotografía como la propia institución, si se reproduce en otro medio sin su autorización. Revista TOG no se hace responsable del uso de la imagen que sin la autorización del autor se haga fuera del contexto para la que fue cedida.

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:

La Salud Mental

Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata

Como citar este libro en sucesivas ocasiones
Valles Jorda M, Alarcón Fernandez R, Angulo Garcia A, Ferré Cabré M, Ganga Linares E, Luque Susín A et al., compiladores. Uniendo ideas hacia un mismo objetivo: La Salud Mental. Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2009 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/suple5.pdf

Publicado en www.revistatog.com
ISSN 1885-527X
Diciembre 2009

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:

La Salud Mental

Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata

COMPILADORES DEL DOCUMENTO

Directora del Comité Científico Organizador:

Dña. Miriam Vallés Jordá

Comité Científico Organizador:

D. Ramón Alarcón Fernandez
Dña. Alba Angulo Garcia
Dña. Miriam Ferré Cabré
Dña. Elena Ganga Linares
Dña. Anna Luque Susín
Dña. Catarina Martinez Ferreira
Dña. Judith Pérez Sancho
Dña. Vanesa Pujol Goixens
Dña. Blanca Salinas Voltá

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Reus

Catalogación_

Valles Jorda M, Alarcón Fernandez R, Angulo Garcia A, Ferré Cabré M, Ganga Linares E, Luque Susín A et al., compiladores. Uniendo ideas hacia un mismo objetivo: La Salud Mental. Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2009 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/suple5.pdf

Páginas 290
Incluye Bibliografías e Índice
Versión electrónica, imprimible

ISSN 1885-527X

Título Original:

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo: La Salud Mental. Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. ©
Linking ideas toward a single goal: Mental Health. Proceedings of the II Conference of Occupational Therapy in Mental Health University Psychiatric Hospital Institut Pere Mata. ©

Esta primera edición fue publicada en el mes de Julio de 2009 según acuerdo entre Revista TOG, APGTO, y los Profesionales de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata de la localidad de Reus. Cataluña. Como resultado de las Jornadas Científicas de Terapia Ocupacional que se desarrollaron en el año 2008 en esta localidad.

REVISTA TOG	CONTACTO CON REVISTA TOG
www.revistatog.com	**Visite nuestra página** www.revistatog.com **ESPAÑA** **Email:** miguelrevistatog@yahoo.es revista_tog@yahoo.es

ISSN 1885-527X

La Terapia Ocupacional es una ciencia en constate cambio. Según avanza las nuevas investigaciones y la experiencia teórica y clínica nuestro conocimiento crece. Los compiladores de la obra y los autores de los capítulos han verificado toda la información con fuentes fidedignas, para asegurarse que sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Aún así, por posible error en la trascripción o en la recogida de datos, se recomienda

al lector confirmarlas con otras fuentes. Los compiladores y autores, han realizado todo el esfuerzo posible para localizar a los titulares del copyright del material utilizado. Si por error u omisión no se ha citado algún titular, se subsanará en nota que www.revistatog.com editará en su página web una vez localizado.
Gracias por acceder a www.revistatog.com. Este libro es resultado del esfuerzo de sus compiladores y autores, así como del compromiso de la APGTO, Revista TOG y la UDC (en su fase de traducción).
Para usar el material que se ofrece con este libro es necesario la confirmación de Revista TOG por medio del email miguelrevistatog@yahoo.es y la referencia obligada del libro y de Revista TOG.

Revista TOG mantiene todos los derechos sobre este libro, para cualquier utilización de sus contenidos, tiene que haber permiso expreso de Revista TOG (por medio del mail miguelrevistatog@yahoo.es).

La Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales es la editora de Revista TOG. La idea principal de TOG, mas allá de la Asociación Profesional de la que parta, es conseguir unificar criterios científicos y aunar al mayor número posible de profesionales y ciencias afines, que se sientan identificados con la publicación.

Rev. TOG intenta ser un puente entre los profesionales de América Latina y del resto del mundo con los profesionales que residen en España.

Rev. TOG intenta tener un cuerpo estructural y metodológico concreto para poder ofrecer a sus lectores un rigor científico, convirtiéndose así en una más de las fuentes de conocimiento actual.

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Componentes de la Junta directiva de APGTO

Presidenta
Nereida Canosa Domínguez

Vicepresidenta
Raquel Feal González

Secretaria y Tesorera
Cristina Novo Díaz

Vicesecretaria y Tesorera
Minia Pardo Vence

Vocales
Lorena Pier García
Jesús López Otero

Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Componentes de Revista TOG

www.revistatog.com

Director de TOG
D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Secretaria
Dña. Marta Blanco Vila.

Comité Redactor
Dña. Nereida Canosa Domínguez.
Dña Uxia Gutiérrez Couto.
Dña Lina Mallón Cabanzo.

Comité Asesor
Dña Ana Calvo Ferrer.
Dña Azucena Blanco Pérez.
Dña Beatriz Casal Acción.

Comité de Difusión de TOG
Dña. Lucia Vilanova Trillo
Dña. Aloia Lema Tilve
Dña. Silvie Christinat Souto.
Dña. Tamara Ferrer Basanta

Comité de Estilo
Dña. Teresa Mejuto Martí.

Web Master.
D. Eladio Fernández Barrigüete

Comité de revisión bibliográfica Grupo 1
Dña. Lydia Abad Itoiz
Dña. Scheherazade Couce Loureiro
Dña. Silvia Gerpe López
Dña. Alba Mayán Carballa
Dña. María José Hermida Magariños

Comité de revisión bibliográfica Grupo 2
Dña. Yoanna Corral Bergantiños
Dña. Silvia Eiroa Santos
Dña. Tania Muiño Vila
Dña. Miriam Soliño Barros

Comité de recursos informáticos
Dña. Laura Nieto
Dña. Sonia Reboredo

Equipo de Traducción Grupo 1
Dña. Cristina Gutiérrez Borge
Dña. Patricia de la Fuente López
Dña. Tania Colias Sebastián
Dña. Mar Crespo Bustos
Dña. Ana Losa Rincón

Equipo de Traducción Grupo 2
Dña. María Pais Abeijón
Dña. Lucía Outeiral Barbazán
Dña. Verónica Varela Domínguez
Dña. Vanesa Suárez
D. Jesús Mosquera Fontes
Dña. Mª Jesús Viña Areosa
Dña. Laura Maciñeiras Regueiro
Dña. Beatriz Abril Candiera

Comité de Honor Nacional
Dña. Mercedes Abella
Dña. Maria José Román
Dña. Ana Fons
Dña. Alicia Chapinal

Comité de Honor Internacional
Dña. Suzanne Peloquin.
D. Gary Kielhofner.
Dña. Ann A Wilcok
Dña. Christine Chaparro
Dña. Judye RanKa
Dña. Hanneke Van Bruggen
Dña. M. Carolym Baum
Dña. Kit Sinclair
Dña. M Pattison

Comité Científico Nacional
Dña. Adriana Avila Álvarez.
D. Pablo Cantero Garlito.
Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.
Dña. Nuria García Gonzalo.
Dña. Pilar García Margallo
D. Pedro Moruno Miralles.
Dña. Emilia Navarron Cuevas.
Dña. Cecilia Ruiz Montero.
Dña. Teresa Sánchez Mozo.
D. Salvador Simo Algado.
Dña. Dulce Romero Ayuso.
Dña. Inés Viana Moldes.
Dña. Alba Mª Vázquez Otero
Dña. Lorena Vilaboy Filgueiras
D. Luís María Berrueta Maeztu
D. José Ramón Bellido Mainar
Dña. Ingrid Carrasco Rojo
Dña. María Jesús Laguna Canadilla
Dña. Alba María Mouzo Filgueiras
Dña. Inés Calvo Torres
Dña. Berta Pazos Lorenzo

Comité Científico Internacional
Dña Eva Beatriz Carbone.
Dña. Liliana Paganizzi.
Dña. Claudia Marcela Rozo Reyes.
Dña. Andrea Monzón

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:

La Salud Mental

Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata ©

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia. Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Reus

Agradecimientos_

Una increíble sensación es la que siento al poder escribir esta líneas, pues algo que parecía imposible como esta publicación, finalmente ha pasado a convertirse en una realidad.

Este suplemento es la culminación de un sueño, algo que nació hace años como una simple idea, surgida de una reunión del primer grupo de Terapeutas que trabajaron en el Institut Pere Mata, y empezaron a abrirse camino convocando las I Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental, poco a poco este equipo de terapeutas se fue renovando y creciendo, pretendiendo dar un pequeño paso más allá, lo que llegó a convertirse en un gran reto para nosotros, por un lado ampliar la duración de las jornadas e intentar concentrar un gran número de profesionales: Psiquiatras, psicólogos y Terapeutas Ocupacionales en su mayoría, procedentes de distintas comunidades autónomas que intervinieran en distintos ámbitos dando a las jornadas un carácter nacional. Profesionales que compartieran así su experiencia, creando un espacio de comunicación entre Terapeutas ocupacionales, estudiantes y demás profesionales del mundo de la salud, cobrando así doble sentido, por una parte informativo/comunicativo y por otro formativo, abierto no solo a profesionales sino a estudiantes y cualquier persona interesada en conocer el trabajo de los Terapeutas Ocupacionales, los equipos y los proyectos en los que intervienen.

Después de mucho esfuerzo , en el que la ilusión por perseguir un sueño actuó de motor para seguir adelante en los momentos mas duros, queremos dejar hoy constancia con este documento de que hemos hecho realidad este proyecto de que es posible alcanzar una meta con esfuerzo y espíritu de lucha.

Queremos dedicar este trabajo a toda aquella gente que ha conseguido hacer de este sueño una realidad: A los primeros Terapeutas que abrieron camino a nuestra profesión en el hospital y a todos aquellos que han pasado por el mismo reforzando la idea de la necesidad de esta figura en los equipos de intervención; al departamento de formación por habernos apoyado en todo momento en la organización de las jornadas: David, Consuelo, Marina , y en especial a Tania por la implicación que han demostrado y por su paciencia. Al Hospital Psiquiatric Universitari Institut Pere Mata por apoyar la idea inicial de la realización de las primeras jornadas y las segundas tratándose de un proyecto de mayor envergadura; a la Directora Médica Imma Grau por ser la primera en creer en nuestra disciplina y la necesidad de la figura del Terapeuta Ocupacional, al Dr Antonio Labad por apoyar este proyecto desde el departamento de formación. A la universidad Rovira Virgili por cedernos sus instalaciones para llevar a cabo las jornadas.

A todos los profesionales que mostraron interés en la participación de las mismas y todos aquellos que pudieron participar en este proyecto, teniendo en cuenta que el mayor beneficio que podíamos ofrecer era nuestra ilusión por su presencia.

A los autores de los documentos de esta compilación.

A los Terapeutas que colaboraron en la realización de las jornadas, pero que no han podido hacerlo en este proyecto.

A toda la gente que acudió a las jornadas, sin vuestra presencia e interés este proyecto no habría podido salir adelante.

A las personas que acuden a los servicios de Terapia Ocupacional, en especial a los relacionados con el mundo de la salud mental por ser ejemplo de superación para nosotros y nuestra razón para mejorar en el trabajo día a día.

A todo el equipo de la revista TOG, por brindarnos esta oportunidad de formar parte de la historia escrita de la Terapia Ocupacional, y por el trabajo que viene realizando desde hace tiempo, ahora que lo conocemos más de cerca sabemos que es muy grande.

A mis compañeros compiladores, parecía que nunca lo veríamos terminado, pero por fin ha llegado, lo hemos conseguido.
A toda nuestra gente, familia y amigos que nos ayudaron y dieron soporte en los momentos más duros que tuvimos tanto en la realización de las jornadas como en este proyecto.

Y por último quiero dar la gracias al director de la Revista TOG, Miguel Ángel Talavera, por minimizar los obstáculos, por su apoyo incondicional, por sus ánimos y por su infinita paciencia; y a vosotros los lectores que ahora pasáis a ser cómplices también de este proyecto.

Miriam Vallés Jorda
Terapeuta Ocupacional y Directora del Comité Científico Organizador

La culminación de los retos

La realidad es la fuente de la que todos bebemos, aunque en ocasiones la realidad nos supere. Cuando flaqueamos en nuestras intenciones buscamos consuelo en nuestras motivaciones que nos llevaron hasta ese lugar. Es entonces cuando nos reflexionamos sobre los motivos que nos llevaron a escoger ese camino y llegar hasta donde estamos. Buscamos la motivación suficiente para nuestros retos en nuestros sueños, anhelos, objetivos, logros, metas, entre otras. Pero que maravillosa sensación la de ser capaces de encontrar la pizca suficiente para culminar lo que al menos se parece a aquello que quisimos hacer. La realidad, al final siempre nos devuelve parte de nuestros esfuerzos y nos sitúa en el lugar que nos merecemos, que se merecen nuestras inquietudes, nuestros sueños y nuestras motivaciones.

Desde Revista TOG, queremos felicitar a todo el grupo humano del Institut Pere Mata de Reus (D. Ramón Alarcón Fernandez, Dña. Alba Angulo Garcia, Dña. Miriam Ferré Cabré, Dña. Elena Ganga Linares, Dña. Anna Luque Susín, Dña. Catarina Martinez Ferreira, Dña. Judith Pérez Sancho, Dña. Vanesa Pujol Goixens. Dña. Blanca Salinas Voltá y a Dña. Miriam Vallés Jordá) por su esfuerzo, tesón e iniciativa. Sabemos lo dificil que es dar forma a un documento científico y sabemos lo complicado que es que los retos salgan a flote. Me gustaría agradecer y destacar la labor tan gorda con la que la directora de compilación Dña. Miriam Vallés Jordá cumplió su cometido. En la vida te encuentras retos que son montañas, pero hasta que no ves el camino no eres capaz de subirlo. El resultado es este documento, que ageno a las dificultades que seguro aparecieron durante su compilación, es sin duda, el mejor legado a unas Jornadas Científicas que se desarrollaron en vuestra institución. Esta es la culminación a vuestro reto.

Miguel Ángel Talavera Valverde
Director de Revista TOG.

Introducción_

La palabra introducción, además las acepciones de *preámbulo de una obra literaria o científica* o el más conocido *acción y efecto de introducir* tiene uno muy interesante para el tema que nos ocupa: *preparación, disposición para llegar al fin propuesto.*

Esto que escribo es una introducción, una *preparación* para los contenidos que encontraréis más adelante. Pero la *disposición para llegar al fin propuesto* es lo que este equipo de personas nos han mostrado y demostrado; porque conseguir que las II Jornadas de Terapia Ocupacional hayan llegado a buen puerto les ha supuesto un esfuerzo, un trabajo y una carga especiales.

Todos sabemos que organizar cualquier acto supone destinarle tiempo y ganas; ya sea desde preparar una simple fiesta de cumpleaños para un amigo hasta un reunión de ámbito internacional, todo requiere una previsión, una dedicación y una inversión muy importantes. Si lo que se pretende es sacar adelante la celebración de unas jornadas por parte de personas cuya actividad cotidiana no tiene nada que ver con estas cuestiones, el mérito de su consecución es especialmente destacable.

La Terapia Ocupacional (TO) puede ser definida como el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o enseñar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales. Pero la asociación Profesional Española de TO especifica que es la disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa.

Cuando este arte o esta disciplina -como prefiráis- se aplica al tema de la Salud Mental, se une al hecho de trabajar con uno de los grupos marginales de nuestra sociedad, como son los enfermos mentales; de hecho hasta hace unos años ni siquiera se consideraba como parte de la sanidad. Si cualquier tipo de tarea que tenga que ver con las relaciones humanas profundas requiere individuos de una naturaleza especial, con estos pacientes todavía son más necesarias unas dotes especiales de cariño, de paciencia, de generosidad y, por supuesto, de profesionalidad.

Cuando este equipo de hombres y mujeres se propusieron llevar a cabo la realización de estas jornadas eran conscientes de que encontrarían dificultades; pero conforme todo iba avanzando parecía que éstas eran cada vez más grandes; que en vez de solucionarse los problemas, se multiplicaban y que aparecían situaciones inesperadas por todas partes.

Ya os he dicho antes que hay que ser de una pasta especial para dedicarse a estos temas. Así que ante las dificultades se crecieron, ante los problemas supieron encontrar soluciones y las situaciones inesperadas fueron resueltas con determinación y sensatez.

Cambiando totalmente de registro, querría hacer hincapié en los asistentes a las jornadas. La cifra aproximada de 150 personas inscritas nos da una idea de la importancia que han adquirido estas jornadas. En cuanto a la diversidad geográfica quisiera señalar que no sólo han venido personas desde nuestra propia comunidad autónoma, Cataluña, sino que se han desplazado desde Galicia, Las Baleares, Castilla la Mancha, La Rioja, Navarra o Madrid y otras que no incluyo por no convertir esto en una enumeración.

Las ponencias que encontraréis a continuación son una muestra de la variedad de temas que tienen que ver con el trabajo cotidiano de los terapeutas ocupacionales, visto desde diferentes enfoques: desde introducirnos al marco

para la práctica de la terapia ocupacional a los proyectos de vida para personas con trastorno mental.

También se han tratado los diferentes ámbitos en los que los TO pueden desarrollar su actividad: en patología dual, en trastornos de la conducta alimentaria o en la psicosis incipiente. Incluso aspectos tan fundamentales para los pacientes como la rehabilitación y la reinserción laboral o incidir un poco en la investigación.

El magnífico resultado obtenido quedó bien plasmado para aquellos que tuvisteis la suerte de asistir a las Jornadas. Para los menos afortunados, tenéis en las páginas que siguen un retazo de lo que allí se hablo, se formuló o se discutió.

No querría acabar esto sin agradecer a mis compañeros y compañeras Terapeutas Ocupacionales del HPU Institut Pere Mata la confianza que me han manifestado al ofrecerme la posibilidad de escribir estas palabras y así poder añadir mi grano de arena a la playa que ellos, con voluntad y coraje, han construido.

Tania Olivares Gil

Índice_

Agradecimientos 08
(Miriam Vallés Jorda)

La Culminación de los retos 11
(Miguel Ángel Talavera Valverde)

Introducción 12
(Tania Olivares Gil)

Índice de Contenidos. 15

Prefacio: 18
FEAFES

Prólogo:
(Gary Kielhofner) 21

Proyecto de vida en las personas con Trastorno Mental Grave 31
(Sergio Guzmán Lozano, Rosa María del Valle López)

Terapia Ocupacional en Rehabilitación Laboral 45
(Ester Franco Baguer)

Realización Personal a través de la Ocupación: Una mirada al interior de la persona. 68
(Imma Grau Joaquín, Miriam Vallés Jordá, Ramón Alarcón Fernández, Anna Luque Susín, Vanesa Pujol Goixens, Blanca Salinas Voltà)

Propuesta de Intervención desde Terapia Ocupacional, sobre los Efectos Secundarios de la Medicación Psiquiátrica.
(Imma Grau Joaquin, Elena Ganga Linares, Alba Angulo García, Miriam Ferré Cabré, Catarina Martínez Ferreira, Judith Pérez Sancho) 79

Introducción al Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Procesos **89**
(Pedro Moruno Miralles)

Revisión Sistemática de la Literatura Científica sobre Evaluación Ocupacional **105**
(Miguel Ángel Talavera Valverde)

Desafíos contemporáneos para la Educación y la Ciencia de la Ocupación: La Ecología, la Ética y la Justicia Ocupacional. **165**
(Salvador Simó Algado)

Terapia Ocupacional y Tratamiento Asertivo Comunitario. **196**
(Montserrat Neira Rodríguez, Mar Valcarcel López, Paula Cores Viqueira, Verónica Ferro Iglesias)

Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. **216**
(Luis María Berrueta Maeztu, José Ramón Bellido Mainar, Cristina Rubio Ortega, Patricia Sanz Valer)

La importancia del Ambiente en la Ocupación Humana. **232**
(Laura Vidaña Moya)

Hipoterapia, una experiencia con personas con Trastorno Mental Crónico **244**
(Esperanza Álvarez Miranda, Rosa Isabel Marañón González)

La Atención a la Psicosis Incipiente: Rol de la Terapia Ocupacional. **263**
(José Ramón Bellido Mainar)

Notas: **283**

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:

La Salud Mental

Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia. Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Reus

PROYECTO DE VIDA EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

PROJECT LIFE IN PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDER

PALABRAS CLAVE: Proyecto de vida, generalización, sensación percibida, proceso de rehabilitación.

KEYS WORDS: Life Project, generalization, sensation perceived , rehabilitation process.

DECS: Estilo de Vida, Generalización (Psicología), sensación, rehabilitación**.**

Mesh: Life Style, Generalization (Psychology), Sensation, Rehabilitation

Autores:
Dra. Rosa Mª del Valle López
Psiquiatra. Directora del programa de Rehabilitación Psicosocial de los CAEMIL
Sergio Guzmán Lozano
Terapeuta Ocupacional de los CAEMIL.
Diputació de Barcelona.

Texto Recibido: 6/11/08
Texto Aceptado: 3/06/09

RESUMEN

En este articulo describe nuestra experiencia en el ámbito de la salud mental en el contexto sanitario en cataluña.

Hace 10 años detectamos la necesidad de crear un espacio donde no se trabajara con la persona con enfermedad mental grave desde la perspectiva de la enfermedad, sino desde una perspectiva centrada en la persona, sus expectativas, su visión de como queria que fuese su estilo de vida, ect.... tanto para aquellas personas que estaban en un proceso de reinserción, como para aquellas, que por cualquier circunstancia estaban ingresadas en las diferentes unidades del programa de rehabilitación psicosocial. Esta idea se llevo a la práctica cotidiana a través de un programa que llamamos proyecto de vida. Este programa es aplicado por una psiquiatra y un terapeuta ocupacional y nos ha conllevado crear propuestas, intervenciones y lineas de atención en congruencia con lo que los usuarios definian como su proyecto de vida.

SUMMARY

This article describes our experience in the field of mental health in the health context in Catalonia. 10 years ago identified the need to create a space where no work with the person with serious mental illness from the perspective of the disease, but from a person-centered perspective, their expectations, their vision of how he wanted to be his style life, etc. .... both for those who were in the process of reintegration, and for those who for whatever reason they were admitted to different units of the psychosocial rehabilitation program. This idea led to the everyday practice through a program we call life project. This program is applied by a psychiatrist and an occupational therapist and has led us to create proposals, interventions and care lines consistent with what users are defined as his life project.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

del Valle López RM, Guzmán Lozano S. Proyecto de vida en las personas con trastorno mental grave. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 31-44. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/tmg.pdf

Introducción

El trabajo en Salud mental representa, en la gran mayoría de ocasiones, un proceso de cambio constante provocado por los resultados que se obtienen de la asistencia práctica. Analizando el día

a día, probablemente podamos observar que los programas desarrollados desde terapia ocupacional o desde otra disciplina pueden presentar, en ocasiones, deficiencias en su desempeño cotidiano, que se perciben por la pérdida de interés de la población o colectivo destinatario de la intervención, ausencia de resultados esperados, sensación de llevar a cabo procedimientos repetitivos y estereotipados, dificultades en la vinculación…

Con toda probabilidad, el proceso de reevaluación ofrece respuesta a gran parte de los problemas inherentes al desarrollo de los programas. Asimismo, es posible que el origen del problema se considere a priori, como viene siendo habitual, en la persona que padece el trastorno mental grave, ignorando que el problema puede derivar de la propia intervención.

Posiblemente el razonamiento clínico, y especialmente el de índole lógica puede conducir a la hipótesis de que los usuarios, por la conocida sintomatología negativa que presenta la enfermedad mental, presenten esta situación de apatía, desinterés y necesidad de apoyo constante. Si además se consideran y emplean modelos teóricos, valoraciones, marcos de referencia, relación terapéutica y espacios terapéuticos, ¿a qué debemos atribuir la causa del fracaso de la intervención? Probablemente al hecho de no haber considerado el proyecto propio del usuario, analizando él mismo sus contextos físicos, sociales y culturales, permitiendo un abordaje dinámico y adaptado a la problemática desde dos perspectivas: desde el significado de la persona y la óptica del profesional.

Los técnicos de una intervención analizan, planifican y elaboran programas que posteriormente implantan. Este proceso, muy utilizado en otros ámbitos de la discapacidad, requiere una consideración especial en el campo de la rehabilitación psicosocial pues cabe preguntarse cuál es el papel que juega el usuario en este proceso, es decir, si únicamente constituye un agente pasivo receptor de programas. Si esto es así, no se puede hablar de atención centrada

en las necesidades individuales, sino de prestaciones unilaterales de rehabilitación.

Son preguntas que desde terapia ocupacional deben plantearse pues no existe una línea tan amplia entre el terapeuta, los programas que concibe y la población. Derivado de esto, si se realizan proyectos desde la teoría, sin contar con la implicación activa de quien recibe la atención, se llegará a la conclusión, desde un punto de vista técnico, de que los programas y la intervención se han cronificado, aportando poco valor a la rehabilitación y al propio proceso de la persona.

Estos y otros factores provocaron que a partir del año 1998, nos planteáramos varios aspectos básicos para diseñar e implantar un programa esencial en el proceso de rehabilitación e inserción: El grupo proyecto de vida.

Incluir este tipo de grupo, ligado a otras intervenciones colaterales que se tienen que llevar a término (agenda, espacios de negociación,..) conllevaba un cambio respecto a la intervención "tradicional". La pregunta era bien clara, ¿estaba el contexto asistencial preparado para implantar otro tipo de intervención?.

El cambio en cualquier cultura asistencial es difícil y no siempre se consigue. Para resumir el abanico tan amplio que encontramos al inicio sintetizamos cuatro ejes principales de dificultad. Para facilitar la comprensión de estos ejes se ilustran a continuación, así como los cambios que se han tenido que ir definiendo a lo largo de estos últimos 10 años. (Ver Figura 2)

Existe una diversidad de actuaciones que hacen muy complicado unificar conceptualmente la amplísima práctica cotidiana de la rehabilitación psicosocial. La utilización de la actividad ha provocado largos y espesos debates sobre el sentido de la disciplina y significado de la práctica. A menudo, se argumenta la intervención del terapeuta en el momento donde coexisten usuario – actividad – terapeuta y contexto.

Esta forma de fundamentar la praxis del terapeuta, provoca una percepción de que la terapia ocupacional se lleva a cabo únicamente en momentos determinados del proceso, en los cuales el terapeuta actúa o está presente

físicamente, olvidando que el objetivo principal de la actuación de esta disciplina consiste en capacitar a la persona en las áreas de desempeño ocupacional, sin entrar en el eterno y ambiguo debate acerca de si este proceso se fundamenta y realiza a través de la actividad u ocupación.

La pregunta que nos formulábamos era la siguiente: para qué una persona se involucre y participe activamente en su proyecto de vida, ¿es necesaria la presencia física del terapeuta? La respuesta después de este tiempo nos marca que no, pero para que esto ocurra se han de implantar una serie de estrategias básicas.

En el concepto de rehabilitación psicosocial es necesario tener presente que el protagonista del proceso no es el terapeuta ni otros profesionales al uso, sino el usuario y su familia.

Quizás la excesiva influencia de la práctica de terapia ocupacional en otros ámbitos de actuación, donde se trabaja por departamentos o espacios concretos, ha conllevado a esta idea distorsionada del papel del terapeuta, ya que en el campo de la salud mental en general y en el abordaje de personas con trastorno mental grave en particular, este tipo de gestión no es aplicable.

Los programas, talleres, actividades o tareas, "medios o agentes", como los denominan algunos autores, obtienen distintos resultados según su forma de utilización. La intervención desde terapia ocupacional está fundamentada en la sensación percibida por parte de la persona de estar involucrado no en un programa, sino en un estilo de vida propio, en definitiva, en su proyecto de vida, por lo que es imprescindible que la intervención del terapeuta no se centre en la aplicación intercambiable de determinados programas sino en el impacto que estos ejercen y el verdadero valor de la aportación en el proceso de rehabilitación, a través de la opinión de la población.

Como ejemplo, destacar que en algunos grupos de socialización, cuando se les ha preguntado acerca de si entienden el porqué de las actividades que llevan a cabo, muchos contestan "porque me lo dice el monitor" o "porque me

encuentro bien". Así, la gran mayoría otorgan responsabilidades al entorno que los condiciona o a una percepción somática de mejoría.

La opinión de los usuarios ha de permitir la reflexión sobre el origen y la modificación de los programas, elaborándose a partir de la relación terapéutica y del proceso de negociación, entre el papel activo del usuario – familia y las aportaciones técnicas y humanas de los profesionales.

También hay que destacar que se observan situaciones en los que los programas pierden su efecto terapéutico porque la temporalidad del mismo marca el trabajo de unos objetivos concretos, dándose el caso de la aparición de un limite en que, de no tener el recurso apropiado en el momento preciso, se produce una incongruencia del proceso de rehabilitación, bloqueándose por el tiempo de espera del dispositivo.

Estos aspectos conllevaron la creación de tres estrategias básicas:

1. Programas de atención global, adaptado a las necesidades de la población a atender así como a la misión del programa

Sin entrar en el conjunto total de programas de atención global diseñados, destacaríamos la interdependencia de las intervenciones, sinérgicas al grupo proyecto de vida tal y como se ilustra a continuación. (Ver Figura 1)

1. Papel del usuario en su proyecto de vida

Existe una amplia gama de literatura que definen los derechos de las personas con TMG sobre el proceso de elección y sobre los principios fundamentales que se deben preservar desde la ética y la praxis. Llevarlo a la práctica cotidiana es una tarea difícil pero necesaria. Por ello nosotros consideramos que una manera óptima y creativa de involucrar a la persona en su proceso de rehabilitación era creando un contexto dinámico donde el tema principal es el proyecto de vida individual. Para ofrecer un programa metodológico se diseñó el grupo proyecto de vida (nombre elegido por los usuarios) con unas fases claras que permitan la permeabilidad de entrada y salida de las personas que participan en él.

Figura 1 : Diseño de Estrategias

Figura 2: Dificultades Iniciales y Proceso Realizado

METODOLOGÍA

A continuación y de forma esquemática se describe las partes del programa.

1. *Ejes básicos:*

- Enfoque ecléctico, no directivo.
- Grupos permeables según estancia (Subagudos, Alta Dependencia Psiquiátrica, y Media y Larga Estancia)
- Conductores: Psiquiatra y terapeuta ocupacional
- Contexto donde se aplica el programa: Servicios sanitarios de hospitalización y comunitarios.

2. Objetivos:

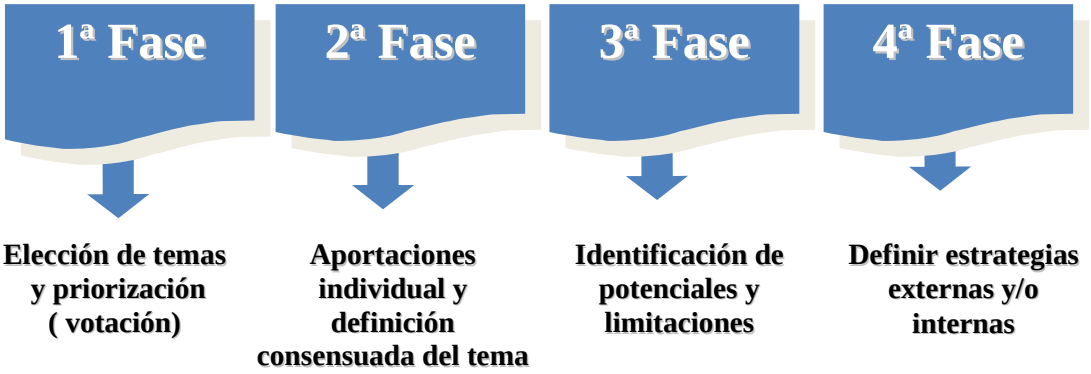
- Identificación y orientación sobre los objetivos que tienen de cara a un futuro.
- Conciencia real de los potenciales y limitaciones.
- Implicación activa y voluntaria.
- Sensación de pertenencia a un grupo.
- Buscar la satisfacción y la autoestima personal.

3. *Consideraciones especificas: " "ENTENDER " ELPAPEL DEL USUARIO"*

- Necesidad de preparación previa del usuario.
- Corresponsabilidad en el tratamiento:
  - "El proyecto de vida es un eje fundamental en la intervención de las personas con TMG"
- Idea principal: "La enfermedad mental no es sinónimo de invalidez"
- Trabajar con los aspectos "sanos" de la persona.

4. *Fases de l grupo proyecto de vida.*

Las cuatro fases que se aplican en todos los temas elegidos por los participantes son:



RESULTADOS

El valor de los resultados de este trabajo, considerado desde nuestro punto de vista, son las aportaciones que han ido desarrollando en las diferentes fases todos los usarios que han participado en el mismo. Seria imposible poner todas las que hemos ido recogiendo en estos años, por ello incluimos algunos ejemplos.

1 *ª Fase: Elección de temas y priorización (votación)*

Todos los integrantes del grupo proponen los temas que consideran son parte de su proyecto de vida y por votación se priorizan.

A continuación se ilustran dos ejemplos: por una parte los temas elegidos por un grupo de personas con una temporalidad entre 6 meses y un año, con posibilidades de reinseción, y por otro lado el grupo compuesto por personas con estancia de más de 3 años que a priori era más complicada su externación.

GRUPO CON DIFICULTADES EN LAS POSIBILIDADES DE	GRUPO CON POSIBILIDADES Y APOYO DE EXTERNACIÓN
• **Significado de la rehabilitación.** • **Confianza Terapéutica** • **Comunicación interpersonal** • **Trabajo** • **Residencias** • **Relaciones familiares** • **Autonomía** • **Ocio y tiempo libre** • **Medicación, consumo de tóxicos, recaidas,** • **Manejo del dinero.**	• **Que es un proyecto de vida** • **Salud.** • **Intereses.** • **Autoestima y confianza personal.** • **Trabajo.** • **Vivienda.** • **Amigos** • **relaciones interpersonales.** • **Aficiones/ocio.** • **Pareja/Hijos.**

2ª *Fase: Aportaciones individuales y definición consensuada del tema.*

Tomando como referencia los cuadros anteriores el tema elegido por el grupo 2 fué:

"Què es un proyecto de vida". A continuación se exponen algunas de las definiciones que salieron en el grupo:

- Josep: "Ser feliz compaginando lo que deseas con lo que te conviene"
- Borja: "Una idea de tu futuro"
- Alejandro: "Trabajo, familia y disfrutar"
- Montse: "Algo que tienes claro en un futuro".
- Montse: "Preparar el futuro de acuerdo a la vida cotidiana y a las normas establecidas"
- Carmen: " Prepararse, trabajar y disfrutar"
- Antonio: " Ser responsable de lo que quieres hacer en un futuro"

Posteriormente los usuarios consensuan una definición teniendo como referencia la aportación de cada participante. Por lo tanto del tema "qué es un proyecto de vida" la definición fue la siguiente:

"Idea o plan que tienes clara sobre lo que aspiras y puedes hacer en tu futuro. Para esto es necesario organizarse y prepararse para ser feliz, viviendo en el lugar adecuado, con una ocupación que nos realice y disfrutando del tiempo libre de una forma sana" (27-11-07) grupo proyecto de vida.

Del grupo 1 el tema fue : " qué es la rehabilitación..." realmente el tema nos sorprendió porque es un concepto que no paramos de repetir pero que los usuarios no sabían que era realmente. Algunas de las aportaciones fueron:

- Nicolas "Tratamiento integral para estar al día"
- Xavier "Ha de ser voluntaria.Esfuerzo personal"
- Ricardo "Hacer actividades y tener el tiempo ocupado"
- Miguel "Tener voluntad en curarse"
- Gines "Mejorar para el futuro"
- Joaquin "Seguir normas para estar mejor"
- Francesc "Cambio de hábitos"
- Carmen "Ocupación terapéutica del tiempo"
- Belen "Poner en movimiento algo que estaba pasando"

La definición consensuada: "La rehabilitación es un tratamiento individual integral que necesita la voluntariedad de la persona, junto con su esfuerzo personal"

"El objetivo es recuperar la rutina de la vida cotidiana, cambiando hábitos y ocupando terapéuticamente el tiempo para mejorar en un futuro"

A continuación se describen alguna de las definiciones que se elaboraron sobre los temas tratados:

- Definición consensuada: salud "La salud es un estado de bienestar, físico y psíquico que te permite realizarte y ser autosuficiente para desarrollar las

propias cualidades y agradarse a uno mismo y a los demás y tener un futuro con una buena calidad de vida"

- Definición consensuada de Autoestima "Quererse, valorarse y sentirse bien, con uno mismo y con los demás haciendo cosas útiles"
- Definición consensuada de trabajo "Actividad social que se desempeña en la sociedad para ser remunerada con dinero y poder sobrellevar tu manutención hasta la jubilación".

3 *ª Fase: Identificación de potenciales y limitaciones.*

Siguiendo con el tema priorizado por el grupo, después de haber realizado las aportaciones individuales y la definición consensuada, se define la importancia del tema con el proyecto de vida individual de cada usuario, destacando los potenciales y limitaciones. En el siguiente cuadro se describe de forma genérica algunas de las limitaciones y potenciales que salieron del tema: "el concepto de uno mismo".

	Limitaciones	Potenciales	Nota
Montse	"Apatía"	"Hacer ejercicio, solidaria y colaboradora"	7
David	"No me acepto a mi mismo. Timido y poco hablador"	"Ser responsable, educado y trato agradable"	6,5
Loli	"Tener pocos valores y expetativas"	"Ser consciente del problema"	5
Cati	"No se que hacer realmente con mi vida"	"Generosa, no se enfada nunca. Muchas habilidades"	6
Albert	"Necesito hacer cosas útiles fuera del centro"	"Inteligente, responsable y punto de apoyo a otros"	8
Miguel	"No me valoro"	"Muy sociable, simpatico, tengo buena imagén"	7

4 *ª Fase: definir estrategias externa y/o interna.*

La última fase corresponde a definir tanto las estrategias que van a llevar a cabo los usuarios, definido como estrategia interna, así como la identificación por parte de ellos sobre cual es el nivel de ayuda, soporte, adaptación...que le tenemos que ofrecer desde la vertiente profesional, que es lo que denominamos estrategia externa.

Para facilitar la comprensión se ilustra en el cuadro siguiente alguno de los resultados obtenidos en la práctica de los grupos.

	Dificultades	Estrategias Internas	Estrategias Externas
Montse	Salud "Fumo mucho, estoy muy nerviosa y muy inquieta"	"Reducir el tabaco y los cafés y canalizar la ansiedad con ejercicio físico y actividades"	"Orientación de que actividades puedo hacer y poder participar en gimnasia, deporte,.."
David	"No me acepto a mi mismo. Timido y poco hablador"	" Relacionarme 1º con pocas personas y que me caigan bien"	"Participar en grupos estructurados y en actividades de comunicación"
Cati	"Me cuesta mucho levantarme por la mañana"	"Acostarme antes y levantarme la primera vez que me avisan"	"Un despertador y que me supervise la auxiliar"
Albert	"Necesito hacer cosas útiles fuera del centro"	"Buscar actividades fuera del centro" (excursionismo)	"Asesoramiento en cursos de formación laboral y tener actividades en la comunidad"
Montse	"Apatía"	"Ser más positiva y plantearme cada semana un objetivo"	" Planificación de las actividades y que me avisen en cada una"

1. *Planes estratégicos interinstitucionales & suprainstitucionales*

Lógicamente en la rehabilitación psicosocial como en cualquier otro campo la transferencia de entrenamiento de cualquier habilidad debe tener la generalización del mismo. Dentro de la propuesta global necesitamos diseñar todo un abanico de posibilidades y de oportunidades ocupacionales que no estuviera tan ligado a la vertiente sanitaria sino al proyecto de vida de las personas.

En todos estos años muchas han sido muchas las propuestas realizadas, sin pensar si realmente este trabajo se tenía que realizar desde nuestra función asistencial o debían de ser otros los que crearan estas oportunidades. Los aspectos que han ido saliendo durante los últimos 10 años en los grupos de proyecto de vida, nos ha empujado al diseño e implantación de proyectos y programas de diversa índole; programa deportivo, voluntariado con animales de compañía, mapa de recursos laborales, mesas de coordinación técnicas, etc

CONCLUSIONES.

En definitiva consideramos que para poder trabajar desde la perspectiva de la persona, sin que sea un concepto teórico sino una realidad práctica, es fundamental crear espacios estructurales para trabajar el significado, las metas, los objetivos, las inquietudes, y un largo etc., pero con la premisa de cambiar incluso nuestra propia óptica, no solamente generar líneas de actuación orientadas a la enfermedad, sino abordar, con la mayor creatividad posible el trabajo, la vivienda, el ocio, el deporte, etc. en las personas que padecen una enfermedad mental grave.

Por nuestra experiencia creemos que deberían ser un programa básico de actuación en este colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1- Allen CK. Occupational therapy for pychiatric diseases: measurement and management of cognitive disabilities. Boston: Little, Brown; 1985.

2- Senlle A. Cómo evaluar su calidad. Herramientas para la Auditoría de la calidad en la empresa. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A. 2000

3- Senlle A, Vilar J. ISO 9000 en empresas de servicios. Barcelona: Ediciones Gestión 2000. 2000

4- Clark FA, Carlson M, Jacson, Mandel D. Modificando el estilo de vida. Terapia ocupacional.com

5- Galloway D. Mejora Continua de procesos. Cómo rediseñar los procesos con diagramas de flujos y análisis de tareas. Barcelona: Ediciones Gestión 2000. 2004

6- Documento técnico sobre terapia ocupacional Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales A.P.E.T.O. Comisión de Trabajo Abril 1999. Portal de T.O.com.

7- Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1998.

8- Osakidetsa. Servicio vasco de salud. Homogeneización de indicadores del sistema de información de atención especializada. Victoria: Osakidetsa. Servicio vasco de salud; 2002.

9- Juan J M, Gryma M. Manual de control de calidad. 1ª ed. Madrid. McGraw-Hill: 1993.

10- Kielhofner G. Terapia Ocupacional Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación. 3º ed. Buenos Aires. Panamericana: 2002.

11- Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: ámbito de competencia y proceso. [febrero 2006] Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_trabajo_terapia_ocupacional_rev.0ct08.pdf

12- Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2004. (consulta 25/4/2003); 1(1): [18 p]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf

13- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: OMS, Ministerio De Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

14- Rascova S. Orientación Vocacional, una perspectiva crítica. 1ª ed. Madrid: Paidós; 2005.

15- Romero D, Moruno P. Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

16- Rebolledo S, Pastor A. Programas y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. En: Durante Molina P. Terapia Ocupacional en salud mental: 21 casos clínicos comentados. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2000. p.204-14.

17- Rodriguez A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales severos. Psicología Pirámide; 1997.

18- Simó Algado S, Urbanowski R. El modelo canadiense del proceso del desempeño. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. [febrero 2006] (3) [21 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf

19- Willard & Spackman. Terapia ocupacional. 10 ª ed. Madrid: Panamericana; 2005.

TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN LABORAL.

OCCUPATIONAL THERAPY IN VOCATIONAL REHABILITATION.

Palabras Clave: Rehabilitación Laboral, Entrenamiento Prelaboral, Empleo con Apoyo.

Keys words: Vocational Rehabilitation, Supported Training, Supported Employment.

DECS: Terapia Ocupacional, rehabilitación.

Mesh: Occupational Therapy, Vocational Rehabilitation, Supported Employment, Sheltered Workshops.

Autores:

Dña. Ester Franco Baguer
Terapeuta Ocupacional del Centro de Rehabilitación Laboral de Retiro. Madrid.

Texto Recibido: 31/10/08
Texto Aceptado: 3/03/09

RESUMEN

La rehabilitación laboral de las personas con discapacidad comenzó en Estados Unidos alrededor de los años 20. En salud mental no surgieron los primeros proyectos hasta los años 50, nuevamente en Estados Unidos. Fue decisiva la aparición de nuevos neurolépticos, que favorecían la estabilidad de estas personas. (1)

En España todavía hay pocos recursos donde se desarrollen programas de integración laboral para personas con enfermedad mental y no todos tienen una metodología clara.

A lo largo de la historia de la rehabilitación laboral han surgido diferentes modelos de intervención en esta área: laborterapia, empleo protegido, empleo con apoyo, etc. En este artículo se comparan dos de los modelos más extendidos en la actualidad: el entrenamiento prelaboral y el empleo con apoyo, y cuál podría ser el papel de la T.O en cada uno de ellos.

SUMMARY

The Vocational Rehabilitation for disabled people began in the USA in the 20's. The first projects for people with mental illness were developed in the decade of the 50's, also in the USA. The use of new

Neuroleptics was decisive, because it made people more stable.

In Spain there are still few resources developing job integration programs for people with mental illness. Some of them lack a clear methodology.

Different intervention models have developed throughout the history of vocational rehabilitation: industrial therapy, sheltered employment, supported employment, etc. This article compares two of the most popular models: supported training and supported employment, and the role occupational therapy may play for each of them.

Como citar este documento:

Franco Baguer E. Terapia Ocupacional en Rehabilitación Laboral. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 45-67. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/rhbl.pdf

INTRODUCCIÓN

Algunas evidencias sobre trabajo y enfermedad mental

El trabajo es una de las ocupaciones con más requerimientos y con entornos más demandantes, ya que marcan un estilo y estándar de desempeño muy determinado. Por

ello en ocasiones se ha considerado que el trabajo es una ocupación excesivamente demandante para las personas con discapacidad. En los estudios realizados en diferentes países de Europa, se ha constatado que el desempleo en las personas con enfermedad mental ronda el 90%. (2).

Estos estudios también confirman que los programas específicos de rehabilitación profesional mejoran las posibilidades de empleabilidad. Aunque la efectividad de los programas varía de unos modelos de intervención a otros.

En general parece que los factores que contribuyen a que un modelo de rehabilitación laboral sea eficaz son: Que se planteen la búsqueda y mantenimiento empleos en entornos ordinarios (aunque los puestos estén reservados para personas con discapacidad) y que ofrezcan apoyos individualizados, flexibles y continuados en el tiempo (sobre todo en la relación con el resto de trabajadores). Así mismo la formación antes de acceder a un empleo tiene una utilidad relativa, sobre todo si se asegura una formación y seguimiento en el propio puesto de trabajo. (3)

Muchos estudios describen las **dificultades** que puede tener una persona con enfermedad mental para lograr insertarse. En estos se observan que no todas ellas pueden atribuirse a la persona o a la enfermedad que padecen, sino que algunas son generadas por el entorno. (4).

Una de las principales **limitaciones del entorno** es el estigma que todavía sufren las personas con enfermedad mental. Este hace que para trabajar en el mercado ordinario tengan que ocultar su enfermedad por riesgo a ser excluidos en su empresa o directamente descartados en un proceso de selección. Incluso algunos recursos específicos para personas con discapacidad rechazan incluirles.

Así mismo el mercado laboral actual, no favorece ni en el acceso ni en el mantenimiento de un empleo. Los procesos de selección son cada vez más complejos y requieren que la

persona tenga importantes destrezas, sobre todo a nivel social y de manejo emocional. Las empresas tienen un clima laboral y unos estándares de desempeño cada vez más exigentes y más rígidos y muchas personas tienen dificultades para adaptarse a los mismos

El entorno de la persona en ocasiones tampoco favorece o por actitudes de sobreprotección o por escasa expectativas. Así mismo los servicios de atención sanitaria y social donde acuden no siempre confían en sus posibilidades o no tienen en cuenta la opinión de la persona.

Por último las pensiones de las que son beneficiarias muchas personas con enfermedad mental suelen desmotivarlas ya que tiene miedo a perderlas por ponerse a trabajar.

A todo esto hay que sumar las **dificultades propias de la persona**. Estas pueden ser muy variables. Aunque algunas derivan de la propia enfermedad: sintomatología residual, alteraciones del estado anímico, etc.

Muchas de las enfermedades mentales tienen su inicio en momentos críticos de la historia formativo-laboral de la persona e impiden que esta pueda finalizar sus estudios, acceder o mantener los empleos. Por ello es frecuente que tengan una baja cualificación, poca experiencia profesional y/o importantes lagunas laborales correspondientes a los momentos de crisis. Además, esta acumulación de experiencias de fracaso en el área productiva provoca que la persona tenga un bajo sentido de eficacia como trabajador, una visión negativa de los ambientes de trabajo y/o escaso conocimiento sobre el mercado laboral.

Los diferentes estudios sobre los programas de rehabilitación profesional son poco concluyentes respecto a que **factores pueden ser predictores** del éxito de la rehabilitación laboral. Parece que el aspecto que más favorece la inserción profesional es la motivación que tenga la persona por alcanzar este objetivo.

METODOLOGÍA

Modelos de Intervención en Inserción Profesional

A lo largo de la historia de la rehabilitación laboral han surgido infinidad de modelos de intervención. Los primeros se centraban en dar una oportunidad a la persona de experimentar un rol productivo, pero su objetivo no era lograr que esta llegara a tener un empleo y/o que llegara a integrarse en la sociedad. En algunas de estas experiencias se contemplaba el dar a la persona un "dinero de bolsillo" por su trabajo, aunque no tenían un contrato laboral ni un salario ajustado al mercado de trabajo. Algunos ejemplos de este tipo de programas serían la Laborterapia o los Centro Ocupacionales.

Posteriormente surgieron los modelos de empleo protegido donde la persona llega a tener un empleo remunerado con contrato laboral en un entorno o empresa especial donde la persona estuviera más "protegida" y pudiera recibir apoyos de cara a intentar en el futuro integrarse en el mercado ordinario.

En España se ha desarrollado ampliamente este modelo de empleo protegido sobre todo a través de los centros especiales de empleo. CEE. (5). El objetivo de estos es doble: garantizar un empleo remunerado a personas con discapacidad que por sus condiciones no puedan acceder a un empleo normalizado e intentar prepararlas para el paso al mercado ordinario.

Por ley, la plantilla de los CEE tiene que estar compuesta al menos por un 70% de personas con discapacidad. El hecho de que más de la mitad de la plantilla tenga una discapacidad los convierte en muchas ocasiones en espacios poco normalizadores y que no favorecen una integración real. Así mismo en muchos de estos CEE ni las condiciones laborales de los trabajadores ni su producción son como las de una empresa y sobreviven a base de subvenciones. La persona no desarrolla un rendimiento como en una empresa ordinaria, lo que no favorece el objetivo último de integración en el mercado laboral ordinario. Esto unido a que algunos no tienen un equipo de apoyo a los trabajadores para

su ajuste personal y social hace que a veces las personas no acaben dando el salto al mercado ordinario.

Este hecho ha quedado patente en diversos estudios. No obstante estos mismos estudios dejan patente que los CEE son necesarios para aquellas personas que no quieren o no pueden mantener un empleo en el mercado ordinario.

En la actualidad los modelos que más se están desarrollando y que se ha demostrado que son más eficaces de cara a favorecer la inserción profesional son: El entrenamiento prelaboral, las empresas sociales o de inserción y el empleo con apoyo. Estos son los más orientados a lograr que la persona se integre en el mercado laboral ordinario, sobre todo el empleo con apoyo.

Entrenamiento Prelaboral

Principios del Entrenamiento Prelaboral

Los modelos de entrenamiento prelaboral son los más extendidos en nuestro entorno, en especial en salud mental a pesar de que los estudios determinan que no son los que obtienen mejores resultados. Algunos recursos están actualmente contratando preparadores laborales con el fin de poder seguir un modelo mixto que permita por un lado entrenar algunos aspectos básicos antes de que la persona se incorpore a un empleo y posteriormente dar apoyo en su puesto de trabajo.

Estos modelos se plantean entrenar previamente a la persona para que adquiera una serie de hábitos y habilidades de ajuste laboral necesarias para un trabajo. También ofrecen entrenamiento para que las personas puedan manejarse en el mercado laboral y acceder a un empleo de la forma más autónoma posible. (6).

Para favorecer que la persona pueda desarrollar sus habilidades laborales, en estos programas se ofrecen entornos laborales simulados y/o la posibilidad de que la persona pueda acceder a unas prácticas en una empresa. Así mismo hay grupos de entrenamiento

como por ejemplo talleres de entrevistas de trabajo o grupos de desarrollo de habilidades sociales.

Metodología del Entrenamiento Prelaboral

Tras establecer una relación significativa o terapéutica el siguiente objetivo es **evaluar** para determinar cuales son las intervenciones que la persona necesita y la metodología a seguir.

La evaluación se realiza fundamentalmente a través de entrevistas individuales, donde también se puede utilizar herramientas estandarizadas y cuando es posible a través de la observación directa en las actividades de entrenamiento prelaboral.

El elemento clave de este modelo es posibilitar a la persona un entrenamiento previo a su incorporación al puesto de trabajo que favorezca su mantenimiento. Para ello es crucial que las posibilidades de entrenamiento que se acuerden con la persona permitan que esta desarrolle: unos mínimos hábitos laborales, destrezas laborales y sentido de eficacia, de tal forma que la persona se sienta capaz de afrontar un empleo y tenga la posibilidad de explorar diferentes sectores profesionales si no tiene claro a que se quiere dedicar. Las **áreas** donde se suele intervenir en este modelo son:

Adquisición de hábitos y habilidades de ajuste laboral

La principal herramienta de intervención con la que se cuenta este modelo son los entornos prelaborales. En ellos se pretende simular un contexto laboral de un sector profesional concreto (por ejemplo una oficina o un taller de carpintería) donde la persona tiene unas responsabilidades que desarrollar, unos compañeros y un jefe.

Para ello lo más habitual es que se contrate como jefe de dicho contexto a un profesional del sector (por ejemplo un administrativo) con el objeto de que esta persona al ser "experto en el sector" pueda lograr que tanto las tareas como el entorno y la exigencia que se le marque a la persona se ajuste a lo que se va a encontrar en un empleo, si bien

es cierto que para que la persona adquiera poco a poco las destrezas necesarias y la confianza personal, el nivel de exigencia debe aumentar progresivamente. En estos entornos se suelen utilizar la graduación de las tareas y adaptación de entornos para favorecer el desarrollo de destrezas.

Otra opción son las practicas laborales o lo que en otros países denominan "empleo de transición" que favorecen que el entorno sea más real pero limita más de cara a desarrollar estrategias de entrenamiento y adaptaciones.

Orientación vocacional

Es uno de los aspectos más importante para lograr el mantenimiento de un empleo. La meta es lograr que la persona se profesionalice y desarrolle un itinerario en un sector profesional que se ajuste a sus expectativas, perfil profesional y a sus destrezas.

Para ello es imprescindible que la persona tenga claro que espera de un trabajo, conozca sus destrezas, la situación del mercado laboral y las condiciones laborales y formas ocupacionales de los sectores profesionales por los que muestra interés. Por último se apoyará para que la persona pueda diseñar y desarrollar el itinerario que quiere seguir para insertarse en dicho sector (formación, prácticas etc.).

Búsqueda activa de empleo

Para lograr que la persona acceda a un empleo, se realiza un entrenamiento previo para que pueda ajustarse a los requerimientos del mercado de trabajo: Saber hacer un CV, superar una entrevista de trabajo, utilizar recursos de búsqueda de empleo, etc. El objetivo es que la persona sea lo más autónoma posible para buscar trabajo. Este suele ser un momento crítico en estos programas dado que el mercado de trabajo es complejo y buscar empleo es una actividad generalmente costosa y muy frustrante.

Seguimiento en la formación y el empleo

El seguimiento a la formación y el empleo no se desarrolla en el entorno sino a través de atenciones individuales en el recurso, donde se trata de apoyar a la persona para que busque soluciones a los problemas que le surgen, reforzar su sentido de eficacia y ajustar su funcionamiento a los requerimientos.

Intervención en otras áreas de la persona: AVD y ocio

A veces las personas que acuden a un recurso de rehabilitación laboral no solo tienen necesidad en esta área. Incluso en ocasiones su desempeño en estas interfieren en su inserción profesional, por ejemplo, una persona que tiene dificultades para manejarse con el transporte público. Por ello en muchos de los recursos que se rigen por el modelo de entrenamiento prelaboral, se desarrollan también intervenciones todas las áreas ocupacionales.

Problemas que suelen surgir en su implementación

Uno de los aspectos que desde los estudios se achaca a los modelos de entrenamiento prelaboral es que dichos entrenamientos se suelen alargar en el tiempo, lo que provoca desmotivación en las personas que ven muy lejano y complicado llegar a trabajar.

Aquellas personas con más dificultades para desarrollar sus destrezas, dificultades de generalización de las habilidades aprendidas a otros contextos y/o de ajustarse a los diferentes entornos, pueden llegar a funcionar adecuadamente en un entorno prelaboral pero tener serias dificultades para hacerlo en un puesto de trabajo.

El apoyo que se da desde estos modelos a la persona cuando esta trabajando es externo al puesto, por lo que el profesional que lo atiende al no poder observarle en su trabajo no siempre tiene una idea ajustada de cuáles son las dificultades que tiene la persona ni de cómo apoyarle, sobre todo cuando a esta le cuesta transmitir información. Tampoco se suele contactar con la empresa, ya que esta desconoce que la persona tiene problemas de salud mental.

Por último, resulta complicado desarrollar unos entornos de entrenamiento prelaboral que sean ajustados a los empleos y muchas veces estos son menos exigentes o muy artificiales, por lo que la persona no llega a adquirir las destrezas ni la confianza personal necesarias para afrontar su futuro puesto.

Terapia Ocupacional en el Modelo de Entrenamiento Prelaboral

Algunos aspectos de la intervención desde Terapia Ocupacional son comunes en los diferentes modelos de rehabilitación profesional, como el desarrollo de una relación significativa con la persona. Por ello, en cada modelo se van a describir a grande rasgos los aspectos más específicos del mismo.

Evaluación

Como en cualquier campo de intervención es fundamental comenzar evaluando la situación de la persona de cara a desarrollar un rol laboral, teniendo en cuenta tanto sus necesidades como sobre todo sus puntos fuertes. Hay que obtener información de cual ha sido la evolución que ha tenido en los roles productivos a lo largo de su historia ocupacional.

En este sentido los datos que se necesitan de cara a poder planificar con la persona la intervención son:

- Datos sociodemográficos y clínicos básicos: Esta información en muchas ocasiones se puede obtener de informes y/o de otros profesionales.
- Historia formativo laboral: Información sobre su historia ocupacional relacionada con el desarrollo de roles productivos a lo largo de su historia vital y su desempeño en los mismos. Es fundamental conocer qué guió sus elecciones ocupacionales y como influyeron los diferentes contextos ocupacionales en su funcionamiento y su sentido de eficacia.
- Orientación Vocacional actual. Sectores profesionales que le interesan, conocimientos que tiene de los mismos y del mercado laboral en general, motivos por los que ha elegido estos sectores, metas personales y laborales y ajuste de sus expectativas a la situación del mercado laboral.

- También hay que conocer cual es su desempeño real en estos sectores profesionales, en especial en relación a lo que le va a pedir el mercado de trabajo: Conocimientos, habilidades técnicas, rendimiento, etc. Para ello en los modelos de entrenamiento prelaboral se cuentan con contextos laborales que permiten ver cómo la persona se desempeña con las tareas y entrenarla para mejorar su desempeño.
- Habilidades de Búsqueda de Empleo. En función de los sectores profesionales donde la persona va a buscar empleo, es necesario tener unos conocimientos y destrezas concretas. Por ello habrá que determinar si la persona puede encontrar un puesto de trabajo de su perfil o si necesita entrenamiento en algún aspecto.
- Otras áreas ocupacionales. De cara a tener una visión holística de la persona hay que obtener información de otras áreas ocupacionales. Es importante determinar si estas pueden interferir en la adquisición de un rol laboral.

Por tanto, a través de la evaluación se busca obtener una imagen clara de la persona en relación a la situación del mercado laboral en general y de los sectores donde ella tiene intención de insertarse. Aunque en todas las ocupaciones las expectativas y formas ocupacionales del entorno son fundamentales para determinar si el funcionamiento de una persona es ajustado, el trabajo es quizá la ocupación que más esta marcada por este.

Hay diversas herramientas de evaluación que se pueden utilizar. Algunas son de tipo observacional y aportan información sobre el desempeño de la persona en tareas laborales y sobre sus hábitos de trabajo. Estas se pueden usar en los contextos preelabórales. Un ejemplo sería *Perfil de Personalidad Laboral. (PPL). Bolton, B. Roessler, R. 1986.*

A través de las entrevistas individuales se puede obtener información de otros aspectos relacionados con la orientación vocacional. Para ello se pueden utilizar herramientas como: *Entrevista del Rol de Trabajador (WRI 9.0.).* Graig, V. Kielhofner, G. Fisher, G. 1998. *Escala de Impacto Ambiental para el Trabajo (WEIS 2.0).* Moore-Corner. R, Kielhofner. G, Olson. L. 1996. *Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional II. (OPHI-*

II). Kielhofner, G. Mallison, T. Crawford, C. Novak, M. Rigby, M. Henry, A. Walens, D. 1998. (7).

Áreas de intervención

Asesoramiento para el diseño de contextos de entrenamiento. Habitualmente el personal que dirige los contextos preelabórales son profesionales del sector y no técnicos rehabilitadotes. Ello favorece que tengan una visión más realista de cómo va a ser el contexto laboral que va a tener la persona y como va a tener que desempeñarse, pero no suelen tener conocimientos de cómo valorar el funcionamiento de las persona (destrezas, sentido de eficacia, hábitos laborales, etc.) y como conseguir que este mejore. Por ello es necesario que puedan recibir asesoramiento tanto para evaluar a la persona como para analizar, adaptar y/o graduar actividades de cara a mejorar su desempeño y sus hábitos laborales.

Así mismo los contextos prelabórales tienen que servir para que las personas tengan la oportunidad de vivenciarse desempeñando unas tareas laborales y en definitiva un rol de trabajador y que esto impacte en su sentido de eficacia, que suele estar muy afectado por las experiencias negativas que han tenido en el pasado. Es imprescindible que esta tenga en todo momento un reto justo de actividad que le permita ir enfrentando retos mayores y construir una nueva valoración sobre si mismo y su desempeño. Para ello se puede seguir los principios del proceso de remotivación planteados por el Modelo de Ocupación Humana (MOH).

Orientación Vocacional. Es unos de los aspectos más relevantes en la mayor parte de los modelos de rehabilitación laboral. Consideramos orientación vocacional como el proceso por el que una persona decide dada su trayectoria profesional, intereses, metas vitales, conocimiento y destrezas, cuál o cuáles son los sectores profesionales en los que se quiere insertarse y cómo lo va a hacer (que itinerario formativo laboral va a seguir).

Nuestra labor consistirá en favorecer que la persona tome esta decisión, habiendo reflexionado sobre su situación personal y basándose en un conocimiento ajustado de la

situación del mercado. Para ello se podrá contar con profesionales del sector, visita a empresas, búsqueda de información por Internet, etc.

La persona tiene que saber qué quiere obtener de un empleo y qué tipo de sectores son los más ajustados a su perfil. El sentido de eficacia de una persona tiene mucha influencia en las elecciones vocacionales que realiza. Es muy habitual que las personas con enfermedad mental se sientan poco capaz de desarrollar un trabajo y esta visión negativa de si mismos hace que tomen decisiones poco ajustadas sobre su itinerario. Como se ha comentado, los contextos preelabórales pueden favorecer que tengan una visión más ajustada.

Todo trabajador a lo largo de su trayectoria profesional tiene que tomar decisiones sobre su itinerario, especialmente por la temporalidad que en la actualidad suelen tener los empleos. Por ello, la orientación vocacional es un área donde la persona puede necesitar apoyo de forma continuada.

Entrenamiento en Habilidades de Búsqueda de Empleo. Una vez la persona ha decidido en que sectores quiere buscar trabajo y se ha preparado para ello, formándose por ejemplo, llega el momento de buscar trabajo. El mercado laboral cada vez marca unos requerimientos más altos en este sentido: Procesos de selección más complejos, herramientas como Internet, bolsas de empleo, etc. Estos requerimientos son especialmente importantes a nivel de comunicación interacción y emocionales, áreas donde las personas con enfermedad mental suelen tener especiales dificultades. Como se ha comentado, los requerimientos de la búsqueda de empleo varían según los sectores profesionales, por lo que el entrenamiento debe ser ajustado a lo que la persona va a necesitar cuando busque.

No todas las personas pueden llegar a ser totalmente autónomas en la búsqueda de empleo, así que habrá que mantener un equilibrio entre fomentar su autonomía y darle apoyo cuando lo necesite. La búsqueda de empleo suele ser un momento crítico que en

ocasiones se alarga en exceso y mina a la persona, por lo que se debe brindar tanto apoyo técnico como emocional.

Seguimiento en la formación y el empleo. Desde este modelo se plantea que se le puede dar apoyo para favorecer el mantenimiento del empleo y de las diferentes actividades que decida desarrollar a través de su itinerario formativo laboral, pero fuera de su entorno de trabajo. Ello provoca en muchas ocasiones que sea complicado hacer modificaciones en el ambiente de trabajo, entrenamiento, graduación y/o adaptación de las actividades laborales.

Por ello la intervención en esta área se centra en analizar con la persona cuál esta siendo su desempeño en el puesto, cómo influyen los diferentes componentes de su entorno laboral en el mismo y darle apoyo para resolver los problemas cotidianos. En ocasiones se puede llegar a tener contacto con la empresa por lo que es más fácil intervenir en el ambiente, pero como se ha comentado anteriormente, esto no suele ser habitual.

Intervención en otras áreas: Ocio y AVD. El tipo de intervenciones que se pueden realizar en estas áreas es similar a los que se desarrollan en los recursos de rehabilitación psicosocial, aunque habitualmente se cuentan con menos medios que estos para trabajar estos aspectos. En general las intervenciones se pueden hacer en formato individual (sobre todo para el desarrollo de la autonomía personal) y grupal. En aquellos casos en los que la persona tiene muchas necesidades en estas áreas también se puede derivar a otros recursos. En todo caso desde el modelo de entrenamiento laboral se intenta que la persona adquiera un mínimo nivel de autonomía personal y manejo comunitario previo a incorporarse a un puesto de trabajo.

Empleo Con Apoyo

Este modelo nació en Estados Unidos donde, junto con Canadá, en la actualidad se encuentra muy extendido. En Europa también se están desarrollando proyectos siguiendo esta metodología.

En España, se han creado numerosas proyectos en discapacidad intelectual principalmente y están desarrollándose cada vez más en personas con enfermedad mental, aunque la mayor parte de estos no siguen íntegramente la filosofía de empleo con apoyo. En julio del 2007 se publicó el real decreto 870/2007 que regula el Empleo con Apoyo en nuestro país. (8).

Con este modelo se pretendía evitar algunos de los problemas que surgen con el Entrenamiento Prelaboral: Desmotivación ante largos periodos de entrenamiento previos, dificultades para el mantenimiento del puesto de trabajo y problemas para simular "entornos reales de trabajo"

Existen multitud de definiciones de Empleo con Apoyo. Esta es una de las más utilizadas en nuestro país: *Empleo integrado en la comunidad dentro de empresas normalizadas, para personas con discapacidad ["], mediante la provisión de apoyos adecuados dentro y fuera del lugar de trabajo, a lo largo de su vida laboral, y en condiciones de empleo lo más similares posibles en trabajo y sueldo a las de otro trabajador sin discapacidad en un puesto equiparable dentro de la misma empresa.* (Verdugo, Jordán de Urríes, 2001) (9).

Por tanto el objetivo es que la persona acceda a un puesto de trabajo en un empresa normalizada sin entrenamiento ni formación previa y que una vez en el puesto de trabajo reciba el apoyo de un Preparador Laboral (algunos autores lo denominan especialista en empleo en la comunidad) para facilitar su adaptación al mismo.

Principios del Empleo con Apoyo

Esta metodología de intervención se fundamenta en unos principios muy concretos (Mank, D. 1998)

- *El trabajo tiene significado en nuestra vida.*
- *Las personas con discapacidades significativas pueden trabajar:* Consideran que no se debe descartar a ningún candidato por la gravedad de su cuadro clínico.
- *La integración e inclusión son preferibles a la segregación y exclusión:* Por ello se busca empleo en empresas ordinarias para que la persona pueda tener una experiencia laboral como una persona sin discapacidad, donde se le exija igual que al resto, pero también tenga los mismos derechos.
- *La elección y satisfacción son valiosas:* Propone que las intervenciones tienen que estar centradas en la persona y que debe de ser esta la que decida a lo largo de todo el proceso tanto sus metas, como la metodología a seguir para lograr su inserción profesional. Es habitual que en nuestro contexto los profesionales se basen en modelos directivos por lo que en mucho programas de empleo con apoyo que se desarrollan en nuestro país no siguen este punto.
- *Se pretende desarrollar una carrera profesional, no solo un trabajo concreto:* En este sentido se plantean que el apoyo debe de ser flexible y continuado, comenzando porque la persona decida en que sector se quiere profesionalizar y favoreciendo que tenga diferentes experiencias laborales exitosas que le permitan integrarse laboralmente en el mismo.
- *Crear apoyos individuales no programas:* Dado que las dificultades que puede tener una persona son muy variadas, no conviene desarrollar programa rígidos sino que hay que individualizar al máximo las intervenciones. Enfatizan la necesidad de dar apoyo en el mismo puesto de trabajo para que la persona se pueda adaptar a él. También señalan que hay que basarse en los apoyos naturales.
- *Énfasis en la calidad de vida.*

Metodología del empleo con apoyo

Aunque como hemos descrito este modelo plantea como una de sus premisas que la metodología debe de ser flexible y adaptarse a las necesidades de apoyo de la persona, si que se distinguen una serie de **fases** (10):

Evaluación: En esta fase el objetivo es poder llegar a concretar con la persona sectores profesionales que se ajusten a sus intereses y destrezas de cara a buscar empleo en ellos.

Para ello proponen partir de una evaluación ecológica y basada en la comunidad siguiendo los principios planteados por Pancsofar y Steere (1997)

- La evaluación enfatiza las competencias y no las deficiencias
- El énfasis en el proceso de evaluación esta en identificar apoyos.
- Dar referencias a la persona para que oriente sus decisiones sobre su proceso en vez de que los profesionales le planteen un itinerario.
- Tanto a las personas como a sus familiares se les debe ofrecer posibilidades sobre como desarrollar la evaluación y en que formato.
- El informe de evaluación debe de ser escrito y analizado justo con el interesado y su familia.
- El objetivo no es encontrar una respuesta a preguntas concretas sino comprender la relación entre los diferentes componentes de la persona y su entorno.
- Es importante evaluar también el mercado laboral y los sectores profesionales donde la persona muestra interés.
- Las evaluaciones estandarizadas del desempeño de un estudiante tienen poca validez predictiva sobre el éxito en el puesto de trabajo.
- Los resultados en la calidad de vida son tan importantes como los de las destrezas.
- El objetivo principal de la evaluación es poder posteriormente realizar el ajuste puesto-persona.

Durante esta fase se pretende establecer una relación significativa con la persona, valorar a esta y su contexto. A través de dicha evaluación se obtendrán datos sobre al grado de ajuste entre sus intereses vocacionales, sus expectativas laborales, sus destrezas y la situación de los sectores profesionales en el mercado de trabajo.

Si se observa que este ajuste no es optimo, se intervendrá para que pueda elegir uno o varios sectores ajustados. Una vez sus intereses vocacionales se ajustan a sus destrezas de desempeño se pasará a la fase de marketing con el fin de acceder a un empleo.

Marketing: Durante esta fase se busca un puesto de trabajo que pueda ajustarse a la persona. Para ello el recurso hace una labor de marketing donde se informa a las empresas de las políticas de fomento del empleo para personas con discapacidad, los resultados de empleabilidad de las personas con discapacidad, etc. (8)

Por último se le plantea a la empresa la metodología del empleo con apoyo y los tipos de puestos que están en la actualidad buscando. Durante esta fase también se valoran los contactos en empresas que pudiera tener la persona o su entorno.

Análisis del Puesto de Trabajo: Una vez la empresa ofrece un puesto de trabajo, hay que analizarlo adecuadamente para poder determinar si se ajusta al perfil de la persona. Siempre que sea posible se procurará hacer dicho análisis por un trabajador de la empresa para que pueda aportar la mayor información posible sobre las tareas que la persona debe realizar y el entorno laboral, especialmente en cuanto a grupos sociales y formas ocupacionales (los estilos y estándares de desempeño) que marca la empresa para ese puesto: Grado de autonomía que hay que tener, calidad de desempeño, ritmo de producción, contacto con otros, trabajo en equipo, clima laboral, cadena de mando, etc.

Posteriormente se cruzaran los resultados obtenidos del análisis del puesto con los del perfil laboral de la persona para determinar el ajuste puesto-persona y por lo tanto si es conveniente que acceda a ese puesto. Este ajuste debe realizarse junto con el futuro trabajador ya que es él quien debe decidir si es adecuado.

Análisis de tareas, Entrenamiento y disminución de las conductas problema: Una vez la persona ha accedido al puesto se debe valorar las necesidades de apoyo. Para ello se analizaran las tareas laborales, cómo influyen las condiciones laborales en su desempeño y si la empresa posibilita las adaptaciones en el entorno y en las tareas.

Problemas que suelen surgir en su implementación

En general los estudios demuestran que la metodología de Empleo con Apoyo es más eficaz en Estados Unidos que en los países europeos. Aunque no esta clara la causa parece deberse al mayor desempleo que hay en nuestro continente y a que en EEUU hay una mayor temporalidad en los empleos, lo que hace que sea más fácil acceder a un empleo.

En nuestro país uno de las principales dificultades es el estigma social. En general las empresas cumplen la cuota del 2% de trabajadores con minusvalía por evitar la sanción del ministerio de trabajo (aunque hay muchas que prefieren pagarla) no por una conciencia social hacia estos colectivos. Ello provoca que muchas se nieguen a que pueda estar el Preparador Laboral en el puesto de trabajo y/o no facilitan el análisis del mismo para poder realizar el necesario ajuste puesto-persona. Estas reticencias aumentan exponencialmente cuando la persona a insertar padece una enfermedad mental. En la actualidad la fase de Empleo con Apoyo que resulta más complicada de desarrollar es la de marketing. Aunque hay algunas empresas que están empezando a mostrar otra actitud más abierta queda mucho por hacer para lograr que el Empleo con Apoyo pueda ser una realidad.

En muchas ocasiones las personas que son derivadas a un servicio de Empleo con Apoyo no presenta una autonomía personal o de manejo comunitario adecuado, los recursos son limitados y no siempre han podido beneficiarse de una rehabilitación psicosocial. Por lo que antes de acceder a un empleo es necesario un entrenamiento previo.

En nuestro colectivo, el hecho de no contar con evaluaciones estandarizadas fiables para poder realizar el ajuste puesto-persona y la presión que supone las dificultades de establecer un acuerdo con una empresa, provocan que se tienda a realizar un entrenamiento prelaboral con vistas a asegurar el éxito de la inserción. Ello contradice los principios metodológicos del empleo con apoyo.

Papel de la Terapia Ocupacional en el Empleo con Apoyo

Para describir el papel de la T.O. en el modelo de Empleo con Apoyo vamos a seguir las fases típicas de este.

Evaluación: Como se ha comentado el objetivo de esta fase es establecer una relación significativa con la persona y que esta pueda decidir qué sectores profesionales son los más ajustados para ella y por lo tanto en cuáles va a intentar profesionalizarse.

Para ello es imprescindible obtener información sobre la persona. Esta es muy similar a la que se necesita en los modelos de Entrenamiento Prelaboral: Historia formativo laboral, orientación vocacional actual, habilidades de búsqueda de empleo, otras áreas ocupacionales No obstante hay que tener en cuenta que en Empleo con Apoyo al no contar con los contextos preelabórales, no se puede evaluar el desempeño o los hábitos laborales de una persona a través de la observación directa de la ejecución de las tareas de un trabajo.

En otros colectivos como por ejemplo el de personas con discapacidad intelectual se han desarrollado herramientas de evaluación que buscan determinar el desempeño laboral de una persona a través de pruebas "de lápiz y papel". Este tipo de herramientas de evaluación todavía no se han desarrollado en salud mental ya que resulta complicado determinar por ejemplo las habilidades de afrontamiento y solución de problemas de una persona, uno de los aspectos que habitualmente influye en el desempeño laboral de las personas con problemas de salud mental. Por ello, en ocasiones es complicado determinar como va a funcionar una persona en un puesto de trabajo concreto.

No obstante algunas herramientas de evaluación en formato de entrevista como es la *Escala De Impacto Ambiental Para El Trabajo (WEIS 2.0). Moore-Corner. R, Kielhofner. G, Olson. L. 1996.,* dan información de cómo han influido en el pasado los contextos laborales en el funcionamiento de la persona.

Una vez se tiene la información necesaria sobre la persona el proceso de Orientación Vocacional es similar al que se pueda realizar en los modelos de Entrenamiento Prelaboral pero teniendo en cuenta que no se cuenta con la posibilidad de que la persona utilice los contextos preelabórales como herramienta para orientarse.

Marketing: Habitualmente esta fase la desarrollan otros profesionales. Es importante que desde T.O. se les proporcione información sobre la persona y su funcionamiento para que por un lado busquen puestos ajustados y por otro puedan justificar ante los empresarios las potencialidades de la persona.

Análisis del puesto de trabajo: Este es una de los aspectos más relevantes del empleo con apoyo ya que para que la persona pueda integrarse en el puesto es fundamental que el ajuste puesto-persona sea correcto. Este ajuste se realiza a través de comparar el puesto de trabajo con los componentes de la persona y así determinar si ese puesto se ajusta a los intereses, expectativas y perfil laboral de la persona.

En este sentido para analizar un puesto de trabajo hay que obtener información sobre:

- Estructura de la empresa, organización de la misma y cadena de mando.
- Métodos, técnicas y procedimientos establecidos en la empresa y que debe seguir el trabajador. En general, aquellas formas ocupacionales a las que se tiene que ajustar el trabajador porque sean propias de su puesto o específicas de la empresa.
- Condiciones laborales del puesto: Horarios, sueldo, desplazamientos, etc.
- Clima laboral y contacto con otras personas. Condiciones ambientales del puesto: Trabajo exterior, ruidos, etc.

- Titulaciones, conocimientos, habilidades técnicas y experiencia que se requieren para el puesto. Maquinaria y herramientas que hay que manejar, etc.
- Funciones y tareas tanto habituales o esenciales como esporádicas que tiene que desempeñar el trabajador en ese puesto.
- Requerimientos para el trabajador a nivel motor, de comunicación interacción y de procesamiento.

Como se ha comentado el Empleo con Apoyo se basa en la filosofía centrada en la persona, por lo que es importante analizar el puesto y determinar el ajuste puesto-persona con el trabajador, de forma que sea este quien decida si el puesto se ajusta a sus características y necesidades.

Análisis de tareas, Entrenamiento y disminución de las conductas problema. A diferencia de los modelos de Entrenamiento Prelaboral, en el Empleo con Apoyo se pueden realizar intervenciones para mejorar el desempeño de la persona en el puesto: Adaptar y/o modificar el entorno y las tareas, entrenamiento para desarrollar habilidades y graduación de la actividad. También se interviene para mejorar su inclusión en los entornos sociales.

Para ello una vez el trabajador esta en su puesto hay que valorar su desempeño y analizar las tareas que tiene que desarrollar de cara a determinar cuál es la intervención más ajustada: restaurativa o compensatoria.

No obstante habrá que tener en cuenta que todas las intervenciones que se realicen tendrán que ser consensuadas con la persona y ajustadas a la empresa y su funcionamiento, para no alteren el ritmo productivo de la misma ni estigmatizar a la persona.

Dentro de este modelo la persona encargada de dar apoyo al trabajador en su puesto es el Preparador Laboral. El T.O. podemos asesorar sobre el tipo de intervenciones que se pueden realizar para que mejore su desempeño y su integración en la empresa.

Intervención en otras áreas ocupacionales: Como en el caso de los programas de Entrenamiento Prelaboral, es habitual que también se intervenga en otras áreas ocupacionales. En el caso del Empleo con Apoyo se suele contar con menos medios ya que las intervenciones son muy individuales. Por ello la intervención en estas áreas suelen ir encaminadas al asesoramiento y buscar recursos específicos donde puedan intervenir en las mismas.

RESULTADOS

En los diferentes estudios sobre rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental se resalta el hecho de que aunque algunos modelos de intervención se han demostrados más eficaces que otros, ninguno tiene una fiabilidad del 100%. Por ello se recomienda que se creen diversos dispositivos, basados en diferentes modelos que puedan cubrir un amplio abanico de opciones. De tal manera que las personas puedan acceder a todo tipo de empleo: Protegido, empresas de inserción, empleo ordinario, etc.

En estos estudios quedan patentes las dificultades que tienen las personas que padecen algún tipo de discapacidad para acceder a un puesto de trabajo ya que desde las empresas se las valora como poco productivas y que van a generar dificultades. Esta percepción negativa de las personas con discapacidad se agrava en el caso de las personas con enfermedad ya que a esta se une el gran estigma social que hay hacia este colectivo.

Como en el caso de la rehabilitación psicosocial, en la rehabilitación laboral cada vez se desarrollan intervenciones más centradas en la persona, porque además de que resultan más eficaces, desde muchos colectivos se consideras más éticas.

Conclusiones

Por último la rehabilitación laboral es un campo relativamente nuevo y hay pocas herramientas tanto de evaluación como de intervención que se encuentren estandarizadas. Tampoco esta claramente definido cual es el papel de cada profesional por lo que en este artículo se han intentado recoger algunas propuestas de cuál podría ser la intervención de T.O. en cada modelo, aunque en ocasiones estas las estén realizando otros profesionales.

Bibliografía

(1) Ross J. Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.

(2) López Alvarez M, Laviana Cuetos M, Álvarez Jiménez F, González Álvarez S, Fernández Domenech M, Vera Peláez MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquia. 2004; XXIII: 2849-83

(3) Rodríguez Pulido F, Rodríguez Díaz M N, García Ramírez M C. La Integración Laboral de Personas con Enfermedad Mental Grave. Una Cuestión Pendiente. Psiquis. 2004; 25 (6): 264-81.

(4) Blanco F, Lamy N, Martínez F, Martín MA. Rehabilitación Laboral y Enfermedad Mental. V Congreso Virtual de Psiquiatria.com. [Internet]. Psiquiatria.com: Psiquiatria.com; 2004 [marzo 2006]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/RhbLaboral_enfermedad_mental.shtml

(5) Ley de la Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I.). Ley 13/1982 de 7 de abril. Boletín Oficial del Estado, número 103 (30 de abril de 1982).

(6) Rodríguez A, Alcaín Oyarzun E, Colís Hernández JA, Galilea García V, Lavado Ciordia AI, Muñiz Giner E el al. Rehabilitación Laboral de Personas con Enfermedad Mental crónica: Programas Básicos de Intervención. Cuadernos Técnicos de servicios Sociales. Consejería de Servicios Sociales. Madrid: Comunidad de Madrid; 2001.

(7) Kielhofner, G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.

(8) Real Decreto por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Real Decreto 870/2007, de 2 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 168, (14-07-2007).

(9) Verdugo MA, Jordán de Urriés FB. Empleo con apoyo y salud mental. Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. En: II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. Salamanca: INICO; 2003.

(10) Esteban B, Jordán de Urriés FB. Empleo con Apoyo para Personas con Discapacidad Intelectual y para Personas con Enfermedad Mental: Comparación metodológica en dos proyectos pilotos. Siglo Cero (Madr). 2006; 37 (2): 63-7

REALIZACIÓN PERSONAL A TRAVÉS DE LA OCUPACIÓN: "UNA MIRADA AL INTERIOR DE LA PERSONA"

PERSONAL PERFORMANCE THROUGH OCCUPATION: A LOOK AT THE INSIDE OF THE PERSON "

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Institucionalización, Participación ocupacional, Motivación, proceso de remotivación.

Key Word: Occupational Therapy, Psycho Incipient, psychosocial interventions

DECS:

Mesh:

Autores:

Dña. Imma Grau Joaquín.
Directora Médica Hospital Psiquiátric Universitari Institut Pere Mata. Reus

Dña. Miriam Vallés Jordá
Diplomada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Rehabilitación Hospitalária del Hospital Psiquiátric Universitari Institut Pere Mata.Reus.

D. Ramón Alarcón Fernández
Diplomado en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Rehabilitación Hospitalária del Hospital Psiquiátric Universitari Institut Pere Mata.Reus

Dña. Anna Luque Susín
Diplomada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional del Centro Sociosanitario Monterols del Hospital Psiquiátric Universitari Institut Pere Mata. Reus.

Dña. Vanesa Pujol Goixens
Diplomada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Rehabilitación Hospitalária del Hospital Psiquiátric Universitari Institut Pere Mata.Reus.

Dña. Blanca Salinas Voltà
Diplomada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Rehabilitación Hospitalária del Hospital Psiquiátric Universitari Institut Pere Mata.

Texto Recibido: 20/11/09

Texto Aceptado: 28/11/09

RESUMEN

Mediante este artículo pretendemos, a través de un caso clínico, explicar las etapas del proceso terapéutico que se siguió desde Terapia Ocupacional con un usuario ingresado en un hospital psiquiátrico las últimas dos décadas de su vida. El análisis del caso lo dividiremos en historia de vida, impacto de la institucionalización, estrategias terapéuticas que facilitan la participación ocupacional, centrándonos en el proceso de remotivación.

SUMMARY

Through this article, we intend, through a case, explain the stages of the therapeutic process that was followed from Occupational Therapy with a user entered a psychiatric hospital the last two decades of his life. The case analysis will divide the history of life, impact of institutionalization therapeutic strategies that facilitate occupational participation, focusing on the process of motivation.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Vallés Jordá M, Alarcón Fernández R, Luque Susín A, Pujol Goixens V, Salinas Voltà B. Realización personal a través de la ocupación: "una mirada al interior de la persona". TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 68-78. Disponible en:
http://www.revistatog.com/suple/num5/mirada.pdf

INTRODUCCIÓN

Santiago es una persona de 83 años que nació en Barcelona en el seno

de una familia con un nivel socioeconómico alto siendo el mayor de cuatro hermanos. Asistió al colegio hasta los 15 años (apareciendo en este contexto un fuerte interés por el mundo del arte). Se vio obligado a abandonar los estudios cuando estalló la guerra civil española y tuvo que empezar a trabajar en el puerto con su padre.

Dos años después encontró trabajo en una empresa de creación artística (recordándolo como su primera experiencia laboral satisfactoria y significativa). En su afán por mejorar, se traslada a otra empresa (de dibujos animandos) más competitiva y con un mayor nivel de exigencia. En este trabajo se dedicaba a realizar trabajos para Walt Disney.

En este encuadre es donde empiezan a aparecer los primeros problemas de adaptación (enfrentamientos con los cargos de mayor rango, incumplimiento de los plazos de entrega de las obras, dificultades en el trabajo en equipo, entre otros) que conllevan a la pérdida del puesto de trabajo.

En este momento se desvincula del mundo del arte ya que no encuentra ningún trabajo con unas condiciones dignas en el sector (debido a las condiciones del país en la época). Esto le lleva a trabajar en la librería de su padre. Aquí vuelven a aparecer todos los problemas anteriormente citados ya que era un trabajo en el que se sentia privado de libertad, no podía expresar la creatividad, y le provocaba profundos sentimientos de insatisfacción personal ya que, el trabajo no era satisfactorio para el. En los ratos libres mientras trabajaba, alimentaba la exploración por la lectura hasta convertirla en una afición significativa y que perduró a lo largo de su vida.

El fallecimiento del padre provocó el declive de la librería (Santiago no quiso hacerse cargo de ella). En este mismo momento enfermó su hermana y tuvo que trasladarse al Morell (un pueblo pequeño cerca de Tarragona) para hacerse cargo del bar de su hermana. Tampoco se adaptaba al ambiente rural (pensaba

que el desarrollo artístico se encontraba en las grandes ciudades; que el nivel sociocultural del pueblo era muy bajo y que este ambiente ofrecía muy pocos recursos en comparación con las expectativas que el tenía) por lo que viajaba a Barcelona con mucha frecuencia para continuar dibujando, poder expresar su arte y, de paso, ganar dinero extra.

Al morir la hermana desaparece su sentido de obligación hacia la familia y únicamente mantiene relación con la madre. En este punto Santiago reinicia su interés personal por la pintura realizando retratos a las personas del pueblo. La madre le exige que busque un trabajo más estable pero él se niega a trabajar en algo que no esté vinculado con la pintura. Su relación se deteriora hasta tal punto que Santiago agrede a su madre siendo ingresado en un hospital psiquiátrico.

Impacto de la institucionalización:

Al ingresar en el Hospital Psiquiátrico que en ese momento funcionaba como los antiguos manicomios (rigidez de normas, perdida de intimidad (habitaciones de 20 camas y baños compartidos), imposibilidad de salir a la comunidad, etc.) se ve en la obligación de abandonar ciertos roles ocupacionales que le resultaban significativos por la privación de muchos de los elementos de su rutina cotidiana.

Se reduce su nivel de participación en aquellas ocupaciones significativas, de elección personal que se encontraban dentro de su contexto sociocultural y que organizaban su rutina diaria.

Hay un declive de su motivación por la acción, pérdida de interés e insatisfacción personal que surgen de experiencias pasadas negativas para él y porque las expectativas de Santiago superan las oportunidades que ofrece su ambiente actual.

Otro de los factores a tener en cuenta es que se inhibe en Santiago la capacidad de decisión, de responsabilidad y de gestión sobre su proyecto de vida. (Identidad Ocupacional. Wilcock).

También es importante tener en cuenta que, en la actualidad, más en concreto en el ámbito institucional, la concepción de salud sigue centrándose en la reducción de la sintomatología sin tener muy en cuenta una intervención integral que permita el mantenimiento y/o recuperación de la salud facilitando el equilibrio ocupacional (Florey) para promover el bienestar personal, hábitos saludables, significado a la vida, etc.

Los problemas hallados en volición, habituación, capacidad de desempeño y ambiente contribuyen a que Santiago se desvincule de sus ocupaciones significativas. (Estos cuatro elementos se interrelacionan entre sí y condicionan lo que la persona piensa, siente y hace.

METODOLOGIA

Cuando hace cinco años el equipo de terapia ocupacional llega a la Unidad de Psicogeriatría del Institut Pere Mata; Santiago permanecía la mayor parte del tiempo sentado en un sillón del salón, mirando la televisión, sin participar en ninguna actividad significativa, ya que, en ese momento, no había ningún contexto terapéutico que promoviese la exploración y el desarrollo de destrezas.

Se inició en este momento un proceso dinámico y flexible que se llevó a cabo durante este período y en el que se apoyó y se facilitó la participación ocupacional de Santiago.

Las estrategias terapéuticas que utilizaron los terapeutas ocupacionales basándose en Mary Reilly 1969 "La formación de todo comportamiento ocupacional se produce a través de un continuum de desarrollo que abarca tres etapas jerárquicas: exploración, competencia, logro".

Etapa de Exploración

El objetivo principal de esta etapa es establecer el vínculo empático con el usuario.

Los terapeutas comenzaron a acercarse a su contexto más familiar y cotidiano sin esperar ningún resultado externo (permaneciendo cerca de Santiago, conversando con él, compartiendo sus intereses, etc.). Se le empezaron a ofrecer alternativas acerca de las actividades significativas u objetos personales de su pasado (relacionadas con la lectura y la pintura).

La terapeuta ocupacional realizó actividades del interés del usuario aunque él participara, pidiéndole ayuda, opiniones, sugerencias, etc. Es decir invitándolo pero sin presionar.

Él empieza a mostrar curiosidad y a participar, observando, sugiriendo ó de manera activa en la actividad, con el apoyo del terapeuta.

Es relevante destacar en dicho proceso la importancia de validar (por parte del terapeuta) la satisfacción de compartir las experiencias con él.

En esta etapa es imprescindible reforzar positivamente cualquier implicación de la persona, ya que la base es que lo intente y que muestre curiosidad.

	EXPLORACIÓN
MOTIVACIÓN	Intrínseca
HINCAPIÉ EN	Volición
NIVEL DE INTERVENCIÓN	Periodo de descubrimiento
MANEJO AMBIENTAL	Espacio: seguro, familiar y relajante. Objetos: disponibles, pocos, simples y relevantes para la persona. Actividad: conocida, con posibilidad limitada de elección, desafío justo de la actividad (garantía de éxito) Grupo social: pequeño, con metas flexibles, sin obligaciones,reconocer el intento como una forma de participación.
CARATERÍSTICAS	Curiosidad, descubrimiento absolución al fracaso, placer funcional, diversión y ausencia de límites personales. Ofrece oportunidades para aprender, descubrir y expresar emociones.

Es importante no marcar límites temporales en sus intervenciones ya que el período de exploración varía en cada persona.

Etapa de Competencia

En esta etapa se invita a Santiago a compartir un nuevo contexto (sala de terapia) al que no está acostumbrado, utilizando los mismos objetos o actividades llevadas a cabo en su entorno mas familiar.

Espacio nuevo	→	desafio
Material conocido	→	seguridad

El cambio debe ser progresivo y flexible para evitar la pérdida de seguridad y control personal

Cuando empieza a sentirse cómodo en el nuevo contexto, el TO le invita a explorar otras tareas significativas con un grado de complejidad mayor.
Se sigue reafirmando en todo momento la relación de complicidad con Santiago.

Cuando Santiago ya ha experimentado diferentes opciones, se promueve la elección de aquellas actividades relacionadas con su patrón de interés, valores y necesidades personales en las cuales le gustaría participar más a menudo (éstas son principalmente la pintura y el grupo creativo). Durante esta etapa, con práctica y repetición, la habilidad de Santiago se convierte en una destreza y lo va integrando como un hábito en su rutina diaria.

En esta fase, aún necesita ser reconocido por parte del terapeuta (feedback), potenciando la interacción con otras personas.

	COMPETENCIA
MOTIVACIÓN	Eficacia
HINCAPIÉ EN	Hábitos y desempeño funcional
NIVEL DE INTERVENCIÓN	Periodo de aprendizaje (práctica-repetición)
MANEJO AMBIENTAL	Espacio: entorno novedoso y desafiante. Objetos: disponibles, variados, con más complejidad. Actividad: mas variables, con límites de horarios y temporales, con reglas. Grupo social: mas amplios, definen las metas.
CARATERÍSTICAS	Se construye sobre la exploración previa. Se adapta a las demandas de la tarea. Cuando termina la actividad aún se tiene que otorgar retroalimentación. Relación más efectiva con el entorno

Etapa de logro

En la siguiente fase se reducen apoyos puesto que, la persona ha desarrollado un mayor locus de control interno que le permite asumir éxitos y fracasos en la realización de las actividades.

Es capaz de llevar a cabo actividades con unas reglas más establecidas, determinando el inicio y el fin, en qué momento puede disponer de los materiales, qué decisiones tiene que tomar, etc.

	COMPETENCIA
MOTIVACIÓN	Excelencia
HINCAPIÉ EN	Adquisición de roles y refinamiento de habilidades específicas
NIVEL DE INTERVENCIÓN	Periodo de aplicación de las habilidades aprendidas
MANEJO AMBIENTAL	Espacio: entorno novedoso y desafiante. Objetos: disponibles, variados, con mas complejidad. Actividad: mas variables, con límites de horarios y temporales, con reglas. Grupo social: mas amplios, definen las metas.
CARATERÍSTICAS	Es capaz de asumir riesgos y nuevos desafíos. Asumir logro y fracaso Experimentar placer a través del logro (producto final)

RESULTADOS

Ante nuevos desafíos se vuelven a combinar y a sobreponer las diferentes etapas (exploración-competencia-logro) de acuerdo a los indicadores de volición de Santiago.

Muestra interés por participar en el concurso de "Nous Genis" (certamen de pintura para personas con algún tipo de discapacidad). Obtuvo el primer premio; este hecho reafirmó su auto confianza y conciencia real de habilidad.

Después del éxito conseguido en la realización del anterior proyecto, Santiago propone iniciar un nuevo proyecto con una temática de Walt Disney.

Finalmente, Santiago logra cumplir con las expectativas internas (exigencias, demandas, responsabilidades) y con las expectativas externas (reconocimiento social) del rol de pintor experimentando un sentimiento de placer y realización personal

CONCLUSIONES

El terapeuta ocupacional, junto al equipo interdisciplinario facilitó, trabajó y desarrolló el proyecto de vida conjuntamente con Santiago, acercándolo a su contexto cotidiano y consiguiendo, a su vez, que gozara de un mayor grado de autonomía y realización personal.

Su proyecto vital fomentó el desempeño de roles ocupacionales relevantes para él, así como, la participación en actividades significativas, apoyando su mantenimiento en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida posibles.

Durante todo el proceso terapéutico, se buscó el maximizar la autonomía basándose en las capacidades, competencias y sistemas de apoyo, teniendo en cuenta la fase en la que se encontraba Santiago (exploración- competencia - logro) para asegurar el aprendizaje de rutinas, el mantenimiento y la adaptación de éste en su entorno más próximo.

Fue cuando Santiago empezó a participar en ocupaciones productivas y significativas, escogidas libremente y encuadradas dentro de su contexto sociocultural cuando empezaron a surgir en él sentimientos de bienestar y fue desarrollando paulatinamente nuevas destrezas, hábitos y recursos personales necesarios para interactuar de manera efectiva con su entorno social.

Desde una visión holística "el hacer" le permitió desarrollar un sentido de competencia, expresar su identidad, sostener-estructurar su vida cotidiana, y alcanzar sus expectativas personales y sociales. Todos estos sentimientos son los que ayudaron a Santiago a incrementar sus oportunidades y mejorar sus condiciones de vida.

BIBLIOGRAFIA

(1) Crepeau EB, Cohn ES, Schell B, Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 10 Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005.

(2) Kielhofner G, Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3 Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004.

(3) Pellegrini M, Ciencias de la Ocupación y Terapia Ocupacional en Salud Mental. Módulo 1 Dossier. San Sebastián, 2005.

(4) Romero D, Moruno P, Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. 1 Ed. Barcelona: Masson; 2003.

(5) De Las Heras CG, Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. 1 Parte. Zaragoza, 2003.

(6) De Las Heras CG, Llerena V, Kielhofner G, Proceso de Remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Zaragoza, 2003.

(7) The American Journal of Occupational Therapy, Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso. Volumen 56 Número 6, 609-639. 2002.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA

OFFER OF INTERVENTION FROM OCCUPATIONAL THERAPY ON THE SECONDARY EFFECTS OF THE PSYCHIATRIC MEDICATION

Palabras clave del autor: Efectos secundarios, Neurolépticos, Terapia Ocupacional, Psiquiatría.

Keys words: Side effects, Neuroleptics, Occupational Therapy, Psychiatry.

DECS:

Mesh:

Autoras:
Imma Grau Joaquin.
Directora Médica del Hospital Psiquiatrico Universitario Institut Pere Mata.
Elena Ganga Linares
Terapeuta Ocupacional. Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata, Reus. Unidad de discapacidad intelectual.
Alba Angulo García
Terapeuta Ocupacional. Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata, Reus. Unidad de Psiquiatría.
Miriam Ferré Cabré
Terapeuta Ocupacional. Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata, Reus. Unidad de Psicogeriatría.
Catarina Martínez Ferreira
Terapeuta Ocupacional. Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata, Reus. Residencia Sociosanitaria Monterols.
Judith Pérez Sancho
Terapeuta Ocupacional. Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata, Reus. Unidad de Psicogeriatría.

Texto Recibido: 13/08/09
Texto Aceptado: 27/11/09

RESUMEN

En nuestra práctica diaria los terapeutas ocupacionales trabajamos con la persona y sus déficit y potenciales a la hora de realizar ocupaciones más que con el origen o causa de los mismos. Pero en éste caso en concreto, nos ha parecido interesante hacer una diferencia entre los efectos secundarios de los antipsicóticos y los propios de la patología que tratan por dos razones; primero por entender de verdad a esa persona que tiene que convivir con el "mal menor" de tratar su enfermedad y a la vez sufrir éstos efectos secundarios de manera crónica, y segundo por el papel que jugamos a la hora de alertar al resto del equipo de los cambios que vemos en nuestros usuarios y como las variaciones de medicación interfieren en su desempeño ocupacional. Tratamos de hacer un breve repaso sobre la medicación más usada en Psiquiatría, sus efectos secundarios y explicar por qué y de qué manera actúa el terapeuta ocupacional en esto.

SUMMARY

In our daily practice occupational therapists work with individuals and their potential deficit and when making occupations rather than the origin or cause of them. But in this particular case, it seemed interesting to make a difference in side effects of antipsychotics and those characteristic of the pathology that deal for two reasons: first to understand that person really has to live with the "lesser evil "to treat his illness and yet they suffer from a chronic side effects, and second for the role they played when alert the rest of the team of the changes we see in our users and how changes in medication interfere with their performance occupational. We tried to make a short summary of

the most widely used medication in psychiatry, its side effects and explain why and how does the occupational therapist in this.

Como citar este documento:

Grau Joaquin I, Ganga Linares E, Angulo García A, Ferré Cabré M, Martínez Ferreira C, Pérez Sancho J. Propuesta de intervención desde terapia ocupacional sobre los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica
TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 79-88. Disponible en http://www.revistatog.com/suple/num5/med.pdf

INTRODUCCIÓN

Desde la práctica diaria se observa que los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica interfieren a nivel funcional en el desempeño ocupacional de los usuarios de las Unidades de Psiquiatría.

Tras una revisión bibliográfica concluimos que existe poca literatura referente a la intervención de Terapia Ocupacional sobre las limitaciones que producen los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.

En este artículo se expone la importancia del rol del terapeuta ocupacional en la intervención sobre estos efectos. El objetivo principal de nuestra intervención es el mantenimiento del desempeño y la participación en ocupaciones, a través de la valoración, adaptación, graduación y estructuración de la actividad y la actuación sobre el entorno para facilitar el desempeño.

METODOLOGÍA

Población y ámbito de intervención

La observación se ha realizado en un hospital psiquiátrico y se centra en dos unidades de larga hospitalización:

- Unidad de Psiquiatría: la media de edad de los usuarios es de 60 años, siendo la media de institucionalización aproximadamente de 25 años y

con un diagnóstico más frecuente de esquizofrenia paranoide crónica y residual.

- Unidad de Psicogeriatría: la media de edad de los usuarios es de 75 años, siendo la media de institucionalización aproximadamente de 40 años y con un diagnóstico más frecuente de esquizofrenia crónica y residual.

Registros

Se realiza un registro de la medicación psiquiátrica de cada usuario del que hemos obtenido los diez psicofármacos más administrados.

Nos hemos basado en la escala Angus-Simpson para la observación de los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.

Por medio de la observación funcional en nuestra práctica diaria podemos apreciar de manera evidente como interfieren los efectos secundarios en las distintas habilidades de desempeño.

Datos y observaciones

Los psicofármacos se pueden clasificar en los siguientes grupos:

Neurolépticos (antipsicóticos): controlar síntomas como alucinaciones o delirios. Disminuye la agitación psicomotriz.

Ansiolíticos: Se utilizan para reducir la ansiedad y la tensión. Sedante, anticonvulsionante, antipánico.

Hipnóticos: Los hipnóticos, llamados también hipnóticos sedantes, son medicamentos destinados a favorecer y/o provocar el sueño.

Reguladores del humor: Ayudan a conseguir una estabilización del humor. El más importante de los reguladores del humor es el litio.

Antidepresivos: Reduce el riesgo de ideación suicida y normalizan el sueño. Se utilizan para estimular y potenciar la actividad psíquica.

Correctores (antiparkisoniano): controla los efectos extrapiramidales causados por los antipsicóticos. Tratamiento de la disquinesia tardía.

Haciendo una relación de ambas unidades los diez medicamentos más administrados son:

	UNIDADES DE LARGA ESTANCIA
1	**Akineton** (antiparkinsoniano)
2	**Zyprexa** (antipsicótico)
3	**Risperdal** (antipsicótico)
4	**Haloperidol** (antipsicótico)
5	**Sinogan** (antipsicótico)
6	**Clopixol** (Antipsicótico) y **Depakine** (Regulador)
7	**Orfidal** (ansiolítico)
8	**Solian** (antipsicótico)
9	**Leponex** (antipsicótico)
10	**Rivotril** (regulador)

Figura 1: Medicación más administrada

Efectos secundarios de los psicofármacos que más interfieren sobre las habilidades del desempeño ocupacional:

Síndromes extrapiramidales:

- Parkinsonismo
- Acatisia
- Distonía
- AquinesiaDisquinesia tardía
- Hipotensión postural
- Boca seca
- Sialorrea

- Visión borrosa o visión doble
- Ataxia
- Fotosensibilidad

Habilidades de desempeño que se ven afectadas por los psicofármacos

- *Habilidades Motoras:*

Postura: Afectada por la disquinesia tardía, distonía y la acatisia**.** Limitaciones para mantenerse correctamente sentado o en cualquier otra posición.
Movilidad: Afectada por el temblor, marcha parkinsoniana, disquinesia tardía. Limitaciones para caminar y para alcanzar objetos.
Coordinación: Afectada por la ataxia y el temblor principalmente.
Limitaciones para manipular objetos y/o moverse con fluidez.
Fuerza y esfuerzo: Afectados por la aquinesia, distonía.
Dificultad para transportar objetos y regular el movimiento.
Energía: Afectada por temblor, aquinesia.
Limitaciones a la hora de mantener una velocidad adecuada al realizar una tarea, lentitud en la secuencia.

- *Habilidades de procesamiento*.

Las habilidades de procesamiento también se ven afectadas por los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica. No obstante, nos centraremos solamente en las habilidades motoras y de comunicación, ya que las limitaciones observadas se identifican con mayor claridad y no se confunden con los síntomas o deterioro de la propia enfermedad.

- *Habilidades de comunicación*

Corporalidad: Afectada por la cara de máscara, ataxia. Se observan limitaciones para contactar con otros, mirar, gesticular, orientarse y posicionarse hacia los otros.

Intercambio de información: Afectada por la sialorrea, boca seca y disquinesia tardía.

Dificultad para hablar y articular.

RESULTADOS

Propuestas de intervención desde T.O.

El enfoque de intervención propuesto es el de modificación (compensación, adaptación). Éste enfoque está dirigido a corregir el entorno o la demanda de la actividad para fomentar el desempeño en un entorno habitual. Los principales focos de intervención son el entorno, las demandas de la actividad y los patrones de desempeño.

ÁREA DE OCUPACIÓN: AVD	Recomendaciones	Ayudas técnicas
Ducha	-Uso de albornoz. -Calzado adecuado. -Ducharse y secarse sentado.	-Barras. -Esponjas de mango alargado. -Sillas de Ducha -Dispensadores de jabón.
Vestido	-Prendas con velcros. -Sujetadores con cierre delantero. -Calzado sin cordones. -Vestirse sentado	-Abotonadores -Ponecalcetines/medias. - Calzadores de mango alargado.
Alimentación	-Corregir postura -Estabilización de codos. -Separar y cortar alimentos si se requiere.	-Materiales antideslizantes. -Cubiertos de peso graduable. -Vasos con asas y boquilla. -Platos con borde y con peso. -Platos isotérmicos.
Movilidad funcional	-Uso de edredones ligeros -Tejidos deslizantes. -Colchón duro	-Barandillas de cama. -Trapecio.
	Sillas de altura adecuada.	-Sillas con reposabrazos. - Alfombrillas antideslizantes
	Técnicas starter.	-Caminadores. -Bastones, muletas.
Higiene personal y aseo	-Realizarla sentado. -Apoyos. -Estabilización de codos. -Desodorante de barra.	-Maquinillas de afeitar y cepillos de dientes eléctricos. -Cortaúñas asistido de sobremesa. -Peine de mango largo. -Barras de sujeción.

Higiene del inodoro	Papel higiénico ya cortado.	-Elevadores de wc. -Barras de sujeción. -Wc con cierre y apertura de tapa y evacuación automáticos.

Figura 2: Ejemplos de Intervención

Conclusión

Tras la realización de este artículo nos hemos dado cuenta de la importancia de la formación en farmacología sobre todo en el campo de la salud mental.

Los terapeutas ocupacionales desarrollamos una función muy importante, ya que somos los observadores directos del desempeño ocupacional de los usuarios y podemos identificar los efectos secundarios mencionados, ayudarles a comprender cómo pueden afectar en sus actividades diarias y detectar cualquier cambio.

Así mismo vemos imprescindible un trabajo en equipo entre los diferentes profesionales para llevar a cabo un intercambio de información eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6th ed. Barcelona: Masson, S.A; 2006.

(2) Manual de Psiquiatría Médica Moore DP, Jefferson JW. Manual de Psiquiatría Médica. 2th ed. Madrid: Elsevier; 2005.

(3) Tungpunkom P, Nicol M Programas de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

(4) Leucht S, Kissling W, McGrath J Litio para el tratamiento de la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

(5) Hickling FW, Abel W, Garner P, Rathbone J Salas generales abiertas versus unidades psiquiátricas especializadas para psicosis agudas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

(6) Alwan NA, Jonhstone P, Zolese G Duración de la hospitalización para personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

(7) Rathbone J, Soares-Weiser K Anticolinérgicos para la acatisia aguda inducida por neurolépticos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

(8) Joy CB, Adams CE, Lawrie SM Haloperidol versus placebo para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

(9) Gilbody SM, Bagnall AM, Duggan L, Tuunainen A. Risperidona versus medicamentos antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

(10) Lieberman JA, Stroup T, McEvoy J, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. NEJM. 2005;353:1209-1223.

(11) Declaración de Consenso sobre el Uso y Utilidad de los Medicamentos Antipsicóticos de Segunda Generación. La Asamblea General de la Asociación Mundial de la Psiquiatría. Yokohama, Japón – Agosto 2002. Traducido al español por los Dres. Pedro Rafael

Gargoloff (WPA ELN – Senior Psychiatrist) y Pedro Damián Gargoloff (WPA ELN – Psychiatrist in Training) – Argentina, Junio 2005.

(12) Calvo-Gómez JM, Sánchez-Pedraza R, Jaramillo-González LE, Tarcisio-Mantilla C. Validación de una Escala para Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales de Simpson-Angus. Rev. Salud pública 8 (1): 74-87, 2006.

(13) Ward J, Brown C. Adultos con enfermedades mentales. En: Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ª Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005. p. 835-866.

(14) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF: versión abreviada. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2004.

(15) Yonkers KA, Kando JC, Cole JO, Blumenthal S. Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic medication. Am J Psychiatry 1992; 149:587-595.

(16) Asociación Americana de Terapia Ocupacional. Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso.

(17) Bailey DM. Investigación: descubriendo el conocimiento a través de la investigación sistémica. En: Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ª Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005. P. 963-980.

(18) Arango C, Bascarán MT, Bousoño M, Flórez G, García-Portilla MP, Sáiz PA, Bobes J. Esquizofrenias en esquemas. 2nd ed. Barcelona: Ars Medica; 2009.

ANEXO 1. PSICOFÁRMACOS (PRINCIPIO ACTIVO/COMERCIAL).

	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
Neurolépticos (antipsicóticos)	Aripiprazol	Ability
	Levomepromacina	Sinogan
	Flutenacina	Modecate
	Perfenecina	Decentan
	Tioridacina	Meleril
	Haloperidol	Haloperidol
	Zuclopentixol	Cisordinol, Clopixol
	Quetiapina	Seroquel
	Risperidona	Risperdal
	Sulpiride	Dogmatil
	Tiapride	Tiaprizal
	Clotiapina	Etumina
	Clozapina	Leponex
	Olanzapina	Zyprexa
	Amisulpride	Solian
Ansiolíticos	Clorazepat dipotásico	Tranxilium
	Diazepam	Valum
	Alprazolam	Trankimacin
	Lorazepam	Orfidal, Idalprem
Hipnóticos	Flurazepam	Dormodor
	Lorametazepam	Loramet, Noctamid
	Zolpidem	Stilnox
Reguladores del humor	Carbamazepina	Tegretol
	Valproato Sódico	Depakine
	Dipropilacetamida	Depamide
	Topiramato	Topamax
	Gabapentina	Neurontin
	Clonazepan	Rivotril
Antidepresivos	Amitriptilina	Tryptizol
	Paroxetina	Seroxat
	Mirtrazapina	Rexer
	Sertralina	Besitran, Aremis
	Citalopram	Seropram
	Fluoxetina	Prozac
	Venlafaxina	Dobupal, Vandral
	Duloxetina	Cymbalta
Correctores	Biperidena	Akineton
	Trihexifenidilo	Artane

INTRODUCCIÓN AL MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL: DOMINIO Y PROCESOS

INTRODUCTION TO THE FRAMEWORK FOR THE PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY: ESTATE AND PROCESSES

Palabras clave del autor: Dominio de la terapia ocupacional, Evaluación ocupacional, Proceso de evaluación ocupacional, Áreas de ocupación, Patrones de desempeño, Destrezas de desempeño, Terapia Ocupacional.

Key Words: Domain of occupational therapy, Occupational assessment, Occupational assessment process, Areas of occupation, Patterns of performance, performance skills, Occupational Therapy.

DECS: Evaluación, Ocupación, Destreza, Desempeño, Terapia Ocupacional

MESH: Evaluation, Ocupation, Skill, Performance, Occupational Therapy

Autor:

Pedro Moruno Miralles

Terapeuta Ocupacional. Doctor en Psicología. Profesor Titular del Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha.

Texto Recibido: 11/11/08

Texto Aceptado: 11/07/09

RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito presentar y analizar los contenidos principales del Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y procesos (*"Occupational therapy practice framework: Domain and process"*), editado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A.) en el año 2002. **Metodología** Nuestra presentación se hará sobre el dominio que concierne a la terapia ocupacional, así como sobre las variables y el proceso de evaluación que propone tal marco. **Resultados** El trabajo realizado se ha basado en un análisis crítico de las propuestas del Marco, a partir de una revisión bibliográfica de la literatura especializada sobre el tema. **Conclusiones/Discusión** Basándonos en tal análisis podemos concluir que el Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y procesos, permite definir con claridad el enfoque singular de la terapia ocupacional y establecer el proceso de evaluación e intervención de forma clara y sintética, posibilitando su aplicación en la práctica clínica y en la docencia.

SUMMARY

This paper aims to present and discuss the main contents of the framework for occupational therapy practice: domain and process ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process"), published by the American Occupational Therapy Association (AOTA) in 2002. Methodology Our presentation will be made on the domain concerning occupational therapy and on the variables and the evaluation process that proposes such a framework. Results The work is based on a critical analysis of the proposals of the Framework, from a literature review of the literature on the subject. Conclusions / Discussion Based on this analysis we conclude that the framework for occupational therapy practice: domain and process to define clearly the unique approach of occupational therapy and to provide for assessment and intervention in a clear and concise, enabling its application in clinical practice and teaching.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Moruno Miralles P. Introducción al Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Procesos. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 89-104. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/marco.pdf

INTRODUCCIÓN

El documento elaborado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A.): *"Occupational therapy practice framework: Domain and process",* publicado en el año 2002 (Volumen 56. Págs.: 609-639), en la *American Journal of Occupational Therapy*, (1) es la última revisión de las diferentes ediciones que desde 1979 se han publicado de la *Uniform Terminology for Occupational Therapy*. (2) Reemplaza a la tercera edición de la Terminología Uniforme, publicada en 1994 (3), heredando su tradición y ampliando sus propósitos.

Desde nuestro punto de vista, este manuscrito es de gran importancia en el ámbito de la terapia ocupacional por un doble motivo: en primer lugar, debido a su amplia difusión e influencia, tanto en nuestro país como fuera de él. En segundo lugar, porque es un marco teórico solvente que define el dominio de fenómenos que conciernen a la disciplina y describe el proceso de evaluación e intervención, por tanto, permite su aplicación en la práctica clínica y en la docencia.

Entre sus objetivos persigue afirmar y articular más claramente el *enfoque singular de la terapia ocupacional*:

"El Marco fue desarrollado en respuesta a necesidades de la práctica actuales - la necesidad de afirmar y articular más claramente el enfoque singular de la terapia ocupacional sobre la ocupación y actividades de vida diaria y la aplicación de un proceso de intervención que facilite la implicación en ocupaciones como soporte de la participación en la vida." 1

(…) " el objetivo deseado del Marco es doble: (a) describir el dominio que centra y motiva el enfoque de la profesión y sus acciones y (b) perfilar el proceso de evaluación e intervención de terapia ocupacional como dinámico y vinculado al enfoque de la profesión y al empleo de ocupación." (Pág.: 609).2 Haciendo nuestro este doble cometido, nuestra exposición se articula de un modo similar; tratando de mostrar, en primer lugar, aquellos aspectos del original que nos

permiten circunscribir y definir el dominio de nuestra disciplina y, en segundo lugar, revisando el proceso de evaluación descrito en este documento.

METODOLOGÍA

Se ha revisado la literatura que existe en actualidad sobre el Marco de Trabajo de la AOTA, así como los documentos que sobre este marco aparecen en las bases de datos (PUBMED y EMBASE). En las monografías de Terapia Ocupacional que contienen información de este Marco (Willard & Spackman, entre otros) y en los portales Temáticos Españoles que lo acogen (www.terapia-ocupacional.com)

RESULTADOS

a) Dominio de la terapia ocupacional

En lo que respecta a la descripción del dominio singular de la terapia ocupacional, el marco de trabajo hace especial hincapié en ligarlo a la ocupación:

"Los terapeutas ocupacionales y asistentes de terapia ocupacional se centran en asistir a la población para que se implique en actividades de la vida diaria que considere significativas y con propósito. El dominio de la terapia ocupacional es consecuencia del interés de la profesión en la capacidad del ser humano en comprometerse en actividades de la vida diaria. El amplio término que los terapeutas ocupacionales y asistentes de terapia ocupacional usan para capturar la amplitud y significado de "actividades de la vida diaria" es *ocupación."*(Pág.:610)[3].

Se establece que el núcleo propio y distintivo de nuestra disciplina es el desempeño de actividades significativas y con propósito; dicho de otra forma, aquel quehacer cotidiano que nos permite participar y descubrirnos como sujetos en el mundo que nos rodea. Profundiza el texto en la definición de *ocupación*, considerándola un tipo de actividad caracterizada por tener significado y propósito

únicos en la vida del sujeto, por ubicarse en un lugar central en su experiencia vital, aportándole *identidad* y sentimiento de competencia.

Al desarrollar la idea de dominio se señala que éste enmarca las diferentes esferas en que tienen lugar las evaluaciones e intervenciones de terapia ocupacional. De esta forma, se trata de agrupar y distinguir los diferentes factores que entran en juego en nuestra práctica cotidiana. Su representación gráfica podemos contemplarla en la Figura 1, obtenida del documento de la AJOT.

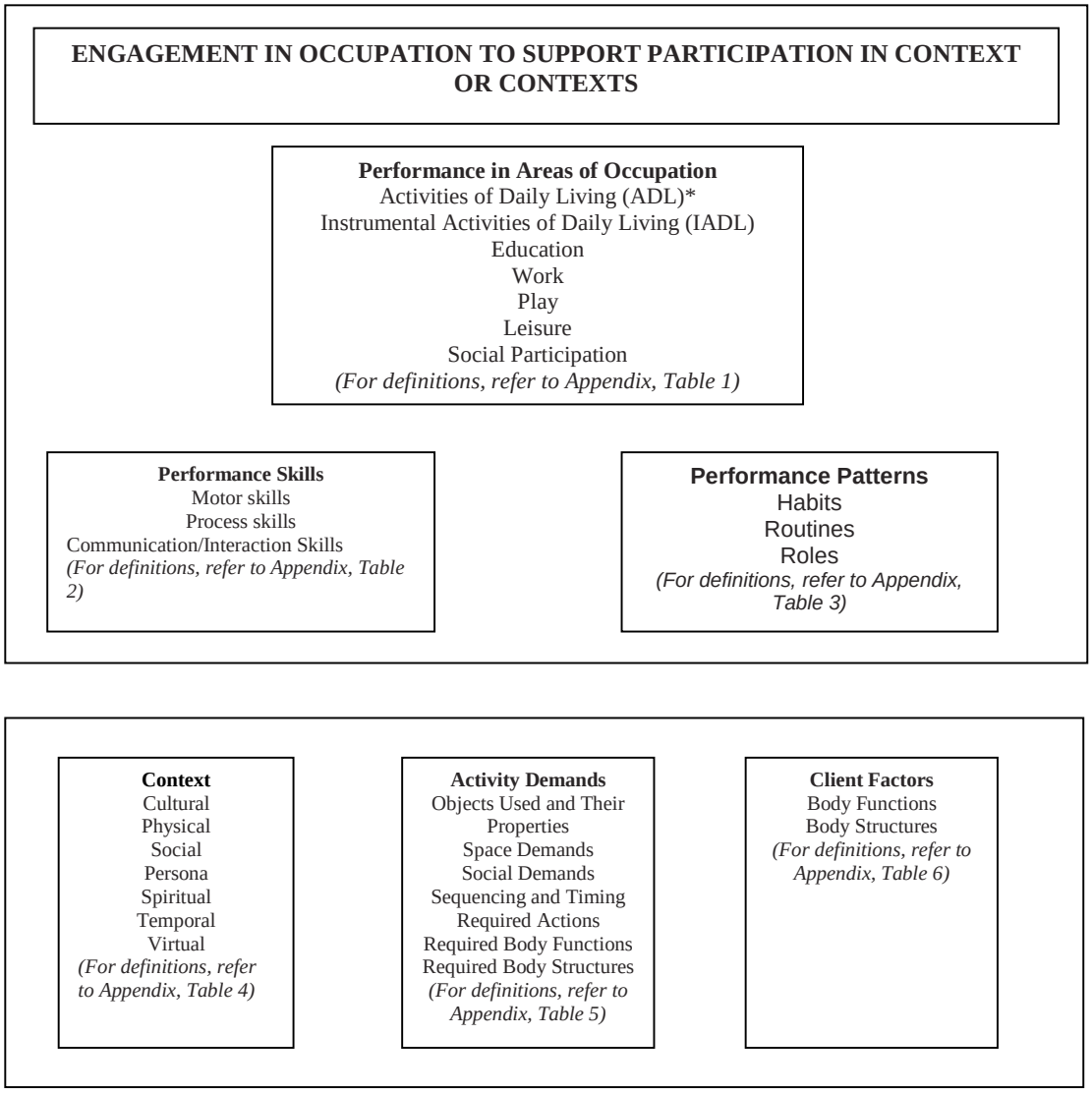


Figura 1. Dominio de la terapia ocupacional

La sentencia del encabezamiento de la figura: "Implicación en ocupaciones como soporte para participar en el contexto.", se establece como objetivo último de la intervención del terapeuta ocupacional. Partimos de la premisa de que la implicación en actividades significativas en el hogar, en la escuela, el instituto o la universidad, en el trabajo y en la comunidad constituye un vehículo que posibilita la adquisición y mantenimiento de la salud individual, de los grupos y comunidades.

Tal implicación incluye tanto aspectos subjetivos (emocionales o psicológicos) como objetivos (físicamente observables) del desempeño de ocupaciones. Desde esta perspectiva, los terapeutas ocupacionales abordan cualquier aspecto del desempeño ocupacional de un individuo (físico, cognitivo, psicosocial y contextual) que esté relacionado con su desempeño ocupacional del sujeto y que apoye o sostenga su participación activa en el medio que lo rodea.

b) Proceso de evaluación

En relación con lo dicho anteriormente, el proceso de evaluación ocupacional se centra en identificar los problemas que un sujeto tiene para realizar aquellas actividades que le son significativas o las que corresponden a su estadio evolutivo. Como hemos defendido anteriormente (Moruno, 2003), (4) el énfasis durante la evaluación se coloca en el concepto de desempeño ocupacional (*occupational performance*), noción clave alrededor de la cual se articulan las intervenciones en nuestra disciplina. Resumidamente, podemos definir desempeño ocupacional como la capacidad para realizar actividades incluidas en las áreas de ocupación. Su resultado es la realización de actividades elegidas por cada individuo y tiene lugar a través de la transacción dinámica entre la actividad, el sujeto y el contexto en que tiene lugar.

El establecimiento de relaciones entre áreas de ocupación, patrones y destrezas de desempeño, factores del cliente, las demandas de la actividad y los contextos en que tales actividades tiene lugar nos permitirán circunscribir e interpretar las alteraciones en el desempeño ocupacional de un individuo, así como las condiciones con las que

están relacionadas, las causan o mantienen, objetivo último de la evaluación comprensiva. (Vid.: cit. supra).

A continuación, siguiendo la descripción del proceso de evaluación establecido en el marco de trabajo, identificaremos y describiremos las variables que propone evaluar.

En primer lugar, plantea como primer paso de la evaluación inicial identificar el *perfil ocupacional* de sujeto evaluado; esto es:

> "El perfil ocupacional se define como la información que describe la historia y experiencia ocupacional del cliente, sus patrones de vida diaria, sus intereses, valores y necesidades. El perfil persigue comprender la perspectiva y bagaje del cliente. Usando un abordaje centrado en el cliente, se recaba información para comprender qué es, actualmente, importante y significativo para el cliente (que desea o necesita hacer) y para identificar los intereses y experiencias pasadas que pueden ayudarnos a entender los problemas y cuestiones actuales." (Pág. 616).[1]

Trataremos de interpretar qué es aquello que el sujeto desea o necesita hacer, obteniendo información sobre la combinación singular y distintiva de actividades –en las áreas de ocupación- que en la actualidad constituye la faceta ocupacional del sujeto evaluado. Es decir, aquellas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, educativa, laboral, lúdica, de ocio y participación social que, de acuerdo con su historia personal y el significado que les atribuye, constituyen las necesidades y/o deseos del individuo evaluado.

Las áreas de ocupación se definen como: "Diversos tipos de actividades vitales en las que se implican las personas, incluyendo las siguientes categorías: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego,

[1] "An occupational profile is defined as information that describes the client's occupational history and experiences, patterns of daily living, interests, values, and needs. The profile is designed to gain an understanding of the client's perspective and background. Using a client-centered approach, information is gathered to understand what is currently important and meaningful to the client (what he or she wants and needs to do) and to identify past experiences and interests that may assist in the understanding of current issues and problems." (AOTA 20O2. pág. 616). Traducción del autor.

ocio y participación social." Cada área de ocupación incluye un conjunto de actividades que nos permite elaborar el perfil ocupacional del sujeto. Veamos a continuación cómo se definen y que actividades se incluyen en cada una de las áreas de ocupación.

Las actividades de la vida diaria se definen como: "actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo." También han sido denominadas actividades básicas de la vida diaria o actividades personales de la vida diaria. Dentro de esta área de ocupación se incluyen:

- Baño, ducha.
- Control de esfínteres (intestinal y vesical).
- Vestido.
- Comida.
- Alimentación.
- Movilidad funcional.
- Cuidado de dispositivos personales.
- Higiene personal y aseo (acicalarse).
- Actividad sexual.
- Sueño/descanso.
- Higiene en el inodoro.

Cada uno de estos subgrupos esta descrito pormenorizadamente para identificar con exactitud las diversas actividades a que hacen referencia. Por citar solo algún ejemplo, la movilidad funcional no se refiere a la movilidad del individuo en general, por el contrario queda definida concretamente como: "Moverse de una posición o lugar a otro (durante el desempeño de actividades cotidianas), tal como la movilidad en la cama, la silla de ruedas, las trasferencias (en la silla de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, baño/ducha, silla, suelo), la deambulación funcional y trasporte de objetos." Para utilizar el marco de trabajo adecuadamente, evitando solapamientos en la intervención con la de otros profesionales de la salud, es necesario conocer en

profundidad la descripción de las actividades que se incluyen en cada subgrupo. Para ello es imprescindible examinar con más detalle la definición y descripción de las actividades que conforman el área de actividades básicas de la vida diaria (véase la Tabla 1 de los apéndices del documento Occupational therapy practice framework: Domain and process. American Journal of Occupational Therapy, 56, 609–639.). Véase también Moruno y Romero (2006) (6).

Por su parte, las actividades instrumentales de la vida diaria quedan definidas como: "Actividades orientadas a la interacción con el entorno, a menudo complejas y, generalmente, de naturaleza opcional (pueden ser delegadas en otros)." (Pág.: 620). En este caso, se relacionan igualmente el conjunto de actividades que pueden incluirse en esta área de ocupación, actividades vinculadas a:

- Cuidado de otros (incluyendo la selección y la supervisión de cuidadores).
- Cuidado de mascotas.
- Crianza de los hijos.
- Uso de dispositivos de comunicación.
- Movilidad en la comunidad.
- Gestión financiera.
- Mantenimiento y cuidado de la salud.
- Crear y mantener el hogar.
- Preparación de la comida y limpieza de la cocina.
- Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia.
- Compras.

Las actividades del área educativa: "Incluyen actividades necesarias para ser estudiante y participar en un entorno educativo." (Pág.:620). Dentro de las actividades educativas se puede distinguir entre las ligadas a la:

- Participación en la educación formal.

- Exploración de necesidades e intereses educativos personales de carácter informal (más allá de la educación formal).
- Participación personal en la educación informal.

En el área laboral se integra el conjunto de actividades a través de las cuales un sujeto genera o produce bienes y/o servicios (cit. supra). Estas actividades suelen reportar beneficios económicos a la persona que las realiza, o, en su defecto, generar servicios de utilidad a otras. El marco de trabajo, usando la definición de Mosey (1996) (5): "incluye las actividades necesarias para implicarse en un empleo remunerado o actividades de voluntariado." Apoyándonos en esta definición podemos incluir dentro de esta área las actividades de voluntariado. El listado de actividades que incorpora esta área son:

- Intereses y búsqueda de empleo.
- Solicitar y adquirir un empleo.
- Desempeñar un empleo.
- Preparación y ajuste a la jubilación.
- Exploración de actividades de voluntariado.
- Participación en actividades de voluntariado.

El marco de trabajo define juego como: "Cualquier actividad espontánea u organizada que aporte placer, entretenimiento, pasatiempo o diversión." A su vez define ocio como: "Una actividad no obligatoria, intrínsecamente motivada, realizada durante un periodo de tiempo discrecional, esto es, que no comprometa el tiempo dedicado a ocupaciones obligatorias como trabajar, el cuidado personal o dormir."

Asimismo, subdivide cada una de las áreas de ocio y juego en dos grandes grupos de actividades:

- Exploración de actividades de juego y ocio.
- Participación en actividades de juego y ocio.

En último lugar, las actividades ligadas a la participación social son aquellas: "actividades asociadas con patrones organizados de comportamiento, característicos o esperados de un individuo o de un individuo interactuando con otros dentro de un sistema social dado." En esta categoría se incluyen actividades realizadas en la comunidad, la familia y las asociadas a relaciones de pareja o amistad.

La utilidad de esta clasificación se sustenta en el hecho de permitir al terapeuta ocupacional una evaluación ordenada y sistemática de las actividades de cada área, sin pasar por alto ninguna de ellas, aunque es evidente que cada sujeto posee una combinación única de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, laborales, educativas, de juego, ocio y participación social que debemos determinar a lo largo de la evaluación comprensiva.

Además, no puede pasarnos desapercibido el hecho de que al catalogar una actividad en un área debemos contar con la percepción subjetiva del individuo evaluado; dicho de otra forma, una actividad que para un sujeto puede ser de automantenimiento, por ejemplo cocinar, para otro puede ser laboral o de ocio.

Asimismo, debemos considerar el valor relativo que el individuo da a cada actividad; es decir, la significación de una actividad determinada nos permitirá en ocasiones darle prioridad durante la intervención y, a la vez, enjuiciar el resultado del tratamiento.

Continuando con la descripción del proceso de evaluación, la información recabada al elaborar el perfil ocupacional guiará la selección de aquellas actividades específicas –determinada por los problemas, necesidades y deseos identificados- que requerirán un análisis detallado y condicionaran las herramientas a utilizar durante el proceso de análisis.

Basándonos en la información obtenida durante la elaboración del perfil ocupacional, continuaremos con el segundo paso del proceso de evaluación inicial, el análisis del desempeño. En esta fase perseguimos identificar con mayor

especificidad los aspectos asociados al desempeño ocupacional, evaluando aquellos factores que lo facilitan o dificultan. En colaboración con el paciente, estableceremos aquellas actividades u ocupaciones más importantes para el sujeto, la calidad de su desempeño, cómo se organizan en patrones de desempeño (hábitos, rutinas y roles) y las destrezas que requiere la realización de tales actividades. El objetivo de tal análisis es profundizar en las causas y condiciones que dan lugar a la aparición de alteraciones en el desempeño y/o a su mantenimiento.

Al analizar el desempeño ocupacional del sujeto evaluado:

> "…se identifican los patrones y destrezas usadas en el desempeño de las actividades y son evaluados otros aspectos de la implicación en la ocupación que afectan a las destrezas y los patrones (por ejemplo: los factores del cliente, las demandas de la actividad o el contexto o contextos en que tienen lugar). El proceso de análisis identifica aquello que facilita así como las barreras en diversos aspectos de la implicación en ocupaciones y en las actividades de la vida diaria." (Pág. 617).[2]

En el documento se enfatiza que analizar el desempeño ocupacional supone aprehender la interacción compleja y dinámica entre las destrezas y patrones de desempeño, los factores del cliente, las demandas de la actividad y el contexto o contextos en que tienen lugar, en oposición a un análisis de cualquier factor explicativo por separado[3].

Por medio del análisis del desempeño de aquellas actividades que el sujeto desea o necesita hacer y en las que se presentan dificultades, podremos generar una

2 "…, the performance skills and patterns used in performance are identified, and other aspects of engaging in occupation that affect skills and patterns (e.g., client factors, activity demands, context or contexts) are evaluated. The analysis process identifies facilitators as well as barriers in various aspects of engagement in occupations and in daily life activities." (AOTA, 2002. Pág. 617)

3 Analyzing occupational performance requires an understanding of the complex and dynamic interaction among performance skills, performance patterns, context or contexts, activity demands, and client factors rather than of any one factor alone." (AOTA, 2002. pág. 617)

explicación hipotética de las dificultades o problemas que presenta su realización, explicación que se articula en torno a la interacción múltiple y cambiante entre los patrones y destrezas de desempeño, las estructuras y funciones corporales y psicológicas del sujeto (factores del cliente), las demandas que requiere cada actividad para ser llevada a cabo y el contexto o contexto en que esa actividad u ocupación tiene lugar. Para finalizar la exposición de este epígrafe, describiremos brevemente la definición y características de cada uno de estos aspectos explorados en el análisis del desempeño ocupacional.

Las *destrezas* o habilidades de desempeño (*occupational skills*) se definen como: "Rasgos de lo que uno hace, no de lo que uno hizo, relacionados con elementos de acción observables que tiene propósitos funcionales implícitos."

Las destrezas o habilidades de desempeño se clasifican en tres grandes categorías: destrezas motoras, de procesamiento y de comunicación o interacción, que a su vez se subdividen de la forma siguiente:

- Motoras
  - ✓ Postura
  - ✓ Movilidad
  - ✓ Coordinación
  - ✓ Fuerza y resistencia
  - ✓ Energía
- De procesamiento
  - ✓ Energía
  - ✓ Conocimiento
  - ✓ Organización temporal
  - ✓ Organización espacial y de los objetos
  - ✓ Adaptación
- De comunicación o interacción
  - ✓ No verbales
  - ✓ Intercambio de información

- ✓ Relaciones interpersonales

Cada una de estas destrezas está definida de forma sucinta en el documento, incorporando aquellos aspectos más concretos que la componen. Verbigracia: la postura se define como: "relacionada con la estabilización y alineamiento del propio cuerpo mientras se mueve en relación con los objetos de la tarea que se realiza." Como destrezas constitutivas de la posición se describe la estabilización, el alineamiento y la posición, que se describen detalladamente. Por su parte, los *patrones* de desempeño se definen como: "Patrones de comportamiento relacionados con las actividades de la vida diaria que son habituales o rutinarios." Tales patrones quedan divididos en hábitos, rutinas y roles.

Los *contextos* de desempeño hacen referencia a aquellas condiciones físicas, sociales, culturales, personales, espirituales, temporales y virtuales que, interrelacionadas y circundando al individuo, influyen en el desempeño de las actividades que conforman cada una de las áreas ocupacionales de un sujeto (determinando su forma de participación, el grado de implicación y nivel de competencia en cada una de las ellas).

Podemos considerar que los contextos de desempeño se contemplan desde una doble vertiente: en la medida en que determinan el desempeño ocupacional de un individuo (las actividades realizadas, forma de participación y nivel de competencia como consecuencia de la edad, cronológica o de desarrollo; del entorno, físico, social y cultural; del estadio del ciclo vital, etc.); y en la medida en que pueden restringir el desempeño ocupacional del sujeto (como consecuencia de barreras físicas, sociales o culturales) o facilitarlo.

Las *demandas de la actividad* hacen referencia a: "Los aspectos de una actividad, incluyendo objetos, espacio, demandas sociales, secuenciación y tiempo empleado, las acciones que requiere su realización y las estructuras o funciones corporales y psicológicas que subyacen a tales acciones que son necesarias para realizar la actividad."

Por último, los denominados factores del cliente hacen referencia a aquellos factores que residen dentro del individuo y que pueden afectar al desempeño en las áreas de ocupación. Dentro de esta categoría se incluyen las estructuras y funciones corporales. Tal y como estipula la OMS (2001), las funciones corporales son: "Las funciones fisiológicas y sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas." Por su parte, las estructuras corporales son: "las partes anatómicas del cuerpo tales como órganos, miembros y sus componentes que soportan la funciones corporales."

Debemos advertir que, al referirse a los factores del cliente, el marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional señala que, el conocimiento sobre las estructuras y funciones corporales se considera cuando determinan qué funciones y estructuras corporales son necesarias para llevar a cabo una ocupación o actividad y cómo tales estructuras y funciones pueden cambiar como resultado de la implicación en una actividad u ocupación.[4]

Como comentamos anteriormente, la aplicación del marco para la práctica de la terapia ocupacional requiere conocer al detalle las definiciones y componentes de cada una de las variables que acabamos de describir sucintamente. Para examinar con mayor detalle la descripción y composición de las destrezas y patrones de desempeño, factores del cliente, demandas de la actividad y los contextos de desempeño, véase respectivamente: Pág. 621-622 (Tabla 2. Performance skills); Pág. 623 (Tabla 3. Performance patterns); Pág. 623. (Tabla 4. Context o contexts); Pág. 624. (Tabla 5. Activity demands) y Págs. 624, 625 y 626 (Tabla 6. Client factors). Asimismo, es recomendable la lectura de Gutman et al (2008) (7), en la que se realiza una revisión crítica del Marco, para completar el análisis realizado en estas páginas.

[4] Esta afirmación es coherente con las estipulaciones de la AOTA sobre el papel de las capacidades que subyacen a la realización de una actividad. Revísese que en las indicaciones de la Guía para la práctica clínica de la terapia ocupacional (AOTA, 1999), los componentes de desempeño no deben ser evaluados aisladamente, sino en la medida en que afectan a la realización de actividades, deseadas o necesarias para el sujeto: "…sólo para clarificar el origen posible de las limitaciones observadas en actividades importantes y ayudar a determinar la opción más viable para vencer esa limitación funcional".

CONCLUSIONES

Como conclusión de lo reseñado en estas páginas, nos atrevemos a afirmar que el Marco para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y procesos integra los aspectos teóricos y metodológicos básicos que dan soporte a la práctica de la terapia ocupacional.

Por un lado, aporta definiciones precisas y operativas del dominio de fenómenos que conciernen a la disciplina, ratificando a la *ocupación* como el núcleo propio y distintivo de la terapia ocupacional y al desempeño de actividades significativas y con propósito como guía de nuestra práctica clínica. Por otro lado, describe y circunscribe las variables exploradas durante la evaluación ocupacional, estableciendo sus relaciones y proponiendo un procedimiento para llevar a cabo tanto la evaluación como el tratamiento. Esta propuesta identifica dos momentos centrales en el proceso de evaluación inicial: la elaboración del *perfil ocupacional* del sujeto evaluado y el *análisis de su desempeño*. Enfatiza de esta forma que la evaluación del terapeuta ocupacional se centra en aquellas actividades que el sujeto necesita o desea hacer y concibe el desempeño ocupacional como resultado de la interacción compleja y dinámica entre las destrezas, los patrones, las estructuras y funciones corporales y psicológicas, las demandas de la actividad y el contexto en que tienen lugar tal desempeño, en oposición a un análisis de cualquiera de estos aspectos por separado.

Desde nuestro punto de vista, estas características del Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional garantizan su utilidad clínica y docente.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Occupational therapy practice framework: Domain and process. AJOT. 2002; 56: 609-639.

(2) Uniform terminology for reporting occupational therapy services— First edition. Occupational Therapy News. 1979; 35(11): 1–8.

(3) Uniform terminology for occupational therapy—Third edition. AJOT. 1994; 48: 1047–1054.

(4) Moruno Miralles P. Evaluación Ocupacional. En: Romero D, y Moruno P, coordinadores. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p.203-224.

(5) Mosey A. Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press; 1986.

(6) Romero Ayuso D, Moruno P. coordinadores. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.

(7) Gutman SA, Marianne MH, Mortera, Hinojosa J, Kramer P. Revision of the occupational therapy practice framework. AJOT. 2007; 61(1): 119-126.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE EVALUACIÓN OCUPACIONAL.

SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE ON OCCUPATIONAL ASSESSMENT.

Palabras clave: Evaluación Ocupacional, Razonamiento Clínico, Diagnóstico Ocupacional, Terapia Ocupacional

Key Words: Occupational Evaluation, Clinical Reasoning, Occupational Diagnostic, Occupational Therapy

Decs: Evaluación, Razonamiento Clínico, Diagnostico, Terapia Ocupacional

Mesh: Assessment, Clinical Reasoning, Diagnostic, Occupational Therapy

Autor:
Miguel Ángel Talavera Valverde
Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Director de Revista TOG www.revistatog.com. Profesor Asociado Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de la Coruña.
Email de contacto: miguelrevistatog@yahoo.es

Texto Recibido: 3/08/09
Texto Aceptado: 8/10/09

RESUMEN

Introducción: Se ha realizado una Revisión Sistemática de la literatura para obtener referencias bibliográficas sobre Evaluación Ocupacional, Razonamiento Clínico, Diagnóstico Ocupacional y Terapia Ocupacional. La **metodología** utilizada es la revisión sistemática en fuentes de datos (bases de datos (Pubmed, CUIDEN, Base de Datos CSIC [IME]), páginas de Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia (OT Seeker) y la Página de la Cochrane Library[1]. Los **resultados** se han filtrado según criterios de publicaciones científicas. Para bases de datos (Pubmed) se incluyeron los términos claves en título y abstrac, además se limitaron las búsquedas a los últimos 5 años (Pubmed) y en los últimos 8 años en (OT Seeker, Cochrane Library y CUIDEN). También se acotaron los documentos por el idioma empleado (Español e Inglés). En el caso de Pubmed además se tuvo en cuenta la publicación en las revistas de Terapia Ocupacional con mayor factor de impacto en la literatura científica[2]. Se puede **concluir** que hay que destacar la gran labor que en España aún nos queda a la hora de documentar aspectos teóricos de nuestra disciplina. La Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia en otros países (sobre todo de lengua Inglesa) es superior a la que en estos momentos se encuentra en España. La literatura consultada nos muestra un nivel documental escaso si la comparamos con la localizada fuera de nuestro país. Es importante asumir nuestra situación y comenzar a escribir y relacionar la práctica cotidiana con los constructos teóricos que la soportan. Escribir con sentido y buscando estándares adecuados en las publicaciones. Es necesario asumir el momento vital de nuestras publicaciones científicas y potenciar nuestra calidad documental para llegar a estándares de evidencia suficientes para generar un cuerpo epistemológico de la disciplina suficiente para desarrollar futuras líneas de investigación y desarrollo profesional.

SUMMARY

Introduction: We carried out a systematic review of literature references for Occupational Assessment,

[1] Las revisiones Cochrane se basan mayoritariamente en ensayos clínicos controlados y son altamente estructuradas y sistematizadas. La evidencia se incluye o excluye en función de criterios explícitos de calidad, para minimizar los sesgos. Con frecuencia se combinan estadísticamente los datos (metanálisis) para incrementar la potencia de los hallazgos de numerosos estudios, que serían demasiado pequeños para producir resultados fiables de forma individual. *La Biblioteca Cochrane Plus* contiene un gran número de revisiones sistemáticas traducidas al español.

[2] The American journal of occupational therapy. Canadian journal of occupational therapy. Occupational therapy and rehabilitation. Occupational therapy international. Physical & occupational therapy in geriatrics. Physical & occupational therapy in pediatrics. Scandinavian journal of occupational therapy.

Clinical Reasoning, Diagnosis Occupational and Occupational Therapy. The methodology is the systematic review of data sources (databases (Pubmed, CUIDEN, Database CSIC [EMI]), pp Occupational Therapy Evidence Based (OT Seeker) and the website of the Cochrane Library. The results have been filtered according to criteria of scientific publications. For databases (Pubmed) were included key terms in title and abstract, further searches were limited to the last 5 years (Pubmed) and in the last 8 years (OT Seeker , Cochrane Library and care). Also the documents were then refined by the language used (Spanish and English). For further Pubmed took into account the publication in Occupational Therapy journals with highest impact factor in the scientific literature. We can conclude that we must highlight the great work that in Spain we still have time to document the theoretical aspects of our discipline. The Occupational Therapy Evidence Based on other countries (mainly English language) is higher than in

now is in Spain. The literature reviewed shows a little documentary level when compared with the localized outside our country. It is important to take our situation and begin to write and relate everyday practice with the theoretical constructs that support it. Write looking for meaningful and appropriate standards in publishing. It is necessary to assume the vital moment of our scientific publications and enhance our quality standards be documentary evidence sufficient to generate a body epistemological disciplined enough to develop future research and professional development .

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Talavera Valverde MA. Revisión sistemática de la literatura científica sobre evaluación ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 105-164 Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/eocupac.pdf

Introducción

La necesidad de esclarecer el conjunto del conocimiento sobre el que asienta la práctica clínica de la Terapia Ocupacional es un esfuerzo constante en la historia de nuestra disciplina (1). Lo teórico, en el sentido más genérico del término, tiene como función principal interpretar, describir, explicar y predecir la realidad. Por tanto el dominio de la teoría por parte de los Terapeutas Ocupacionales nos permite (2):

- Organizar el conocimiento para establecer una base conceptual sólida que sustente el ejercicio profesional constituyendo la base científica que servirá de guía a la práctica clínica.
- Aumentar el consenso, la unidad e identidad profesional.

- El desarrollo de la metodología que permita contrastar empíricamente nuestras hipótesis profesionales.
- Verificar la eficacia de nuestros quehaceres profesionales, justificando la probabilidad de éxito de las intervenciones o tratamientos.

Siguiendo la propuesta de Gary Kielhofner en 1992 es necesario revisar las propuestas que han realizado los diferentes autores para caracterizar los distintos elementos constituyentes en la base conceptual de la Terapia Ocupacional. A partir de este estudio será posible elaborar una descripción, categorización y delimitación de los elementos que conforman la base conceptual de la Terapia Ocupacional, con el fin último de obtener una formula que nos permita nombrar los conocimientos y que sirva de base para la elaboración de trabajos futuros sobre estos aspectos (3).

Nuestro principal objetivo en la fase de Evaluación Ocupacional será la de generar una estructura para ordenar la información recogida con el usuario y sus familiares. La idea es que esta recogida de datos facilite el procesamiento lógico de esta información y a su vez que proporcionen estrategias de decisión en las intervenciones y seguimiento de los usuarios. En palabras de Rogers & Holmes estamos facilitando el razonamiento clínico. Este trabajo de manera ordenada nos hará tomar decisiones claras y operativas, será la clave a la hora de gestionar nuestra intervención con los usuarios y sus familiares. Es tarea necesaria para facilitar el razonamiento clínico una información estructurada. Por orden de la información nos referimos a la posibilidad de que el Terapeuta Ocupacional según vaya recopilando datos en el orden seleccionado, sea capaz de ir formulando hipótesis diagnósticas y terapéuticas con la intención de realizar un Diagnóstico ocupacional lo más fiable y una intervención lo más sólida. La práctica cotidiana en ocasiones carece de una estructura teórica ó evaluación ocupacional que nos guíe en el camino de la intervención. Esta situación es preocupante ya que nos deja a merced de nuestra experiencia y con pocos razonamientos defendibles más allá de los que por la evidencia práctica (que no teórica) seamos capaces de realizar. La aparición de modelos

de evaluación o Terminologías como las que propone la AOTA 2002[3] nos facilita las acciones de recogida de datos. El desarrollo de procesos de Evaluación Ocupacional estructurados será pieza clave en la planificación y desarrollo posterior de la misma (4).

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando bases de datos (Pubmed, CUIDEN, Base de Datos CSIC [IME]), páginas de Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia (OT Seeker) y Página de la Cochrane Library. Se han localizado los DeCS y los MeSH para las palabras claves seleccionadas, siendo los mismos:

- **Decs:** Evaluación, Razonamiento Clínico, Diagnóstico, Terapia Ocupacional
- **MeSH**: Assessment, Clinical Reasoning, Diagnostic, Occupational Therapy

Entendiendo por cada uno de ellos[4]:

Evaluación[5]: La determinación y evaluación de los atributos de la personalidad por medio de entrevistas, observaciones, pruebas, o escalas. Artículos relativos a la personalidad de medición se consideran dentro de alcance de este término. Existiendo otra posibilidad cuya definición habla de los procedimientos de evaluación que se centran en los resultados o el estado (EVALUACIÓN DE RESULTADOS (ATENCION DE SALUD);) de la paciente al final de un episodio de la atención - la presencia de síntomas, el nivel de actividad, y la mortalidad, y el proceso (PROCESO DE EVALUACIÓN (SALUD CARE);) - lo que se hace para el diagnóstico del paciente y marcar las estrategias terapéuticas.

[3] Marco de trabajo para la práctica. Revisión de la 3ª Terminología Uniforme. Accesible y traducido al Castellano en www.terapia-ocupacional.com

[4] Las siguientes definiciones son localizadas desde la Biblioteca Virtual de Salud. DeCS [en línea]. 2008 [citado el 20 de Marzo de 2008]. Disponible en http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm Exceptuando la relacionada con el Razonamiento Clinico.

[5] En este caso hay que diferenciar Evaluación de Valoración. La diferencia se encuentra en que la primera es el conjunto de datos obtenidos de forma directa e indirecta durante un periodo concreto y la segunda se refiere a la exploración de no solo los datos del usuario, si no también de los datos de la intervención del profesional (entendida esta como la metodología, técnicas, modalidades, etc.).

Razonamiento Clínico[6]: Proceso de elaboración, que el profesional realiza una vez obtenidos los datos de las exploraciones realizadas al usuario. Este proceso ofrece una perspectiva de que está sucediendo. Es el paso previo a la generalización de las hipótesis previas al establecimiento de un Diagnostico. Este razonamiento dependerá principalmente de aspectos de metodología en la recogida de información, modelo de practica del profesional y experiencia en el proceso de analizar los datos recogidos.

Diagnostico: Determinación de la naturaleza de una enfermedad o estado o la distinción de una enfermedad o estado de otra. La evaluación puede hacerse por medio del examen físico, pruebas de laboratorio o similares. Pueden usarse programas automatizados para mejorar el proceso de toma de decisiones. General solamente; sin calif; prefiera /diag con término de la enfermedad: Manual de la NLM 19.7+, 19.8.22; en la medicina china tradicional, diagnóstico & terapia basados en el análisis overall del estado del paciente es bianzheng shizhi: vea nota bajo DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Terapia Ocupacional: Campo que hace uso de las ocupaciones o actividades para la rehabilitación de los pacientes. La terapia ocupacional puede referirse también a las propias actividades.

Se plantearon las siguientes estrategias de búsqueda con los descriptores de ciencias de la salud:

En Pubmed:

[6] Esta definición se ha tenido que ajustar a la hora de concretar el termino para la búsqueda. En su mayoría la información se ha recogido de Reed,K: Sanderson, S: Conceps of Occupational Therapy. Fourth Edition. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 1999.

1. ((assessment AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])
2. (clinical reasoning AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])
3. ((diagnostic AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])

En OT SEEKER:

1. (assessment AND occupational therapy)
2. (clinical reasoning AND occupational therapy)
3. (diagnostic AND occupational therapy)

En Cochrane Library:

1. (evaluacion and (terapia:ti next ocupacional:ti)) (2000 hasta la fecha actual)
2. ((razonamiento next clinico) and (terapia next ocupacional))
3. (diagnostico and (terapia next ocupacional)) (2000 hasta la fecha actual)

En CUIDEN:

1. "Terapia ocupacional" & "Diagnóstico"
2. "Terapia ocupacional" & "Razonamiento Clínico"
3. "Terapia ocupacional" & "Evaluación"

En Base de Datos CSIC [IME]:

1. "Terapia ocupacional" AND "Diagnóstico"
2. "Terapia ocupacional" AND "Razonamiento Clínico"
3. "Terapia ocupacional" AND "Evaluación"

Durante el proceso de esta revisión los resultados obtenidos se limitarán los mismos filtrando, según criterios de publicaciones científicas.

- Para bases de datos (Pubmed) se incluyeron los términos claves en título y abstrac, además se limitaron las búsquedas a los últimos 5 años (Pubmed) y en los últimos 8 años en (OT Seeker, Cochrane Library y CUIDEN). También se acotaron los documentos por el idioma empleado (Español e Inglés)

En el caso de Pubmed además se tuvo en cuenta la publicación en las revistas de Terapia Ocupacional con mayor facto de impacto en la literatura científica (ver figura 1).

REVISTAS DE TERAPIA OCUPACIONAL CON MAYOR DIFUSIÓN EN LA LITERATURA CIENTÍFICA INCLUIDAS EN PUBMED
The American journal of occupational therapy. Official publication of the American Occupational Therapy Association. Title Abbreviation: Am J Occup Ther.
Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie. Title Abbreviation: Can J Occup Ther.
Occupational therapy and rehabilitation. Title Abbreviation: Occup Ther Rehabil.
Occupational therapy international. Title Abbreviation: Occup Ther Int.
Physical & occupational therapy in geriatrics. Title Abbreviation: Phys Occup Ther Geriatr.
Physical & occupational therapy in pediatrics. Title Abbreviation: Phys Occup Ther Pediatr.

Scandinavian journal of occupational therapy. Title Abbreviation: Scand J Occup Ther.

Figura 1: Revistas de terapia ocupacional con mayor difusión en la literatura científica incluidas en pubmed

RESULTADOS

Se ordenan de la siguiente forma:

1. Pubmed
2. OT Seeker
3. Cochrane Lybrary
4. Cuiden
5. IMEC

a. Pubmed

PUBMED assessment AND occupational therapy
Criterio de búsqueda: ((assessment AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])
Resultados:106
Fecha de localización: 20 Marzo 2008

PUBMED assessment AND occupational therapy
Criterio de búsqueda: ((assessment AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther

Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])	
Limits: Field: Title/Abstract, Limits: added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years, English, Spanish	
Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL 43	1: Chan ML.nDescription of a return-to-work occupational therapy programme for stroke rehabilitation in Singapore. Occup Ther Int. 2008 Mar 5; [Epub ahead of print] PMID: 18322914 [PubMed - as supplied by publisher] 2: Douglas A, Liu L, Warren S, Hopper T.Cognitive assessments for older adults: which ones are used by Canadian therapists and why. Can J Occup Ther. 2007 Dec;74(5):370-81. PMID: 18183772 [PubMed - indexed for MEDLINE] 3: Söderback I.Hospital discharge among frail elderly people: a pilot study in Sweden. Occup Ther Int. 2008;15(1):18-31. PMID: 18076127 [PubMed - in process] 4: Bowyer PL, Kramer J, Kielhofner G, Maziero-Barbosa V, Girolami G. Measurement properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE). Phys Occup Ther Pediatr. 2007;27(4):67-85. PMID: 18032150 [PubMed - indexed for MEDLINE] 5: Fisher AG, Atler K, Potts A. Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. Scand J Occup Ther. 2007 Jan 22;:1-11 [Epub ahead of print] PMID: 17852965 [PubMed - as supplied by publisher] 6: Wingårdh A, Engström CP, Claesson L. Test-retest of a Swedish version of the Pulmonary Functional Status & Dyspnea

Questionnaire-modified. Scand J Occup Ther. 2007 Sep;14(3):183-91.PMID: 17763200 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7: Schneider ML, Moore CF, Gajewski LL, Laughlin NK, Larson JA, Gay CL, Roberts AD, Converse AK, DeJesus OT. Sensory processing disorders in a nonhuman primate model: evidence for occupational therapy practice. Am J Occup Ther. 2007 Mar-Apr;61(2):247-53.PMID: 17436847 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8: Schaaf RC, Nightlinger KM. Occupational therapy using a sensory integrative approach: a case study of effectiveness. Am J Occup Ther. 2007 Mar-Apr;61(2):239-46. PMID: 17436846 [PubMed - indexed for MEDLINE]

9: Fänge A, Risser R, Iwarsson S.Challenges in implementation of research methodology in community-based occupational therapy: the Housing Enabler example. Scand J Occup Ther. 2007;14(1):54-62.PMID: 17366078 [PubMed - indexed for MEDLINE]

10: Su CY, Chen WL, Tsai PC, Tsai CY, Su WL. Psychometric properties of the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment-Second Edition in Taiwanese persons with schizophrenia.
Am J Occup Ther. 2007 Jan-Feb;61(1):108-18. PMID: 17302112 [PubMed - indexed for MEDLINE]

11: Katz N, Golstand S, Bar-Ilan RT, Parush S. The Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children (DOTCA-Ch): a new instrument for assessing learning potential. Am J Occup Ther. 2007 Jan-Feb;61(1):41-52. PMID: 17302104 [PubMed -

indexed for MEDLINE]

12: Keponen R, Kielhofner G.Occupation and meaning in the lives of women with chronic pain. Scand J Occup Ther. 2006 Dec;13(4):211-20. PMID: 17203671 [PubMed - indexed for MEDLINE]

13: Wikeby M, Pierre BL, Archenholtz B. Occupational therapists' reflection on practice within psychiatric care: a Delphi study.Scand J Occup Ther. 2006 Sep;13(3):151-9.
PMID: 17042463 [PubMed - indexed for MEDLINE]

14: Bayona CL, McDougall J, Tucker MA, Nichols M, Mandich A. School-based occupational therapy for children with fine motor difficulties:
evaluating functional outcomes and fidelity of services. Phys Occup Ther Pediatr. 2006;26(3):89-110. PMID: 16966318 [PubMed - indexed for MEDLINE]

15: Rodger S, Brown GT, Brown A, Roever C. A comparison of paediatrics occupational therapy university program curricula in New Zealand, Australia, and Canada.Phys Occup Ther Pediatr. 2006;26(1-2):153-80.PMID: 16938830 [PubMed - indexed for MEDLINE]

16: Kardos MR, White BP.Evaluation options for secondary transition planning.Am J Occup Ther. 2006 May-Jun;60(3):333-9.PMID: 16776401 [PubMed - indexed for MEDLINE]

17: Cooke DM, McKenna K, Fleming J, Darnell R. Construct and ecological validity of the Occupational Therapy Adult Perceptual Screening Test (OT-APST).Scand J Occup Ther. 2006 Mar;13(1):49-61.PMID: 16615415 [PubMed - indexed for MEDLINE]

18: Cooke DM, McKenna K, Fleming J, Darnell R. Criterion validity of the Occupational Therapy Adult Perceptual Screening Test(OT-APST).
Scand J Occup Ther. 2006 Mar;13(1):38-48.
PMID: 16615414 [PubMed - indexed for MEDLINE]

19: Missiuna C, Pollock N, Law M, Walter S, Cavey N.Examination of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers. Am J Occup Ther. 2006 Mar-Apr;60(2):204-14. PMID: 16596924 [PubMed - indexed for MEDLINE]

20: Brown GT, Gaboury I.The measurement properties and factor structure of the Test of Visual-Perceptual Skills-Revised: implications for occupational therapy assessment and practice.
Am J Occup Ther. 2006 Mar-Apr;60(2):182-93. Erratum in: Am J Occup Ther. 2006
May-Jun;60(3):248. PMID: 16596922 [PubMed - indexed for MEDLINE]

21: Giesbrecht E.Pressure ulcers and occupational therapy practice: a Canadian perspective.
Can J Occup Ther. 2006 Feb;73(1):56-63.
PMID: 16570842 [PubMed - indexed for MEDLINE]

22: Yasukawa A, Patel P, Sisung C. Pilot study: investigating the effects of Kinesio Taping in an acute pediatric rehabilitation setting.
Am J Occup Ther. 2006 Jan-Feb;60(1):104-10.
PMID: 16541989 [PubMed - indexed for MEDLINE]

23: Keller J, Kielhofner G. Psychometric characteristics of the child occupational self-assessment (COSA),part two: refining the psychometric properties.Scand J Occup Ther. 2005 Dec;12(4):147-58. PMID: 16457088 [PubMed - indexed for MEDLINE]

24: Petty LS, McArthur L, Treviranus J.Clinical report: use of the Canadian Occupational Performance Measure in vision technology.Can J Occup Ther. 2005 Dec;72(5):309-12. PMID: 16435592 [PubMed - indexed for MEDLINE]

25: Cooke DM, McKenna K, Fleming J. Development of a standardized occupational therapy screening tool for visual perception in adults. Scand J Occup Ther. 2005 Jun;12(2):59-71. Review. PMID: 16392761 [PubMed - indexed for MEDLINE]

26: Gitlow L, Flecky K.Integrating disability studies concepts into occupational therapy education using service learning. Am J Occup Ther. 2005 Sep-Oct;59(5):546-53. PMID: 16268021 [PubMed - indexed for MEDLINE]

27: Rexroth P, Fisher AG, Merritt BK, Gliner J. ADL differences in individuals with unilateral hemispheric stroke.Can J Occup Ther. 2005 Oct;72(4):212-21. PMID: 16252608 [PubMed - indexed for MEDLINE]

28: Donohue MV. Social profile: assessment of validity and reliability with preschool children.
Can J Occup Ther. 2005 Jun;72(3):164-75. PMID: 15988963 [PubMed - indexed for MEDLINE]

29: Kardos M, White BP. The role of the school-based occupational therapist in secondary education transition planning: a pilot survey study.
Am J Occup Ther. 2005 Mar-Apr;59(2):173-80.
PMID: 15830617 [PubMed - indexed for MEDLINE]

30: Copley J, Ziviani J. Barriers to the use of assistive technology for children with multiple
disabilities. Occup Ther Int. 2004;11(4):229-43.
PMID: 15771212 [PubMed - indexed for MEDLINE]

31: Chapparo CJ, Hooper E. Self-care at school: perceptions of 6-year-old children. Am J Occup Ther. 2005 Jan-Feb;59(1):67-77.
PMID: 15707125 [PubMed - indexed for MEDLINE]

32: Molke DK, Laliberte-Rudman D, Polatajko HJ.
The promise of occupational science: a developmental assessment of an emerging
academic discipline. Can J Occup Ther. 2004 Dec;71(5):269-80; discussion 280-1. PMID: 15633877 [PubMed - indexed for MEDLINE]

33: Hastings J, Gowans S, Watson DE. Effectiveness of occupational therapy following organ transplantation. Can J Occup Ther. 2004 Oct;71(4):238-42. PMID: 15586856 [PubMed - indexed for MEDLINE]

34: Neufeld S, Lysack C. Allocation of rehabilitation services: who gets a home evaluation. Am J Occup Ther. 2004 Nov-Dec;58(6):630-8. PMID: 15568547 [PubMed - indexed for MEDLINE]

35: Dooley NR, Hinojosa J. Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. Am J Occup Ther. 2004 Sep-Oct;58(5):561-9. PMID: 15481783 [PubMed - indexed for MEDLINE]

36: Stewart KB, Meyer L. Parent-child interactions and everyday routines in young children with failure to thrive.Am J Occup Ther. 2004 May-Jun;58(3):342-6. PMID: 15202633 [PubMed - indexed for MEDLINE]

37: Scaffa ME, Wooster DM. Effects of problem-based learning on clinical reasoning in occupational therapy. Am J Occup Ther. 2004 May-Jun;58(3):333-6. PMID: 15202631 [PubMed - indexed for MEDLINE]

38: Mallon K, Wood JM. Occupational therapy assessment of open-road driving performance: validity of directed and self-directed navigational instructional components. Am J Occup Ther. 2004 May-Jun;58(3):279-86. PMID: 15202625 [PubMed - indexed for MEDLINE]

39: Gilmore PE, Spaulding SJ, Vandervoort AA. Hemiplegic shoulder pain: implications for occupational therapy treatment. Can J Occup Ther. 2004 Feb;71(1):36-46. Review. PMID: 15015899 [PubMed - indexed for MEDLINE]

40: Kielhofner G, Braveman B, Finlayson M, Paul-Ward A, Goldbaum L, Goldstein K. Outcomes of a vocational program for persons with AIDS. Am J Occup Ther. 2004 Jan-Feb;58(1):64-72. PMID: 14763637 [PubMed - indexed for MEDLINE]

41: Oxford Grice K, Vogel KA, Le V, Mitchell A, Muniz S, Vollmer MA. Adult norms for a commercially available Nine Hole Peg Test for finger dexterity. Am J Occup Ther. 2003 Sep-Oct;57(5):570-3. PMID: 14527120 [PubMed - indexed for MEDLINE]

42: Hoppes S, Davis LA, Thompson D. Environmental effects on the assessment of people with dementia: a pilot study. Am J Occup Ther. 2003 Jul-Aug;57(4):396-402.PMID: 12911081 [PubMed - indexed for MEDLINE]

43: Chappell I, Higham J, McLean AM. An occupational therapy work skills assessment for individuals with head injury. Can J Occup Ther. 2003 Jun;70(3):163-9. PMID: 12846109 [PubMed - indexed for MEDLINE]

PUBMED
clinical reasoning AND occupational therapy

Criterio de búsqueda: ((clinical reasoning AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])

Resultados: 67

Fecha de localización: 20 Marzo 2008

PUBMED
clinical reasoning AND occupational therapy

Criterio de búsqueda: ((clinical reasoning AND occupational therapy)) AND

(ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])	
Limits: Field: Title/Abstract, Limits: added to PubMed in the last 5 years, published in the last 5 years, English, Spanish	
Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL 9	1: Eklund M. Perceived control: how is it related to daily occupation in patients with mental illness living in the community? Am J Occup Ther. 2007 Sep-Oct;61(5):535-42. PMID: 17944291 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2: Cameron KA, Ballantyne S, Kulbitsky A, Margolis-Gal M, Daugherty T, Ludwig F. Utilization of evidence-based practice by registered occupational therapists. Occup Ther Int. 2005;12(3):123-36. PMID: 16398202 [PubMed - indexed for MEDLINE] 3: Lysaght R, Bent M. A comparative analysis of case presentation modalities used in clinical reasoning coursework in occupational therapy. Am J Occup Ther. 2005 May-Jun;59(3):314-24. PMID: 15969279 [PubMed - indexed for MEDLINE] 4: Unsworth CA. Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy. Am J Occup Ther. 2005 Jan-Feb;59(1):31-40. PMID: 15707121 [PubMed - indexed for MEDLINE] 5: Larson EA. Children's work: the less-considered childhood occupation. Am J Occup Ther. 2004 Jul-Aug;58(4):369-79. PMID:

15315243 [PubMed - indexed for MEDLINE]

6: McCannon R, Robertson D, Caldwell J, Juwah C, Elfessi A. Comparison of clinical reasoning skills in occupational therapy students in the
USA and Scotland. Occup Ther Int. 2004;11(3):160-76. PMID: 15297896 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7: Scaffa ME, Wooster DM. Effects of problem-based learning on clinical reasoning in occupational therapy. Am J Occup Ther. 2004 May-Jun;58(3):333-6. PMID: 15202631 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8: Ward JD. The nature of clinical reasoning with groups: a phenomenological study of an
occupational therapist in community mental health.
Am J Occup Ther. 2003 Nov-Dec;57(6):625-34.
PMID: 14661776 [PubMed - indexed for MEDLINE]

9: Scheirton L, Mu K, Lohman H. Occupational therapists' responses to practice errors in physical rehabilitation settings. Am J Occup Ther. 2003 May-Jun;57(3):307-14.
PMID: 12785669 [PubMed - indexed for MEDLINE]

PUBMED
Diagnostic AND occupational therapy

Criterio de búsqueda: ((diagnostic AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther

Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])
Resultados: 398
Fecha de localización: 20 Marzo 2008

PUBMED diagnostic AND occupational therapy
Criterio de búsqueda: ((diagnostic AND occupational therapy)) AND (ajot[Jour] OR Can J Occup Ther[Jour] OR Occup Ther Rehabil[Jour] OR Occup Ther Int[Jour] OR Phys Occup Ther Geriatr[Jour] OR Phys Occup Ther Pediatr[Jour] OR Scand J Occup Ther[Jour])
Limits: Title/Abstract
Fecha de localización: 20 Marzo 2008

TOTAL 23	1: Bennett S, McKenna K, Tooth L, Hoffmann T, McCluskey A, Strong J. Searches and content of the OTseeker database: informing research priorities. Am J Occup Ther. 2006 Sep-Oct;60(5):524-30. PMID: 17022340 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2: Walz NC, Baranek GT. Sensory processing patterns in persons with Angelman syndrome. Am J Occup Ther. 2006 Jul-Aug;60(4):472-9. PMID: 16915878 [PubMed - indexed for MEDLINE] 3: Harkleroad A, Schirf D, Volpe J, Holm MB. Critical pathway development: an integrative literature review. Am J Occup Ther. 2000 Mar-Apr;54(2):148-54. Review. PMID: 10732175 [PubMed - indexed for MEDLINE] 4: Davis J, Kutter CJ. Independent living skills and posttraumatic stress disorder in women who are

homeless: implications for future practice.
Am J Occup Ther. 1998 Jan;52(1):39-44.
PMID: 9426857 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5: Neistadt ME, Smith RE.Teaching diagnostic reasoning: using a classroom-as-clinic methodology with videotapes. Am J Occup Ther. 1997 May;51(5):360-8. PMID: 9127062 [PubMed - indexed for MEDLINE]

6: Neistadt ME, Atkins A. Analysis of the orthopedic content in an occupational therapy curriculum from a clinical reasoning perspective.
Am J Occup Ther. 1996 Sep;50(8):669-75.
PMID: 8863940 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7: Cockerill R, Scott E, Wright M. Interest among occupational therapy managers in measuring workload for case costing. Am J Occup Ther. 1996 Jun;50(6):447-51. PMID: 8726980 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8: Missiuna C, Polatajko H. Developmental dyspraxia by any other name: are they all just clumsy children? Am J Occup Ther. 1995 Jul-Aug;49(7):619-27. Review. Erratum in: Am J Occup Ther 1995 Nov-Dec;49(10):1084. PMID: 7573332 [PubMed - indexed for MEDLINE]

9: Wilson BN, Polatajko HJ, Kaplan BJ, Faris P.
Use of the Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency in occupational therapy. Am J Occup Ther. 1995 Jan;49(1):8-17. Review. PMID: 7534451 [PubMed - indexed for MEDLINE]

10: Brodie J, Holm MB, Tomlin GS. Cerebrovascular accident: relationship of demographic, diagnostic, and occupational therapy antecedents to rehabilitation outcomes. Am J Occup Ther. 1994 Oct;48(10):906-13.PMID: 7825706 [PubMed - indexed for MEDLINE]

11: Scott E, Cockerill R, Wright M, Pallas LL. A survey of workload measurement systems: the occupational therapy manager's perspective. Can J Occup Ther. 1993 Apr;60(1):17-22. PMID: 10124899 [PubMed - indexed for MEDLINE]

12: Neistadt ME. The classroom as clinic: applications for a method of teaching clinical
reasoning. Am J Occup Ther. 1992 Sep;46(9):814-9. Review. PMID: 1387509 [PubMed - indexed for MEDLINE]

13: Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning.
Am J Occup Ther. 1991 Nov;45(11):1045-53.
PMID: 1793119 [PubMed - indexed for MEDLINE]

14: Angel SL. Toward becoming one self. Am J Occup Ther. 1990 Nov;44(11):1037-43. PMID: 2252064 [PubMed - indexed for MEDLINE]

15: Farber SD. Neuroscience and occupational therapy: vital connections. 1989 Eleanor Clarke
Slagle lecture. Am J Occup Ther. 1989 Oct;43(10):637-46. Review. PMID: 2692452 [PubMed - indexed for MEDLINE]

16: Good-Ellis MA, Fine SB, Spencer JH, DiVittis A. Developing a Role Activity Performance Scale.

Am J Occup Ther. 1987 Apr;41(4):232-41.
PMID: 3688136 [PubMed - indexed for MEDLINE]

17: Folts D, Tigges K, Weisman T. Occupational therapy in hospice home care: a student tutorial.
Am J Occup Ther. 1986 Sep;40(9):623-8. PMID: 3766685 [PubMed - indexed for MEDLINE]

18: Caruso LA, Chan DE. Evaluation and management of the patient with acute back pain. Am J Occup Ther. 1986 May;40(5):347-51. PMID: 2940872 [PubMed - indexed for MEDLINE]

19: Evans A. Roles and functions of occupational therapy in mental health. Am J Occup Ther. 1985 Dec;39(12):799-802. PMID: 4083323 [PubMed - indexed for MEDLINE]

20: Hightower-Vandamm MD. Occupational therapy's journey: the implementation, challenge, and expectation. Am J Occup Ther. 1985 Dec;39(12):785-90. PMID: 3936361 [PubMed - indexed for MEDLINE]

21: Wright M. A data management tool for reporting productivity. Can J Occup Ther. 1983 Jun;50(3):73-6. PMID: 10262100 [PubMed - indexed for MEDLINE]

22: Ottenbacher K. Occupational therapy and special education: some issues and concerns related to Public Law 94-142. Am J Occup Ther. 1982 Feb;36(2):81-4. PMID: 7072821 [PubMed - indexed for MEDLINE]

	23: ANDROES L, DREYFUS EA, BLOESCH M. DIAGNOSTIC TEST BATTERY FOR OCCUPATIONAL THERAPY. Am J Occup Ther. 1965 Mar-Apr;19:53-9. No abstract available. PMID: 14276548 [PubMed - indexed for MEDLINE]

b. OT Seeker

OT Seeker
assessment AND occupational therapy

Criterio de búsqueda: (assessment AND occupational therapy)

Limits: Year published 2000 to 2008

Fecha de localización: 20 Marzo 2008

TOTAL: 24

Title	Method	Internal Validity Score (0 - 8)	Statistical Reporting Score (0 - 2)
A systematic and critical review of the literature: The effectiveness of Occupational Therapy Home Assessment on a range of outcome measures	Systematic Review.	N/A	N/A
Occupational therapy for community dwelling elderly people: A systematic review	Systematic Review	N/A	N/A
Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence	Systematic Review	N/A	N/A

☐	Constraint-induced movement therapy in the treatment of the upper limb in children with hemiplegic cerebral palsy	Systematic Review	N/A	N/A
☐	Multidisciplinary Bio-Psycho-Social Rehabilitation for Chronic Low Back Pain	Systematic Review	N/A	N/A
☐	Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke	Clinical Trial	5	2
☐	Home-based occupational therapy: stroke patients' satisfaction with occupational performance and service provision	Clinical Trial	5	2
☐	Botulinum toxin A and upper limb functional skills in hemiparetic cerebral palsy: a randomized trial in children receiving intensive therapy	Clinical Trial	5	2
☐	Does acupuncture have additional value to standard poststroke motor rehabilitation?	Clinical Trial	5	2
☐	Functional outcomes of intramuscular botulinum toxin type A and occupational therapy in the upper limbs of children with cerebral palsy: A	Clinical Trial	5	2

	randomized controlled trial			
☐	Patients with recurrent falls attending accident & emergency benefit from multifactorial intervention -- A randomised controlled trial	Clinical Trial	5	2
☐	Occupational therapy in accident and emergency departments: a randomized controlled trial	Clinical Trial	5	2
☐	A randomized efficacy and feasibility study of imagery in acute stroke	Clinical Trial	4	1
☐	Modified constraint induced therapy: a randomized feasibility and efficacy study	Clinical Trial	4	0
☐	Contracture preventive positioning of the hemiplegic arm in subacute stroke patients: A pilot randomized controlled trial	Clinical Trial	4	2
☐	Clinical applicability of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis	Clinical Trial	3	2
☐	Modified constraint-induced therapy after subacute stroke: A preliminary study	Clinical Trial	2	2
☐	The care home activity project: Does introducing an occupational therapy	Clinical Trial	2	2

	programme reduce depression in care homes?			
☐	Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia	Clinical Trial	2	2
☐	Occupational therapy compared with social work assessment for older people. An economic evaluation alongside the CAMELOT randomised controlled trial	Clinical Trial	-	-
☐	The advantages of occupational therapy in oral hygiene measures for institutionalised elderly adults	Clinical Trial	-	-
☐	Effects of modified constraint induced therapy on upper limb function in subacute stroke patients	Clinical Trial	-	-
☐	Effects of early rehabilitation on the functional outcomes of stroke patients estimated with functional comprehensive assessment	Clinical Trial	-	-
☐	Are occupational therapists more effective than social workers when assessing frail older people? Results of			

CAMELOT, a randomised controlled trial

OT Seeker Clinical reasoning AND occupational therapy
Criterio de búsqueda: (clinical reasonig AND occupational therapy)
Limits: Year published 2000 to 2008
Fecha de localización: 20 Marzo 2008
TOTAL: 1341
Para facilitar su acceso el hipervínculo de acceso es: http://www.otseeker.com/search.aspx

OT Seeker Diagnostic AND occupational therapy
Criterio de búsqueda: (diagnostic AND occupational therapy)
Limits: Year published 2000 to 2008
Fecha de localización: 20 Marzo 2008
TOTAL: 909
Para facilitar su acceso el hipervínculo de acceso es: http://www.otseeker.com/search.aspx

C. Cochrane Library

Cochrane Library evaluacion AND terapia ocupacional
Criterio de búsqueda: (evaluacion and (terapia:ti next ocupacional:ti))

Limits: (2000 hasta la fecha actual)	
Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL 3	1. Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H, KHO Deane. Terapia ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 3. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM , Cardol M, Van de Nes JCM, Van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la esclerosis múltiple (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Cochrane Library Razonamiento clinico AND terapia ocupacional
Criterio de búsqueda: ((razonamiento next clinico) and (terapia next ocupacional))
Limits: (2000 hasta la fecha actual)

Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL 1	1. Wasiak J, Hoare B, Wallen M. Toxina botulínica A como complemento del tratamiento del miembro superior en niños con parálisis cerebral espástica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Cochrane Library Diagnostico AND terapia ocupacional	
Criterio de búsqueda: (diagnostico and (terapia next ocupacional))	
Limits: (2000 hasta la fecha actual)	
Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL 59	Record #1 of 59 ID:CD000197-ES TI:Atención hospitalaria organizada (unidad de accidentes cerebrovasculares) para el accidente cerebrovascular AU:Stroke Unit Trialists' Collaboration SO:Stroke Unit Trialists' Collaboration. Atención hospitalaria organizada (unidad de accidentes cerebrovasculares) para el accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #2 of 59
ID:CD006073-ES
TI:Entrenamiento en tareas repetitivas para mejorar la capacidad funcional después del accidente cerebrovascular
AU:French B, Thomas LH, Leathley MJ, Sutton CJ, McAdam J, Forster A, Langhorne P, Price CIM, Walker A, Watkins CL
SO:French B, Thomas LH, Leathley MJ, Sutton CJ, McAdam J, Forster A, Langhorne P, Price CIM, Walker A, Watkins CL. Entrenamiento en tareas repetitivas para mejorar la capacidad funcional después del accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #3 of 59
ID:CD006867-ES
TI:Medicina ayurvédica para la esquizofrenia
AU:Agarwal V, Abhijnhan A, Raviraj P
SO:Agarwal V, Abhijnhan A, Raviraj P. Medicina ayurvédica para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #4 of 59
ID:CD005108-ES
TI:Programas de educación de autocuidado a cargo de personas no

profesionales para pacientes con afecciones crónicas
AU:Foster G, Taylor SJC, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ
SO:Foster G, Taylor SJC, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Programas de educación de autocuidado a cargo de personas no profesionales para pacientes con afecciones crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #5 of 59
ID:CD003586-ES
TI:Rehabilitación cognitiva para la negligencia espacial después de un accidente cerebrovascular
AU:Bowen A, Lincoln NB
SO:Bowen A, Lincoln NB. Rehabilitación cognitiva para la negligencia espacial después de un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #6 of 59
ID:CD006036-ES
TI:Rehabilitación multidisciplinaria para adultos con esclerosis múltiple
AU:Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T
SO:Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Rehabilitación multidisciplinaria para adultos con esclerosis múltiple (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-

software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #7 of 59
ID:CD002813-ES
TI:Terapia ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson
AU:Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H, KHO Deane
SO:Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H, KHO Deane. Terapia ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #8 of 59
ID:CD005489-ES
TI:Apoyo nutricional enteral temprano versus tardío en pacientes con quemaduras
AU:Wasiak J, Cleland H, Jeffery R
SO:Wasiak J, Cleland H, Jeffery R. Apoyo nutricional enteral temprano versus tardío en pacientes con quemaduras (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #9 of 59
ID:CD005378-ES
TI:Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la

esquizofrenia
AU:Ruddy RA, Dent-Brown K
SO:Ruddy RA, Dent-Brown K. Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #10 of 59
ID:CD005955-ES
TI:Ejercicio para pacientes médicos de edad avanzada hospitalizados agudos
AU:de Morton NA, Keating JL, Jeffs K
SO:de Morton NA, Keating JL, Jeffs K. Ejercicio para pacientes médicos de edad avanzada hospitalizados agudos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #11 of 59
ID:CD001087-ES
TI:Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves
AU:Joy CB, Adams CE, Rice K
SO:Joy CB, Adams CE, Rice K. Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4.

Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #12 of 59
ID:CD003864-ES
TI:Intervenciones dirigidas por el equipo clínico para mejorar la higiene bucal de los pacientes después de un accidente cerebrovascular
AU:Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V
SO:Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V. Intervenciones dirigidas por el equipo clínico para mejorar la higiene bucal de los pacientes después de un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #13 of 59
ID:CD005994-ES
TI:Intervenciones no farmacológicas para pacientes con demencia que deambulan en ámbitos domésticos
AU:Hermans DG, Htay U Hla, McShane R
SO:Hermans DG, Htay U Hla, McShane R. Intervenciones no farmacológicas para pacientes con demencia que deambulan en ámbitos domésticos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #14 of 59

ID:CD005495-ES
TI:Programas de intervención del desarrollo tempranos después del alta hospitalaria para la prevención de trastornos motores y cognitivos en neonatos prematuros
AU:Spittle AJ, Orton J, Doyle LW, Boyd R
SO:Spittle AJ, Orton J, Doyle LW, Boyd R. Programas de intervención del desarrollo tempranos después del alta hospitalaria para la prevención de trastornos motores y cognitivos en neonatos prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #15 of 59
ID:CD003324-ES
TI:Rehabilitación de la fractura distal del radio en adultos
AU:Handoll HHG, Madhok R, Howe TE
SO:Handoll HHG, Madhok R, Howe TE. Rehabilitación de la fractura distal del radio en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #16 of 59
ID:CD004149-ES
TI:Terapia de movimiento inducido por restricción para las extremidades superiores en niños con parálisis cerebral hemipléjica espástica
AU:Hoare BJ, Wasiak J, Imms C, Carey L

SO:Hoare BJ, Wasiak J, Imms C, Carey L. Terapia de movimiento inducido por restricción para las extremidades superiores en niños con parálisis cerebral hemipléjica espástica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #17 of 59
ID:CD006346-ES
TI:Terapia Morita para la esquizofrenia
AU:He Y, Li C
SO:He Y, Li C. Terapia Morita para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #18 of 59
ID:CD005522-ES
TI:Tramadol para la osteoartritis
AU:Cepeda MS, Camargo F, Zea C, Valencia L
SO:Cepeda MS, Camargo F, Zea C, Valencia L. Tramadol para la osteoartritis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #19 of 59

ID:CD003585-ES
TI:Tratamiento ocupacional para pacientes con problemas en las actividades de la vida diaria después de un accidente cerebrovascular
AU:Legg LA, Drummond AE, Langhorne P
SO:Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Tratamiento ocupacional para pacientes con problemas en las actividades de la vida diaria después de un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #20 of 59
ID:CD006370-ES
TI:Tratamientos para las crisis convulsivas no epilépticas
AU:Baker GA, Brooks JL, Goodfellow L, Bodde N, Aldenkamp A
SO:Baker GA, Brooks JL, Goodfellow L, Bodde N, Aldenkamp A. Tratamientos para las crisis convulsivas no epilépticas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #21 of 59
ID:CD004257-ES
TI:Acetaminofeno para la osteoartritis
AU:Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G
SO:Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminofeno para la osteoartritis (Revisión Cochrane traducida).

En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #22 of 59
ID:CD005319-ES
TI:Acupuntura para el dolor de hombro
AU:Green S, Buchbinder R, Hetrick S
SO:Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuntura para el dolor de hombro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #23 of 59
ID:CD004298-ES
TI:Intervenciones para la apraxia del habla posterior a un accidente cerebrovascular
AU:West C, Hesketh A, Vail A, Bowen A
SO:West C, Hesketh A, Vail A, Bowen A. Intervenciones para la apraxia del habla posterior a un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #24 of 59
ID:CD002752-ES
TI:Organización de los servicios clínicos para la insuficiencia cardíaca

AU:Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, Wood L, Underwood M
SO:Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, Wood L, Underwood M. Organización de los servicios clínicos para la insuficiencia cardíaca (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #25 of 59
ID:CD004954-ES
TI:Oxigenoterapia hiperbárica para el accidente cerebrovascular isquémico agudo
AU:Bennett MH, Wasiak J, Schnabel A, Kranke P, French C
SO:Bennett MH, Wasiak J, Schnabel A, Kranke P, French C. Oxigenoterapia hiperbárica para el accidente cerebrovascular isquémico agudo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #26 of 59
ID:CD004170-ES
TI:Rehabilitación multidisciplinaria para la lesión cerebral adquirida en adultos en edad laboral
AU:Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT
SO:Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Rehabilitación multidisciplinaria para la lesión cerebral adquirida en adultos en edad laboral (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane

Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #27 of 59
ID:CD002946-ES
TI:Terapia con glucosamina para el tratamiento de la osteoartritis
AU:Towheed TE, Maxwell L, Anastassiades TP, Shea B, Houpt J, Robinson V, Hochberg MC, Wells G
SO:Towheed TE, Maxwell L, Anastassiades TP, Shea B, Houpt J, Robinson V, Hochberg MC, Wells G. Terapia con glucosamina para el tratamiento de la osteoartritis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #28 of 59
ID:CD001351-ES
TI:Acupuntura y técnica de aguja seca para el dolor lumbar
AU:Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM
SO:Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuntura y técnica de aguja seca para el dolor lumbar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #29 of 59
ID:CD003685-ES
TI:Rofecoxib para la artritis reumatoide
AU:Garner S, Fidan D, Frankish R, Judd M, Towheed T, Wells G, Tugwell P
SO:Garner S, Fidan D, Frankish R, Judd M, Towheed T, Wells G, Tugwell P. Rofecoxib para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #30 of 59
ID:CD005115-ES
TI:Rofecoxib para la osteoartritis
AU:Garner SE, Fidan DD, Frankish R, Maxwell L
SO:Garner SE, Fidan DD, Frankish R, Maxwell L. Rofecoxib para la osteoartritis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #31 of 59
ID:CD000443-ES
TI:Servicios destinados a reducir la duración de la atención en el hospital de los pacientes con accidente cerebrovascular agudo
AU:Early Supported Discharge Trialists
SO:Early Supported Discharge Trialists. Servicios destinados a reducir la duración de la atención en el hospital de los pacientes con accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En:

La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #32 of 59
ID:CD004849-ES
TI:Tai chi para el tratamiento de la artritis reumatoide
AU:Han A, Robinson V, Judd M, Taixiang W, Wells G, Tugwell P
SO:Han A, Robinson V, Judd M, Taixiang W, Wells G, Tugwell P. Tai chi para el tratamiento de la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #33 of 59
ID:CD003469-ES
TI:Toxina botulínica A como complemento del tratamiento del miembro superior en niños con parálisis cerebral espástica
AU:Wasiak J, Hoare B, Wallen M
SO:Wasiak J, Hoare B, Wallen M. Toxina botulínica A como complemento del tratamiento del miembro superior en niños con parálisis cerebral espástica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #34 of 59

ID:CD003980-ES
TI:Tratamiento con ejercicios para la esclerosis múltiple
AU:Rietberg MB, Brooks D, Uitdehaag BMJ, Kwakkel G
SO:Rietberg MB, Brooks D, Uitdehaag BMJ, Kwakkel G. Tratamiento con ejercicios para la esclerosis múltiple (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #35 of 59
ID:CD002924-ES
TI:Vías de atención hospitalaria para el accidente cerebrovascular
AU:Kwan J, Sandercock P
SO:Kwan J, Sandercock P. Vías de atención hospitalaria para el accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #36 of 59
ID:CD003688-ES
TI:Educación para pacientes adultos con artritis reumatoide
AU:Riemsma RP,Kirwan JR,Taal E,Rasker JJ.
SO:Riemsma RP,Kirwan JR,Taal E,Rasker JJ. Educación para pacientes adultos con artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #37 of 59
ID:CD003573-ES
TI:Hospital en el domicilio para las exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica
AU:Ram FSF, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M
SO:Ram FSF, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M. Hospital en el domicilio para las exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #38 of 59
ID:CD004258-ES
TI:Intervenciones fisioterapéuticas para el dolor del hombro
AU:Green S, Buchbinder R, Hetrick S
SO:Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Intervenciones fisioterapéuticas para el dolor del hombro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #39 of 59
ID:CD003437-ES
TI:Intervenciones para el tratamiento de la depresión posterior al accidente cerebrovascular
AU:Hackett ML, Anderson CS, House AO

SO:Hackett ML, Anderson CS, House AO. Intervenciones para el tratamiento de la depresión posterior al accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #40 of 59
ID:CD000340-ES
TI:Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas
AU:Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH
SO:Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #41 of 59
ID:CD003689-ES
TI:Intervenciones para la prevención de la depresión después del accidente cerebrovascular
AU:Anderson CS, Hackett ML, House AO
SO:Anderson CS, Hackett ML, House AO. Intervenciones para la prevención de la depresión después del accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane

Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #42 of 59
ID:CD003114-ES
TI:Terapia ocupacional para la artritis reumatoide
AU:Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM
SO:Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #43 of 59
ID:CD003608-ES
TI:Terapia ocupacional para la esclerosis múltiple
AU:Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM , Cardol M, Van de Nes JCM, Van den Ende CHM
SO:Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM , Cardol M, Van de Nes JCM, Van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la esclerosis múltiple (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #44 of 59
ID:CD003831-ES
TI:Celecoxib para la artritis reumatoide

AU:Garner S, Fidan D, Frankish R, Judd M, Shea B, Towheed T, Wells G, Tugwell P
SO:Garner S, Fidan D, Frankish R, Judd M, Shea B, Towheed T, Wells G, Tugwell P. Celecoxib para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #45 of 59
ID:CD004016-ES
TI:Inyecciones de corticosteroides para el dolor de hombro
AU:Buchbinder R, Green S, Youd JM
SO:Buchbinder R, Green S, Youd JM. Inyecciones de corticosteroides para el dolor de hombro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #46 of 59
ID:CD002925-ES
TI:Servicios de rehabilitación basados en terapias para pacientes con accidente cerebrovascular que viven en sus domicilios
AU:Outpatient Service Trialists
SO:Outpatient Service Trialists. Servicios de rehabilitación basados en terapias para pacientes con accidente cerebrovascular que viven en sus domicilios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons,

Ltd.).

Record #47 of 59
ID:CD003152-ES
TI:Snoezelen para la demencia
AU:Chung JCC, Lai CKY, Chung PMB, French HP
SO:Chung JCC, Lai CKY, Chung PMB, French HP. Snoezelen para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #48 of 59
ID:CD003527-ES
TI:Acupuntura para el dolor lateral del codo
AU:Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W.
SO:Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Acupuntura para el dolor lateral del codo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #49 of 59
ID:CD003525-ES
TI:Cirugía para el dolor lateral en el codo
AU:Buchbinder R, Green S, Bell S, Barnsley L, Smidt N, Assendelft WJJ.
SO:Buchbinder R, Green S, Bell S, Barnsley L, Smidt N, Assendelft

WJJ. Cirugía para el dolor lateral en el codo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #50 of 59
ID:CD002817-ES
TI:Fisioterapia en pacientes con enfermedad de Parkinson
AU:Deane K H O, Jones D, Playford E D, Ben-Shlomo Y, Clarke C E.
SO:Deane K H O, Jones D, Playford E D, Ben-Shlomo Y, Clarke C E. Fisioterapia en pacientes con enfermedad de Parkinson (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #51 of 59
ID:CD003240-ES
TI:Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos
AU:Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P
SO:Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #52 of 59
ID:CD003686-ES

TI:Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para tratar el dolor en la parte lateral del codo en adultos
AU:Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W.
SO:Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para tratar el dolor en la parte lateral del codo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #53 of 59
ID:CD001932-ES
TI:Barreras subjetivas para prevenir la deambulación en personas con alteraciones cognoscitivas
AU:Price JD, Hermans DG, Grimley Evans J
SO:Price JD, Hermans DG, Grimley Evans J. Barreras subjetivas para prevenir la deambulación en personas con alteraciones cognoscitivas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #54 of 59
ID:CD002213-ES
TI:Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria
AU:Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J
SO:Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J.

Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #55 of 59
ID:CD003222-ES
TI:Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el dolor crónico
AU:Carroll D, Moore RA, McQuay HJ, Fairman F, Tramèr M, Leijon G
SO:Carroll D, Moore RA, McQuay HJ, Fairman F, Tramèr M, Leijon G. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el dolor crónico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #56 of 59
ID:CD000968-ES
TI:Rehabilitación cognoscitiva para personas con esquizofrenia y condiciones relacionadas
AU:Hayes RL, McGrath JJ
SO:Hayes RL, McGrath JJ. Rehabilitación cognoscitiva para personas con esquizofrenia y condiciones relacionadas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #57 of 59
ID:CD000532-ES
TI:Profesionales sanitarios de salud mental dentro de los servicios de atención primaria: efectos sobre su práctica profesional
AU:Bower P, Sibbald B
SO:Bower P, Sibbald B. Profesionales sanitarios de salud mental dentro de los servicios de atención primaria: efectos sobre su práctica profesional (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #58 of 59
ID:CD000349-ES
TI:Guías para las profesiones relacionadas con la medicina
AU:Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N
SO:Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guías para las profesiones relacionadas con la medicina (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Record #59 of 59
ID:CD000381-ES
TI:Programas de habilidades en la vida cotidiana para enfermedades mentales crónicas
AU:Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA
SO:Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA. Programas de

	habilidades en la vida cotidiana para enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

d. CUIDEN

CUIDEN evaluacion AND terapia ocupacional	
Criterio de búsqueda: "Terapia ocupacional" & "Evaluación"	
Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL 3	1. Jiménez Herrero, F. Gerontología 1993. [S.l.] 1993. 240 p. 17,3x24,6 cm. Monografía. 2. Borrella Domínguez, Soledad Lavado García, Jesús M Rodríguez Domínguez, Trinidad Morales Jiménez, M Luisa Calderón García, Julián y Canal Macías, M Luz. Aplicación de la **terapia ocupacional** en la enfermedad de duchenne. Enferm Científ. 2002 nov-dic. 248-249:71-75. Revisión, artículo. 3. Gutiérrez Couto, Uxía Casal Acción, Beatriz y Blanco Pérez, Azucena. OT Seeker. **Evaluación** sistemática de la evidencia en **terapia ocupacional**. TOG Rev Ter Ocup Galicia. 2004 dic. 1(1) Revisión divulgativa.

CUIDEN Razonamiento clínico AND terapia ocupacional
Criterio de búsqueda: "Terapia ocupacional" & "Razonamiento Clínico"

Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL	0

CUIDEN Diagnostico AND terapia ocupacional
Criterio de búsqueda: "Terapia ocupacional" & "Diagnóstico"
Fecha de localización: 20 Marzo 2008
TOTAL 0

e. BASES DE DATOS CSIC [IME].

BASES DE DATOS CSIC [IME]. evaluacion AND terapia ocupacional
Criterio de búsqueda: "Terapia ocupacional" AND ”Evaluación"
Fecha de localización: 20 Marzo 2008

TOTAL 1	1. Autores García Peña, M; Sánchez Cabeza, A; Miján de Castro, E Tít. en español Evaluación funcional y terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido Tít. en inglés Functional assessment and occupational therapy in acquired brain damage ISSN 0048-7120 Revista Rehabilitación Datos Fuente 2002, 36 (3): 167-175, 32 ref. CopyRight © CSIC - UV. Base de Datos IME. Todos los derechos reservados.

BASES DE DATOS CSIC [IME]. Razonamiento clínico AND terapia ocupacional	
Criterio de búsqueda: "Terapia ocupacional" AND "Razonamiento Clínico"	
Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL	0

BASES DE DATOS CSIC [IME]. Diagnostico AND terapia ocupacional	
Criterio de búsqueda: "Terapia ocupacional" AND "Diagnóstico"	
Fecha de localización: 20 Marzo 2008	
TOTAL	0

Criterios de búsqueda en BASES DE DATOS CSIC [IME].

1. Búsqueda por campos con **42** registro(s)

   Parámetros: Título en español="TERAPIA OCUPACIONAL"

2. Búsqueda por campos con **9856** registro(s)

   Parámetros: Título en español="DIAGNOSTICO "

3. Búsqueda por campos con **3** registro(s)

   Parámetros: Título en español="RAZONAMIENTO CLINICO"

4. Búsqueda por campos con **3971** registro(s)

   Parámetros: Título en español="EVALUACION"

5. Combinación del historial con **1** registro(s)

   Parámetros: (1 AND 4)

6. Combinación del historial con **0** registro(s)

Parámetros: (1 AND 3)

7. Combinación del historial con **0** registro(s)

Parámetros: (1 AND 2)

Discusión

La obtención de la mejor información en el menor tiempo posible parece ser el objetivo de muchos profesionales que desarrollan su labor en el ámbito de la salud. En Terapia ocupacional esta meta radica en lograr una visión óptima de la historia ocupacional del sujeto, de su funcionamiento ocupacional y de sus posibilidades de recuperación futura, esto es, aquellos elementos de predicción de desempeño. Aun sin estar del todo de acuerdo con esta afirmación, debemos ser conscientes de que en la práctica la evaluación se ha convertido en la forma de determinar si esa persona será susceptible, o no, de recibir nuestros servicios.

Una aproximación rigurosa y sistemática que trate de asegurar unas condiciones óptimas respecto a las herramientas, datos y proceso de evaluación es siempre deseable para justificar socialmente los resultados de nuestras intervenciones. Evitando si es posible excederse en el uso de métodos de evaluación ad hoc, en detrimento de la utilización de pruebas estandarizadas. A pesar de la utilidad de estos métodos de evaluación, creemos que siempre que sea posible la evaluación debe basarse en condiciones replicables; es decir, utilizando instrumentos de evaluación válidos, fiables, específicos y sensibles.

Podemos definirla como el procedimiento exhaustivo de recogida de datos, por el que se interpreta la naturaleza, condición y evolución del estatus ocupacional (entendiendo por estatus ocupacional, lo que el usuario realiza, las destrezas realizadas en el hacer, el conjunto de motivaciones y el sentir último de sus acciones. Todo esto, se refiere a la evolución personal hasta el momento de la evaluación, es decir, como se encuentra el usuario (- patrón evolutivo-) y como lo vive (–patrones subjetivos-).

Esta evaluación ocupacional se centra en la exploración de roles ocupacionales y en el desempeño del rendimiento personal en áreas ocupacionales (AOTA 1999), además de una exploración de las actividades significativas del usuario y su vinculación todo ello con el mantenimiento de la salud (CIF 2001) (4). De esta forma accedemos a los valores y convicciones del usuario, a lo mas interno, a lo que genera que esta persona haga una cosa u otra, que se muestre interesado por la realización de una tarea y no de otra (Trombly, K. 1993). En definitiva, evalúa la ***ocupación***, los roles ocupacionales, actividades, tareas y los contextos de ejecución (aspectos temporales y del entorno). Aquellos que tienen que ver con el desarrollo del usuario, ciclo vital, estado de discapacidad, sociales o de disponibilidad y expectativas para con los individuos, que sean significativos en su vida o culturales por creencias, estándares de conducta etc. (Polonio, B. 2001) y las expectativas del usuario en cuanto al desempeño de sus roles (Moruno, P. 2003)(5).

Para obtener el mejor resultado en el desarrollo de esta evaluación ocupacional lo fundamental es estructurar una buena narrativa que facilite la comprensión y la estructura de hipótesis diagnosticas para consolidar la intervención y el desarrollo de objetivos. El Dr. L. Weed ha sido el pionero del trabajo clínico orientado por problemas, como resultado de su especial interés por ordenar la información clínica y aplicar un método práctico para tomar decisiones. Los programas de sistematización de las historias clínicas han tenido en cuenta su metodología, aunque se han propuesto diversas modificaciones que buscan adaptarse a sistemas de trabajo específicos (6).

Sin embargo, es necesario buscar y proponer metodologías de análisis de los problemas que permitan globalizar el enfoque y su resolución teniendo en cuenta las diferentes circunstancias y posibles soluciones que deben ser aplicadas en cada paciente. Este proceso de análisis puede ser asimilable al esquema de planeación estratégica.

En este caso el Terapeuta Ocupacional tendrá como objetivo final, que identifica su práctica, lograr, el mayor grado posible de salud, es decir buscar el beneficio físico, mental y social de la persona ya sea que padezca una un problema de salud, o no (4,5,6).

Establecidas estas metas, se establecen objetivos concretos a desarrollar para resolver el problema de salud planteado. Para cumplir los objetivos se ejecutan estrategias, las cuales son analizadas y discutidas con el usuario. Los logros, son la determinación del resultado obtenido después de aplicar las estrategias, por lo tanto se podrá medir en qué grado fue alcanzado cada objetivo. Después de analizar las posibles deficiencias si las hubiere, se reestructura la lista de problemas y se reinicia nuevamente el ciclo hasta obtener la solución más satisfactoria (6).

CONCLUSIONES

Es tarea necesaria para facilitar el razonamiento clínico una información estructurada lo más posible. Por orden de la información nos referimos a la posibilidad de que el Terapeuta Ocupacional según vaya recopilando datos en el orden seleccionado, sea capaz de ir formulando hipótesis diagnósticas y terapéuticas con la intención de realizar un diagnóstico ocupacional lo más fiable y una intervención lo más sólida.

A destacar el gran desequilibrio existente entre las diferentes tipos de búsquedas realizadas. Los datos que aparecen sobre evaluación y Terapia Ocupacional en las bases consultadas son en proporción mayor a los localizados sobre Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional y muy superiores a la que aparecen sobre Diagnóstico y Terapia Ocupacional.

De las localizaciones obtenidas, es relevante el número tan extenso de documentos localizados en lengua inglesa sobre aspectos que en la literatura

española aún carecemos. Las localizaciones a las que me refiero son las que relacionadas con Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional y Diagnóstico en Terapia Ocupacional (Diagnóstico Ocupacional), las que se refieren a Evaluación Ocupacional, podemos referir que son mucho más específicas en cuanto a su metodología usada y más concretas en el marco estructural de la Terapia Ocupacional las entradas localizadas en literatura Inglesa en detrimento de las localizadas en literatura Española.

Ante esta situación hay que destacar la gran labor que en España aún nos queda a la hora de documentar aspectos teóricos de nuestra disciplina. Es importante asumir nuestra situación y comenzar a escribir y relacionar la práctica cotidiana con los constructos teóricos que la soportan. Escribir con sentido y buscando estándares adecuados en las publicaciones. Es necesario asumir el momento vital de nuestras publicaciones científicas y potenciar nuestra calidad documental para llegar a estándares de evidencia suficientes para generar un cuerpo epistemológico de la disciplina suficiente para desarrollar futuras líneas de investigación y desarrollo profesional.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Kielhofner, G. Una perspectiva en la historia, status actual, y futuro de la terapia ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO; 2007. p. 106-134 [6 Julio 2007]. Disponible en: **www.revistatog.com**

(2) Kielhofner, G. (1977). Temporal adaptation: a conceptual framework for occupational therapy. *AJOT*. 31(4): 235-242.

(3) Moruno Miralles, P; Talavera Valverde, MA: La estructura del conocimiento. fundamentos para la práctica. En Temario Específico para Terapeutas Ocupacionales. Oposiciones Andalucía. Ed MAD. Sevilla 2007.

(4) Talavera Valverde, MA. Guía orientativa para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [-21 de Marzo 2008-]; (5): [52 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf

(5) Moruno Miralles, P: Evaluación Ocupacional. En Moruno Miralles, P.; Romero Ayuso, D. Fundamentos Metodológicos y Terapia Ocupacional. Editorial Masson. Barcelona 2003. Cap 15. pp 203-224

(6) Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA: El razonamiento clínico clave en el desarrollo de la terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-fecha de la consulta-]; volumen 5 (num1): [8 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num7/

DESAFÍOS CONTEMPORÁNEOS PARA LA EDUCACIÓN Y LA CIENCIA DE LA OCUPACIÓN: LA ECOLOGÍA, LA ÉTICA Y LA JUSTICIA OCUPACIONAL.

CONTEMPORARY CHALLENGES TO EDUCATION AND OCCUPATIONAL SCIENCE: ECOLOGY,ETHICS AND OCCUPATIONAL JUSTICE.

Palabras clave del autor: Ciencia de la Ocupación, Investigación, Ética, Educación, Justicia Ocupacional, Jardinería, Empoderamiento, Comunidades Inclusivas.

Key words: occupational science, research, ethics, education, occupational justice, gardening, empowerment, inclusive communities.

DECS: Ocupación, ciencia, investigación, ética, educación, justicia social, jardinería, Comunidades Vulnerables

MESH: Ocupation, science, research, ethics, education, Social Justice, gardening, Vulnerable Groups

Autor:

D. Salvador Simó Algado
Profesor de Terapia Ocupacional de la Universitat de Vic. Diploma de Estudios Avanzados. Doctorando en Educación Inclusiva. Coordinador del grupo de investigación Ciencia de la Ocupación. salvador.simo@uvic.cat

Autores colaboradores:

Isabel Carrillo, Quim Fité, María Kapanadze, Oscar Espinosa, Olga Cerdans, Mustapha Bourkha, Plácido Romera, Paco, Benaissa El Ouarsi, Josep Palma, Maria Rotger, Christian Ventosa, Laia Lopez, Elisabet Llaurado, Rafael Casajús, Ivette Griera.

Texto Recibido: 23/12/2008
Texto Aceptado: 20/05/2009

RESUMEN

Este artículo refleja la investigación basada en el proyecto Miquel Martí i Pol, que ha consistido en la creación y mantenimiento de un jardín dedicado a la memoria del poeta en el campus de la *Universitat de Vic*, entre personas en situación de exclusión social y estudiantes de terapia ocupacional.

La investigación se ha encuadrado dentro de un paradigma crítico, nuestra finalidad no es entender la realidad sino transformarla, inspirados por la Investigación Acción Participativa, desde una visión cualitativa. Se desarrollaron entrevistas en profundidad con los jardineros (personas con problemas en relación a la salud mental y la pobreza), los estudiantes y las distintas instituciones sociales, públicas y empresariales que hicieron posible el proyecto. El proyecto nutre el campo de conocimiento de la Ciencia de la ocupación, cuyo cuerpo de estudio es el ser humano como ser ocupacional.

SUMMARY

This paper reflects the research project based on Miquel Marti i Pol, which has been the creation and maintenance of a garden dedicated to the memory of the poet on the campus of the University of Vic, among people experiencing social exclusion and students occupational therapy.

The research was framed within a critical paradigm, our aim is not to understand reality but to transform, inspired by Participatory Action Research, from a qualitative approach. Were developed in-depth interviews with the gardeners (people with problems relating to mental health and poverty), students and various social institutions, public and business that made the project feasible. The project feeds the field of knowledge of the science of occupation, whose body of study is the human being as occupational.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:
Simó Algado S. Desafios Contemporaneos para la Educación y la ciencia de la Ocupació: La Ecologia, la Etica, y la Justicia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 165-195. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/desafios.pdf

INTRODUCCIÓN

El poeta y maestro Miquel Martí i Pol (1999), que vivió por más de treinta años la disfunción ocupacional, a causa de una esclerosis múltiple, nos dijo: *La belleza es vuestro patrimonio, pero vosotros preferís la pereza triste y rutinaria de una caja de cartón... Dejadme decir que ya es tiempo de amar, que ya es tiempo de creer en los prodigios y que algún día habrá flores en el jardín y viento en los árboles… Aquellos que han vivido muchos años lejos del pueblo serán llamados a retornar.* De estas palabras brotó la determinación de dar el aliento de la realidad al proyecto *Miquel Martí i Pol*: el transformar un espacio abandonado, triste y rutinario, en un espacio de belleza, un jardín. Una creación conjunta, entre estudiantes de Terapia Ocupacional y aquellos que han vivido muchos años lejos del pueblo, por una situación de exclusión social, relacionada con la salud mental, la pobreza o la inmigración. El proyecto ha tenido las siguientes dimensiones:

1.1. Terapéutica

La jardinería permite reconectar al ser humano, hoy inmerso en un ciber-mundo, con el medio natural. Favorece la capacidad de introspección, de conectar con uno mismo, así como un sentimiento de relajación y bienestar. Al mismo tiempo es una ocupación social. Implica la realización de ejercicio físico, desarrollando habilidades motrices, pero también cognitivas y afectivas. Supone adoptar el rol de cuidador y jardinero a personas que han tenido el rol de enfermos o excluidos. Es una experiencia estética, de creación, una experiencia que roza el arte.

La jardinería es una metáfora del proceso de recuperación. Durante el invierno debemos esforzarnos, aunque no veamos los resultados, en la esperanza de que estos llegaran en la primavera.

1.2. Inclusión social / construcción de comunidades inclusivas

La filosofía del programa radica en el principio de justicia ocupacional (Townsend y Whiteford, 2006), entendida como la promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos, y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar. Nos interesa el crear comunidades inclusivas, partiendo del concepto de Grady (1995), entendidas como comunidades donde todas las personas puedan participar como ciudadanos (Cortina, 2005) de pleno derecho a pesar de cualquier disfunción ocupacional. Más allá de que las personas aprendan un rol laboral, el objetivo era educar a la sociedad sobre el potencial de estas personas, rompiendo prejuicios. El trabajo de los usuarios ha dado como fruto un jardín para la comunidad. Creemos que este discurso basado en la realidad, magnificado por los medios de comunicación, es un paso más para ayudar a la sociedad a comprender que son ciudadanos de pleno derecho.

1.3. Educativa

Nos dice Ann Coffey (citada en Houghton 2003): "No puede haber un lugar mejor que nuestros centros educativos para comenzar la mayor tarea de la Humanidad, la de reconectarnos a nuestro mundo natural" (Pág. 23). Las y los estudiantes de Terapia Ocupacional han participado en el mismo desarrollando un aprendizaje basado en la realidad desde la Terapia Ocupacional, pero también en el ámbito ecológico, básico ante el ecocidio que confrontamos.

1.4. Investigación

Sempik y sus colaboradores (2003) evidenciaron la falta de evidencia científica que avalara el uso de la jardinería. Es por ello que la investigación desarrollada resulta novedosa y contribuye a generar líneas de estudio que permiten ahondar en el conocimiento del impacto terapéutico de la jardinería, y de cómo contribuye a la inclusión social, a través de la creación de comunidades más inclusiva.

METODOLOGÍA

2. El proyecto

Dos preguntas iniciales clave en el proceso fueron: ¿De dónde procederán los usuarios? ¿Cómo podremos financiarlo? Así empezamos una política de alianzas estratégicas. Los usuarios del proyecto, a los que me referiré en adelante como jardineros, han sido derivados por C*aritas Arxiprestal*, la *Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona* (FCMPPO) y *Mesures Penals Alternatives*. El criterio de inclusión fue de personas en situación de exclusión social, motivadas en hacer jardinería.

La financiación se obtuvo a través de la *Fundació Caixa de Sabadell*, *Rotary Club Osona*, *Consell Comarcal d'Osona*, *Ajuntament de Vic* y la propia *Universitat de Vic.* El proyecto, coordinado desde Terapia Ocupacional, ha sido una amalgama de las instituciones públicas, sociales y empresariales, y pone de manifiesto la necesidad de desarrollar nuestras habilidades políticas.

Las sesiones de jardinería se han realizado dos días por semana, los martes y los miércoles, de 9 a 11. La sesión se interrumpía para el desayuno. El proceso de creación duró 18 meses, desde marzo de 2005 a octubre de 2006. Los jardineros también han adquirido el rol de conferenciantes, ya que han dado conferencias

sobre el proyecto en la *Universitat de Vic* y en la de Granada. Se han realizado viajes de formación, como a los jardines de la Alhambra de Granada o del Alcázar en Córdoba. El proyecto continúa desde entonces haciendo el mantenimiento del jardín. La media de asistencia ha sido de 8 jardineros.

Actualmente estamos trabajando en un contrato con la propia *Universitat de Vic,* para cuidar de todos los espacios verdes de la misma, y crear nuevas zonas verdes. Se ha potenciado nuestra coordinación con el servicio de orientación laboral de FCMPPO y de Caritas. Cinco de los jardineros se han insertado en empresas de la comunidad. También hemos creado nuestra página web, http://www.uvic.cat/eucs/recerca/ca/ocupacio.htmlwww donde se puede ver un video de la creación del jardín, y estamos elaborando un documental social.

A continuación esbozaremos los principales resultados de la investigación realizada para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA), del Doctorado *Educación inclusiva y atención socioeducativa a lo largo del ciclo vital,* de la *Univeritat de Vic, Universitat de Girona, Universitat de Lleida, Universitat de les Illes Balears.* Este DEA fue defendido por el autor principal ante el tribunal en enero de 2008 con la calificación de excelente por unanimidad. Para más información ver: http://www.recercat.net/handle/2072/5326.

3. La investigación

Debemos conocer la realidad, como indicaba Dewey (1969), para transformarla, en el sentido de Marx (1970), desde el paradigma crítico de investigación, en un ciclo de reflexión-acción, que Mounier (citado por Esquirol, 2001) comparaba con los movimientos de sístole-diástole del corazón humano. Hemos profundizado en el conocimiento del ser humano como ser ocupacional, fuente de estudio de la Ciencia de la Ocupación.

Para la base teórica del proyecto se intentó desarrollar una mirada transdisciplinar, como dice Edgar Morin (1999) debemos desarrollar una mirada compleja venciendo el etnocentrismo disciplinario denunciado por Harkavy Ira (2006). Ver Anexo 2.

3.1. Antecedentes y motivos para investigar este tema

Sempik (2003) desarrolló una revisión de la literatura científica sobre la aplicación terapéutica de la jardinería. Concluyó que la revisión probaba la utilización de la jardinería en distintos servicios terapéuticos, pero que había escasas evidencias científicas que avalarán su uso. La mayoría de los artículos encontrados eran más bien de tipo descriptivo. Los únicos estudios más rigurosos provenían de la psicología medioambiental.

Sempik, Aldridge y Becker (2005) desarrollaron una investigación al evaluar los beneficios y las limitaciones de la horticultura terapéutica en el Reino Unido, estudiando en profundidad un total de 24 proyectos, con diversos usuarios (con enfermedad mental, discapacidades, minorías étnicas, víctimas de tortura...). Los temas que surgieron en esta investigación son una de las bases de las entrevistas que he realizado en mi investigación, una vez que los jardineros no identificaron temas concretos para la misma. Milligan, Bingley y Gatrell (2003) en su estudio con personas mayores, reportaron que el mayor beneficio estaba en el sentimiento de bienestar mental, aunque también mejoraba su estado físico. Frumkin (2004) hizo un llamado a la necesidad de desarrollar investigaciones sobre el impacto de la naturaleza en el ser humano. Instaba a usar instrumentos de investigación reproducibles y validados. Yamane, Kawashiva, Fujishige y Yoshida (2004) intentaron controlar todas las variables, de temperatura, humedad, luz... para poder replicar los estudios y utilizaron electroencefalogramas y electromiogramas para probar como el uso de las plantas promovía la relajación. Son, Song, Um,

Lee, y Kwack (2004) también intentaron controlar las variables al estudiar el efecto que el contemplar las plantas tenía en el encefalograma y en la presión sanguínea de personas con esquizofrenia, viendo que tenía un efecto positivo en la salud.

Anitha Unruh (2004) utilizó entrevistas en profundidad para examinar el significado de los jardines y la práctica de la jardinería en personas con cáncer, y lo comparó con personas sanas. Concluyó que la jardinería tiene un profundo significado para aquellas personas que enfrentan enfermedades críticas como el cáncer. Nuestra investigación se orientó en esta línea cualitativa, dentro de un paradigma enfoque crítico.

3.2. La investigación acción participativa

¿Qué ha pasado en el proceso de creación del jardín? ¿Este proceso ha contribuido a la formación de la ciudadanía? ¿Ha favorecido la inclusión social?

La inclusión social trata de un tema de derechos legales y humanos, e implica que las personas tengan oportunidades justas en la sociedad a pesar de su capacidad, género u otras características específicas (Young, 1990). Hay un incremento de la inclusión social cuando las personas que han sido segregadas son incluidas como participantes y líderes de sus comunidades (Kuyeck, 1990).

La investigación acción participativa (Cockburn y Trentham, 2006) es un proceso por el cual se examinan sistemáticamente cuestiones desde las perspectivas y las experiencias vividas por los miembros de la comunidad, que se ven mayormente afectados por los temas sometidos a examen. La investigación desde esta perspectiva implica el proceso de compartir información colaborativa, investigación

sistemática, reflexión, y acción, con unos resultados esperados en cuanto a un cambio social significativo.

Debido a las características del grupo, con larga historia en enfermedad mental, adicción y problemática social, considerábamos difícil que fuera el propio grupo el que pudiera plantear la pregunta de investigación, aunque no se descartaba. El proceso desarrollado fue acordar con el grupo si consideraban importante el realizar una investigación, previa explicación de qué es la investigación. Una vez se acordó que se realizara la investigación, pasamos a acordar la pregunta de investigación. Se dejó un margen para que los jardineros pensaran en la pregunta de investigación. Como el grupo no planteó preguntas, se plantearon preguntas basadas en el marco teórico de la investigación y del proyecto elaborado por Sempik y sus colaboradores (2005). Así se acordó en una reunión el tema a investigar, y se firmó el consentimiento escrito.

La investigación estuvo sujeta a criterios éticos. Los informantes fueron personas con problemas de inclusión social, antes descritos. Son adultos y no estaban en una fase aguda de una enfermedad mental o consumiendo drogas durante el proyecto. Se decidió además que no sólo se realizaría la investigación con los jardineros, sino que se recopilarían las voces de todas las instituciones implicadas en el proyecto, así como de las y los estudiantes, para tener una comprensión más global del proceso vivenciado.

3.3. La entrevista semiestructurada

La entrevista en profundidad fue la principal fuente para la recolección de información. La elaboración de las entrevistas a los representantes de la *Universitat de Vic*, las instituciones sociales, públicas, empresariales, y las y los estudiantes se ha basado en los autores del marco teórico de la investigación. Los aspectos relacionados con el significado tienen como referente a Betty Hasselkus

(2002) y Dennis Persson (2001). Adela Cortina (2005) es el referente en los aspectos de ciudadanía, así como John Dewey (1969) cuando estos aspectos están relacionados con la educación. Los temas de construcción de comunidades inclusivas están guiados por el trabajo de Grady (1995), sin olvidar las aportaciones de Bobbio (1993) sobre la justicia, así como Townsend y Whiteford (2006) sobre la justicia ocupacional. La elaboración de las entrevistas a los jardineros se basa en los referentes teóricos ya citados y en las investigaciones realizadas por Sempik, Aldridge y Becker (2005).

Se diseñaron formularios basados en las mismas preguntas para aquellas personas que manifestaron su deseo de poder contestar a las mismas por escrito.

RESULTADOS

4. Análisis de la información

El análisis de información considera la triangulación, el hacer entrar en diálogo voces diversas para dotar de contenido significativo a categorías fijadas a partir del marco teórico. Dichas categorías se definen en relación directa con las preguntas de investigación.

Las narrativas que acompañan a los temas de la investigación (Ver Anexo 1) pertenecen a los jardineros del proyecto (Mustapha, Plácido, Paco, Benaissa, Josep), a los estudiantes (Eli y Rafa); a las instituciones públicas, Consejeros de Acción Social del *Ajuntament de Vic* (A.Vic) y del Consell Comarcal (C.Comarcal); a los instituciones sociales, Presidente de Caritas (Caritas), terapeuta ocupacional de la *Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona* (FCMPPO); empresariales,

presidente de Rotary Club (Rotary); *Universitat de Vic*, Rectora de la Universitat (Rectora), Directora de la *Escola Universitària de Ciències de la Salut* (EUCS).

4.1. Construyendo la ocupación significativa

… vuestras manos serán de viento y de luz.

Miquel Martí i Pol

Partimos de una situación de **privación ocupacional** (Whiteford 2005) y de **dificultad de inserción en el mundo laboral**: *"… estamos faltos de espacios donde las personas puedan ocupar su tiempo de manera significativa, al igual que de programas prelaborales…" (A.Vic).*

La ocupación realizada ha sido una **ocupación significativa** (Simó Algado 2004, 2006): *"… tiene importancia por ocupar de forma significativa el tiempo de estas personas…" (A.Vic).*

Ha supuesto la **transición de rol de enfermo al rol de cuidador, jardinero y ciudadano** (Cortina 2005): *"… el rol de cuidador… saber que la planta está viva gracias a ti, te sientes mejor contigo…" (Plácido).*
"Sí, he aprendido mucho, he aprendido a plantar, poner los tubos de agua..." (Mustapha).

El proyecto ha aumentado las posibilidades de encontrar un **trabajo,** básico para la inclusión (Dürkheim, citado por Giddens 2001): *"Toda la gente que han salido del mismo ha tenido trabajo, y por lo tanto está en una vida normalizada, ya vuelan solos" (Caritas).*

4.2. La jardinería como fuente de salud y bienestar

…Y que algún día

habrá flores en el jardín
y viento en los árboles
Miquel Martí i Pol

La **ocupación significativa** (Simó Algado 2006) ha promovido la salud entendida como bienestar físico: *"Sí, sí, te hace hacer ejercicio, sino estarías en casa sin hacer nada" (Plácido).*

Un bienestar **psicológico** que evita pensamientos paranoides: *"…como tienes una ocupación la mente se te despeja más, no estás pensando en paranoias" (Plácido).*

Este bienestar se traduce en **felicidad** (Shalock, citada por Negrete Fuentes 2002): *"Si, cuando vienes aquí encuentras felicidad" (Mustapha).*

El proyecto ha mejorado su **autoestima** (Maslow 1998): *"Puedes coger, por así decirlo, un grado más en tu autoestima" (Plácido).*
Ha aportado un **sentimiento de utilidad** (Maslow 1998): *"… porque yo antes era un inútil. Pero ahora no, me siento útil por haber trabajado aquí" (Paco).*

Y ha potenciado un **bienestar social** (Maslow 1998), rompiendo una situación de soledad: *"Yo antes no salía de casa en todo el año. Y aquí también encuentro compatible, que al vivir solo lo agradeces, porque la soledad es muy mala" (Paco).*

Ha impactado en la dimensión **existencial-espiritual** (Frankl 1964; Maslow 1998; CAOT, 1997). Dos dimensiones básicas son las de sentido y conexión: *"Sí, sí, yo lo reconozco como parte mía. Perdurará en mí. A parte de las visitas médicas, venir al jardín es lo más importante para mí" (Paco).*

El sentido de **aportar a los demás** es básico en la dimensión de sentido (Frankl 1964; Persson 2001; Hasselkus 2002): *"Sí, he aportado la bondad entre nosotros" (Benaissa).*

El jardín se ha convertido en un **santuario** (Skolimowski 1981): *"... a mi alma le gusta todo lo que hace aquí… me ayuda a abrir el corazón" (Benaissa).*

L**a experiencia religiosa** es otra senda de espiritualidad (Dürkheim, citado por Thibeault 2003): *"Este trabajo nos ayudará a abrirnos las puertas del paraíso" (Benaissa).*

La **naturaleza** ha tenido un impacto terapéutico en las personas (Suzuki 2002; Persson 2002): "*Cuando veo crecer las plantas me siento vivo, porque veo la vida" (Mustapha).*
"Yo cuando estoy mucho tiempo encerrado en un sitio me pongo mal, me entra como angustia, en el jardín estás como en tu casa" (Paco).

4.3. La dignidad de la ciudadanía

Aquellos
que han vivido
muchos años
lejos del pueblo
serán llamados
a retornar.
Miquel Martí i Pol

El proyecto ha denotado la persistencia del **estigma** (Galheigo 2004): *"... estamos en una sociedad en que la gente que no entra en los estándares que hemos establecido se queda fácilmente apartada..." (Rectora).*

El trabajo es básico en el cambio **la percepción social** sobre estas personas: *"…están acostumbrados sólo a noticias como que un esquizofrénico tira del tren a una persona, y ven que los enfermos mentales aportan a la comunidad este jardín…" (Plácido).*

Las **reivindicaciones** de los jardineros, son ser **escuchados**, **y tener más oportunidades** (Bobbio 1993): *"No nos escuchan... que se enteraran bien de lo que es la enfermedad, del bipolar, de la esquizofrenia" (Paco).*
"Que las personas con enfermedades mentales puedan aportar más a la comunidad…" (Plácido).

El proyecto ha tenido un efecto de empoderamiento. Los jardineros se ven **capaces de influir en su propia vida (**Marx 1970; Galheigo 2004): *"Lo que escribió Martí i Pol es muy bonito (vuestras manos serán de viento y de luz)… si se quiere, se puede. Que aunque estés mal, también puedes hacer cosas importantes en tu vida" (Paco).*

4.4. La creación de comunidades inclusivas

En clave de tiempo
Y con mucho sufrimiento. Es así como podemos
ganar el combate que desde hace tiempo
libramos intrépidos.
Miquel Martí i Pol

Se ha promovido la **inclusión social**, al favorecer la **creación de comunidades inclusivas** (Grady 1995): *"Me conoce más gente en dos años en Vic que quince en Centellas… el jardín me ha ayudado a entrar en la comunidad" (Paco).*

Valores (Cortina 2005; Weber, citado por Giddens 2001; Kant 1991) como la **justicia**, la **solidaridad**, la **libertad**, la **igualdad**, el **respeto activo** se han vivenciado en el jardín: *"Cuando vives la igualdad... te consideras una persona igual a los iguales y además se convierten en personas felices" (Caritas).*

Ha habido un **reconocimiento social** hacia los jardineros (Lévinas, citado por Bofia 2000): *"Que te de la mano la Rectora de una universidad y que te de un diploma, eso para mí es… como si volviera a casarme" (Paco).*
"... estas personas se sienten dignificadas, reconocidas y valiosas..." (EUCS).

Ha sido vital que **su voz haya sido escuchada** (Aristóteles, citado por Cortina 2005): *"Mira fuimos a Granada a dar una conferencia. Me sentía como el señor Zapatero" (Paco).*

4.5. Una Universidad al servicio de la Humanidad: nuevas praxis educativas

Podemos con cada gesto ganar nuevos ámbitos
Y con cada palabra incrementar la esperanza.
Seremos aquello
que queramos ser ser:
Por los cristales
del poniente encrespado,
la luz estalla.

Miquel Martí i Pol

La finalidad de la Universidad es **educar a ciudadanos comprometidos** (Dewey, 1969): *"Educar para que tengan un espíritu de contribuir a la mejora del mundo y de la sociedad" (Rectora).*

Esta misión está en **peligro** (Hirtt 2003; Tostado 2006; Thibeault 2006; Harkavy Ira 2006): *"… La Universidad debe ayudar a que la sociedad no muera... Si la Universidad solo suministra conocimiento no sirve de nada..." (Caritas).*

No podemos obviar el riesgo de **mercantilización** de la Universidad (Hirtt 2003; Tostado 2006; Thibeault 2006; Harkavy Ira 2006): *"Cada vez se espera de la Universidad que forme aquello que quieren los empleadores…" (A.Vic).*

El proyecto ha sido una escuela de ciudadanía (Cortina 2005, Boff 2000), ha supuesto una **transformación de la praxis educativa:** *"Vale más que todas las charlas sobre ciudadanía que algún político me pueda dar" (Eli).*

Ha materializado la **implicación de la Universidad en el territorio** (Dewey 1969): *"…para mí el proyecto es un buen ejemplo del impacto de la Universidad en el territorio..." (A.Vic).*
"... lo que destacaría más es que en este proyecto es que la Universitat se abre hacia los desfavorecidos de la sociedad" (C. Comarcal d'Osona).

El proyecto **integra la educación, la investigación y la intervención social** (Mounier, citado por Esquirol 2001; Dewey 1969): *"Ya solo por esto tiene un valor extraordinario" (Rectora).*

Con este tipo de praxis educativa se palía **el déficit estructural de horas de práctica en la enseñanza**: *"... me lo planteé como una primera toma de contacto práctica con la profesión… en el plan de estudios de nuestra carrera serían de agradecer más horas de prácticas…" (Rafa).*

Ha supuesto un **aprendizaje basado en la realidad**, **una transición de la teoría a la práctica** (ENOTHE 2004; D. Bolonia 1999): *"He tenido la oportunidad de ver como a través de una actividad significativa, la persona encuentra su equilibrio bio-psico-social y espiritual" (Rafa).*

Las estudiantes han ido más allá de los **diagnósticos** para descubrir a la persona y su **potencial** (CAOT 1991, 1997): *"… los potenciales de cada uno de ellos, sobresalían. La humanidad, la generosidad, la simpatía, el compromiso, el compañerismo…" (Eli).*

El jardín ha sido un lugar de **encuentro con el Otro** (Lévinas, citado por Bofia 2000), desarrollando su **empatía**: *"Me ha hecho aprender a ver el mundo desde otra perspectiva; desde los ojos de los mencionados socialmente como los otros" (Eli).*

4.6. El arte de las alianzas estratégicas y de las sinergias

Quien sino todos y cada uno por turno
podemos crear
desde estos límites del ahora
el ámbito de luz
donde todos los vientos se exalten
el espacio de viento
donde toda voz resuene?

Miquel Martí i Pol

Las instituciones públicas, sociales, empresariales y la universidad han manifestado la **necesidad** de desarrollar alianzas estratégicas. La **aportación del Tercer sector** para poder mantener el **Estado del bienestar** (Cortina 2005):
"Para mantener el Estado del bienestar se tienen que sumar los poderes públicos y el Tercer sector, son imprescindibles estas alianzas estratégicas" (A.Vic).

El proyecto es visto como un **modelo o ejemplo a seguir**, a nivel de la universidad como de políticas sociales, influyendo en los niveles meso y exo (Bronfenbrenner 1987): *"Podría ser un ejemplo para otros, de cara a otras carreras, colectivos…" (Rectora).*
"FCMPPO ha valorado la posibilidad de reproducir un proyecto similar…" (FCMPPO).

CONCLUSIONES

5. Conclusiones desde la Terapia Ocupacional

El proyecto *Miquel Martí i Pol* refleja fielmente el paradigma actual de la Terapia Ocupacional, así articula sus ideas centrales. Parte de la creencia en la naturaleza ocupacional de los seres humanos (Wilcock, 1998), y por eso está basado en una ocupación humana, en este caso la jardinería, considerada como un agente terapéutico, intentando paliar la disfunción ocupacional de los usuarios, en este caso provocada por motivos psiquiátricos y/o sociales (Kielhofner, 1992). El impacto terapéutico de la ocupación significativa, en la salud, entendida como bienestar, queda reflejada en las narrativas de los estudiantes, *"El comprobar de primera mano cómo la ocupación significativa tiene una influencia directa en el estado de bienestar bio-psico-social-espiritual de la persona"* (Rafa).

También ha quedado reflejado en las narrativas de los jardineros. Ha mejorado su bienestar físico, al ayudarles a hacer ejercicio, *"Sí, sí, donde va a parar. Tengo que agacharme y subirme. Desde que vengo a trabajar al jardín y voy a jugar a fútbol me siento mejor. Estoy en mi peso ideal, me mantengo en forma"* (Paco).

En el ámbito del bienestar mental destaca la relación que hace un jardinero entre la ocupación, que le anima y le despeja, y el que no tenga paranoias, *"Sí, me anima, me anima. Te sientes mejor porque como tienes una ocupación la mente se te despeja más, no estás pensando en paranoias porque estás ocupado"* (Plácido).

La experiencia de bienestar emocional está muy ligada a la experiencia de tranquilidad que se vivencia en el jardín, revindicando la importancia del contexto ocupacional, *"Sí, todo está muy bien, me siento muy tranquilo, y todo es mucho mejor que estar en casa, porque en casa no hay más que problemas"* (Benaissa); *"Cuando estoy aquí no tengo mala leche, estoy tranquilo. Me da tranquilidad estar aquí, me siento más abierto, me siento bien"* (Paco). Aparece una sensación de satisfacción por el resultado del trabajo, *"Te sientes muy satisfecho por esa faena tan bonita que ha salido"* (Plácido), que incide directamente en su autoestima, *"Puedes coger, por así decirlo, un grado más en tu autoestima"* (Plácido).

El bienestar social se relaciona con los sentimientos de pertenencia, tanto al grupo, *"Sí, me siento parte del equipo, antes no los conocía e ido conociéndolos de uno a uno, ahora nos llamamos para tomar café"* (Mustapha); como a la comunidad, "Si, ahora me siento integrado en la comunidad" (Benaissa).

En cuanto al punto de vista central el proyecto se ha basado en una visión holística del ser humano, definido por mi como un ser bio-psico-social, cuya esencia es espiritual inmersa en un medioambiente cultural y ecológico (Simó Algado y

Burgman, 2004, 2006). La dimensión espiritual es la más controvertida, sin duda. Los propios jardineros han hecho referencia a conceptos como el alma para explicar el impacto que la jardinería ha tenido en ellos, *"... porque a mi alma le gusta todo lo que hace aquí, toda la vista y el aroma hace que me sienta bien"* (Benaissa). Esta dimensión de espiritualidad hemos constatado como se relaciona con las dimensiones de sentido y de conexión. La experiencia de sentido se relaciona con haber aportado algo a los demás, *"Sí, he aportado la bondad entre nosotros"* (Benaissa). El sentimiento de conexión se relaciona con el jardín, adquiriendo un matiz de trascendencia, *"Sí, si, yo lo reconozco como parte mía. Perdurará en mí. Lo recordaré siempre y siempre que haga falta aquí estaré"* (Paco). Así el jardín se convierte en una especie de santuario, *"Sí, claro, cuando veo el jardín, me ayuda a abrir el corazón"* (Benaissa). La conexión se relaciona también con los demás y la sociedad, recobrando el rol de ciudadanos.

Dürkheim, citado por Thibeault (2003) hablada de las distintas sendas reales de espiritualidad. Entre ellas citaba el arte, el jardín sin duda ha sido un acto de creación de belleza, así es reconocido por los jardineros *"Sí, porque de un terreno que estaba fatal, dejado a la mano de Dios y con las manos de Dios, es decir, las nuestras, hemos conseguido que se transformara en un precioso jardín"* (Paco); como por las propias instituciones *"... un espacio abandonado, feo, pasa a ser un lugar bonito... es hermoso pensar que la comunidad pueda tener un jardín, un lugar con flores, mariposas y pájaros"* (Rectora de la *Universitat de Vic*). Otro senda real era la de las tradiciones religiosas, como bien ha quedado patente en la investigación*, "Me gusta cuidar los árboles y la plantas porque son criaturas de Dios... este trabajo nos ayudará a abrirnos las puertas del paraíso, Dios quiere a las personas que hacen cosas buenas"* (Benaissa).

Por ello la ocupación significativa es el cruce de caminos entre las necesidades, el potencial y el espíritu de la persona (Simó Algado y Burgman, 2004, 2006). Ve al ser humano como un sistema abierto, que interacciona con el medio, en este caso con su medio social, político y ecológico a través de la jardinería. La ocupación, la jardinería, ha sido el alma de la intervención. *"Sí, sí. Sí porque me dais una faena, y estoy yo solo con esta faena y eso me tranquiliza, me da alas, podríamos decir"* (Paco).

Nuestro objetivo ha sido la salud, definida desde una perspectiva ocupacional como la ausencia de enfermedad, pero no necesariamente discapacidad; un equilibrio entre bienestar físico, mental y social, obtenida a través de ocupaciones significativas, valoradas social e individualmente; posibilidad de desarrollar el potencial personal; inclusión social, apoyo, justicia, todo como una parte en equilibrio con la ecología (Wilcock, 1998).

Un valor de la Terapia Ocupacional fundamental en que se ha sustentado el proyecto ha sido la práctica centrada en el cliente (CAOT, 1991), donde los usuarios son los protagonistas del proyecto. Los propios estudiantes manifiestan como estos valores se han vivenciado en el jardín: *"Uno de los conceptos más importantes de la disciplina de la Terapia Ocupacional, es el de la intervención centrada en el cliente, que se dirige a través de la ocupación significativa. He tenido la oportunidad de ver con mis propios ojos como a través de una actividad significativa, la persona encuentra su equilibrio bio-psico-social y espiritual"* (Rafa). Los jardineros son coautores de los artículos y demás productos intelectuales del proyecto. Así han presentado el proyecto en la Universidad de Granada o en la propia *Universitat de Vic*.

Se ha dado tanta importancia a conocer la perspectiva de la persona, que no sólo se les ha consultado el tema de la investigación, así como la continuidad del

proyecto, sino que se ha desarrollado la investigación para conocer mejor el sentido que esta experiencia ha tenido para ella, fomentándose en todo momento la participación activa de la persona en el tratamiento, desde la Investigación Acción Participativa (Cockburn y Trentham, 2006). Pero más allá, se ha buscado su protagonismo en la propia sociedad, recuperando el rol de ciudadanos que aportan a la comunidad, *"… me enorgullece el haber hecho un jardín tan bonito para la comunidad de Vic"* (Plácido).

El proyecto ha intentado mejorar el desempeño ocupacional (CAOT; 1997) de los usuarios, su capacidad de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad. Esto se ha conseguido a través de la jardinería, y queda patente en que los jardineros creen que han aprendido el significado de la jardinería, como que se sienten preparados para encontrar desarrollar un trabajo de jardineros, *"Sí ahora me dan un trozo de terreno todo baldío yo ya me espabilaría para limpiarlo, colocar plantas y algún árbol, yo me veo capaz de que me den un trozo baldío y sacaría allí un jardín hasta con una parte de huerto y todo"* (Paco). Los usuarios han internalizado este nuevo rol de jardineros y lo han extrapolado a sus vidas, *"Desde que estoy en el jardín he puesto plantas en casa y las mimo mucho, el gusto por tener plantas en casa ha sido a raíz de trabajar en el jardín, además eso oxigena la casa"* (Paco).

Se trata de un tema de derechos legales y humanos, e implica que las personas tengan oportunidades justas en la sociedad a pesar de su capacidad, género u otras características específicas, combatiendo la situación de privación ocupacional, que se caracteriza por las circunstancias externas y hace que la persona no pueda adquirir, usar o disfrutar algo. Así lo revindicaba un jardinero, *"Que las personas con enfermedades mentales puedan aportar más a la comunidad, que haya más*

jardines para hacer, que podamos aportar a la sociedad, que vean lo que podemos hacer" (Plácido). Destaca que revindican el aportar a la sociedad, a través del hacer.

El objetivo ha sido la justicia ocupacional (Townsend, 1993, 1997; Townsend y Whiteford, 2006; Wilcock, 1998). El proyecto ha supuesto la promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos, y la igualdad de oportunidades para el desarrollo ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar, así lo han manifestado las instituciones sociales, públicas y empresariales, y la propia *Universitat de Vic,* "...Creo que aquí se ha intentado poner en práctica muchas teorías y de una forma exitosa y no retórica como se ve, un paso hacia una sociedad más democrática con relación a todos sus miembros" (Consejero de Acción Social del *Consell Comarcal d'Osona).*

La finalidad ha sido crear una comunidad más inclusiva (Grady, 1995), entendida como una comunidad donde cualquier persona se sienta un ciudadano pleno, a pesar de cualquier disfunción ocupacional. El proyecto, el jardín, les ha ayudado literalmente a entrar en la comunidad, según los propios jardineros*, "Sí, sí. En el barrio donde vivo me conocen todos los vecinos, en las tiendas donde compro normalmente también me conocen, y ten en cuenta que es porque ahora salgo a la calle. Me conoce y conozco más gente en dos años en Vic que quince en Centellas. Creo que formo parte de Vic. Eso quiere decir que el jardín me ha ayudado a entrar en la comunidad"* (Paco). En el caso de personas inmigrantes, esta integración en la comunidad no es como en el país de origen, *"Sí, venimos aquí dos veces a la semana, y me siento integrado en el equipo, también me siento integrado en la comunidad, pero nunca como en mi país"* (Mustapha).

Se ha intentado desarrollar una filosofía de la terapia ocupacional transcultural, que no sólo reconoce la belleza y el valor de todas las culturas, sino que introduce en las intervenciones ocupaciones culturalmente significativas (Simó Algado 1997, 2002, 2003 I, 2003 II). La jardinería es una ocupación con sentido dentro de las culturas de las personas que han participado en el proyecto, procedentes de Cataluña, el sur de España y Marruecos. En especial muchos de los usuarios provienen de zonas rurales, donde la relación con el medio natural, en especial a través de la agricultura y la ganadería, es vital.

Adentrarnos en el campo de la inclusión social implica hacerlo en la arena política, así lo demuestra la presencia del *Ajuntament de Vic*, y del *Consell Comarcal d'Osona* en el mismo. Nuestro ideal límite no es otro que intentar ayudar a las personas a que puedan construir su propio destino, viviendo una vida digna y plena de sentido.

El proyecto ha seguido las indicaciones de Do Rozario (1993) de trabajar en pro de una relación armoniosa de la gente con el medio ambiente*, "Sí, porque los árboles son una cosa de la naturaleza, y todo lo que da la naturaleza es bueno..."* (Mustapha). Y lo ha hecho acercando a los individuos y a las comunidades hacia la salud, el bienestar y la sostenibilidad a través de la interacción, la ocupación y la acción sociopolítica; y del modelo de sostenibilidad ecológica de la salud, al intentar promocionar unas relaciones saludables entre seres humanos, otros organismos vivos, sus ecosistemas, hábitos y formas de vida. Este diálogo ha estado presente en el jardín, *"La relación con la naturaleza a la persona le da seguridad, la persona dialoga con la naturaleza, se enraíza en la tierra y se proyecta"* (Caritas). Intenta articular el concepto de ecología ocupacional (Simó Algado y Cardona, 2004, 2006), entendido como la toma de conciencia del genocidio ecológico al que nos enfrentamos, *"Sí, porque yo soy uno de los que*

respetan el medio ambiente, porque el aire lo respiramos, y si es malo podremos tener enfermedades" (Mustapha); así como la toma de medidas proactivas para, a través de la ocupación humana, eco-pación que dirá Persson (2002), reestablecer el equilibrio con el medio ambiente. El jardín creado sirve a este propósito ecológico como ya hemos visto anteriormente, al suponer la creación de una zona verde en medio de la ciudad, construida bajo criterios ecológicos, pero especialmente al ser un aula de concienciación medioambiental, de cultura ecológica, como diría Fritjof Capra, citado por Hoghton (2003).

Así acabamos de ver como la naturaleza ha aparecido en la investigación como un espacio de salud *"Sí, porque es muy bueno para el cuerpo humano"* (Mustapha); un espacio de libertad; *"Yo cuando estoy mucho tiempo encerrado en un sitio me pongo mal, en un sitio cerrado me entra como angustia, no trabajo a gusto, en el jardín o en el huerto estás como en tu casa, donde te sientes bien, hogar dulce hogar, las dos horas aquí lo paso estupendo"* (Paco). Espacio que adquiere connotaciones de santuario *"... porque a mi alma le gusta todo lo que hace aquí..."* (Benaissa) o que "... cuando veo el jardín, me ayuda a abrir el corazón" (Benaissa), como experiencia religiosa, *"Me gusta cuidar los árboles y las plantas porque son criaturas de Dios"* (Benaissa). En definitiva, podríamos decir que esta ocupación en contacto con el medio natural pone en diálogo al ser humano con la Vida misma, *"... Cuando veo crecer las plantas me siento vivo, porque veo la vida"* (Mustapha).

Del proyecto de investigación surgen nuevas líneas de estudio:

- El profundizar en el conocimiento la ocupación y los aspectos de significado.
- El diseño de políticas sociales y sanitarias que configuren comunidades inclusivas.
- El diseño de planes de estudio universitarios que recojan la educación para la ciudadanía planetaria.

Estas líneas de investigación se desarrollarán en nuestra tesis doctoral:

Ocupación significativa y sostenibilidad, participación social, ciudadanía y salud a través de la restauración y mantenimiento de espacios verdes.

EPÍLOGO

Parecía difícil poder resumir más de dos años de vivencias, tantos momentos de lucha, de cansancio, de esperanza… tantas miradas y momentos compartidos. Pero nada más fácil. Miquel Martí i Pol escribió unos versos que expresan a la perfección lo ocurrido en el jardín:

Es entonces por el amor que nos nacen las rosas
En los dedos y se nos rebelan los misterios;
Y en el amor todo es justo y necesario.

AGRADECIMIENTOS

Assumpta Fargas (*Universitat de Vic*), Montse Vall (*Universitat de Vic*), Anna Bonafont (*Ajuntament de Vic)*, Xavier Tornafoc (Consell Comarcal d'Osona), Joan Redorta (Caritas), Ivette Griera (FCMPPO); Pere Gil (Rotary).

ANEXO 1. TEMAS DE LA INVESTIGACIÓN

Temas	Subtemas	Subtemas adicionales
Ocupación significativa	Privación ocupacional	Dificultad de inserción en el mercado laboral
	Transición del rol de enfermo al rol de cuidador, jardinero y ciudadano	Internalización del rol
	Trabajo	
La jardinería como fuente de salud y bienestar	Bienestar físico	Ejercicio
	Bienestar psicológico	Ocupar la mente, evitar pensamientos paranoides, tranquilidad, ritmo
	Bienestar emocional	Felicidad, autoestima, sentimiento de utilidad, satisfacción
	Bienestar social	Soledad, Roles de amigo y miembro de la comunidad
	Bienestar espiritual	Conexión, sentido, santuario, aportar a los demás, experiencia religiosa
	Naturaleza	Respetar el medio ambiente
Espacio	Belleza	
Ciudadanía	Tomar conciencia de la ciudadanía	Aportar a la comunidad
	Reconocimiento de la ciudadanía por la sociedad	Cambio de percepción de la sociedad, el trabajo como factor de inclusión
	Estigma	Necesidad de más proyectos
	Reivindicación	Más oportunidades, ser escuchados
	Empoderamiento	Influir en la propia vida
La creación de comunidades inclusivas	Inclusión social	
	Justicia ocupacional	La sociedad civil, democracia
	Vivencia de valores	Solidaridad, respeto activo, igualdad, justicia, libertad
	Reconocimiento social	
	Su voz ha sido escuchada	Rol de conferenciantes, medios de comunicación
Nuevas praxis educativas en la Universidad	Educar a ciudadanos comprometidos con la sociedad	Fracaso, élite, mercantilización, el proyecto como escuela de ciudadanía, conciencia de ciudadanos de los estudiantes y compromiso con la sociedad

Temas	Subtemas	Subtemas adicionales
	Implicación de la Universidad con el territorio	Necesidad de mayor implicación, el proyecto como ejemplo, labor educativa dentro de la Universidad, dignificar
	Integración educación-investigación-inclusión social	
	Prácticas	Paliar déficit de prácticas
	Aprendizaje basado en la realidad, transición de la teoría a la práctica	Principios fundamentales de la terapia Ocupacional: Intervención centrada en el cliente, visión holística, ocupación significativa
	Trabajo en común	Ver más allá del diagnóstico, potencial
	Lugar de encuentro con el Otro	Comprensión de la realidad social, empatía, valoración de los jardineros, crecimiento personal y profesional, encuentro con la vocación, agradecimiento
Alianzas estratégicas – sinergias	Necesidad	Mantener el Estado del Bienestar, aportación del Tercer sector
	Dificultades	
	Sinergia modélica, elementos de éxito	Liderazgo, tener un objetivo claro, el trabajo en equipo, la coordinación, huir de protagonismos
	Empresa	Capital simpatía, cultura de empresa

ANEXO 2. MIRADAS TEÓRICAS DEL PROYECTO

Filosófica	Inmanuel Kant, Emmanuel Lévinas, Emmanuel Mounier, Boff.
Ecológica	David Suzuki, Henry Skolimowski, Vandana Shiva
Sociológica	Émile Dürkheim, Max Weber
Psicológica	Erich Fromm, Abraham Maslow, Robert Shalock, Viktor Frankl, Urie Bronfenbrenner
Política	Karl Marx, Norberto Bobbio; Adela Cortina
Educativa	Jacques Delors, Gilda Tostado, Edgar Morin, Ira Harkavy, Nicco Hirtt, documentos de la UNESCO / ENOTHE / Declaración de Bolonia
Terapia Ocupacional	Gail Whiteford, Elizabeth Townsend, Anne Wilcock, Dennis Persson, Betty Hasselkus, Rachel Thibeault.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobbio N. Igualdad y libertad. Barcelona: Paidos Ibérica; 1993.
2. Boff L. La dignidad de la tierra. Ecología, mundialización, espiritualidad. La emergencia de un nuevo paradigma. Madrir: Trotta Editorial: 2000.
3. Bofia C. Enmanuel Lévinas: La ética como sentido. Barcelona: Editoria Cruïlla; 2000.
4. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1987.
5. Canadian Association of Occupational Therapists. Occupational Therapy guidelines for client centred practice. Toronto: CAOT Publications ACE; 1991.
6. Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling occupation: An occupational perspective of health. Ottawa: CAOT publications ACE; 1997.
7. Cockburn L, Trentham B. Investigación acción participativa: creando conocimientos y oportunidades para la involucración ocupacional. En Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia ocupacional son fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Médica Panamericana; 2007. p. 415-28.
8. Cortina A. Ciudadanos del mundo: Hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid: Alianza Editorial; 2005.
9. Delors J. La educación encierra un tesoro. Barcelona: Santillana, Ediciones UNESCO; 1996.
10. Dewey J. The ethics of democracy. En: The Early Works of John Dewey, Volume 1, 1882 - 1898: Early Essays and Leibniz's New Essays, 1882-1888. Volumen 1 de Collected Works of John Dewey Volumen 1 de The Early Works, 1882-1898. SIU Press; 2008. 227-52.
11. European Network of Occupational Therapy in Higher Education. Occupational Therapy Education in Europe: Approaches to Teaching and Learning Practical Occupational Therapy Skill. Amsterdam: ENOTHE publications; 2004.
12. Esquirol J ¿Qué es el personalisme?. Introducció a la lectura d´Emmanuel Mounier. Barcelona: Editorail Pòrtic Panorama; 2001.
13. Frankl V. El hombre en busca del sentido. Barcelona: Herder; 1964.
14. Fromm E. El amor a la vida. Barcelona: Editorial Paidós Estudios; 1994.
15. Frumkin H. White coats, green plants: clinical epidemiology metes horticulture. En: XXVI International Horticultural Congress: Expanding Roles for Horticulture in Improving Human Well-Being and Life Quality. Toronto: D. Relf ; 2004. 15-25.
16. Galheigo S. Occupational therapy and the social field. En: Kronengberg F, Simó Algado S. Occupational Therapy without Borders, learning from the spirit of survivors. Oxford Elsevier´s Science.
17. Grady AP. Building inclusive community: A challenge for occupational therapist. Am J Occup Ther. 1995; 49: 300-10.
18. Giddens A. Sociología: Ciencias Sociales. 3ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
19. Hasselkus B. Meaning´s on everyday occupation. Thorofare: Slack; 2002.
20. Hirtt N. Los nuevos amos de la escuela. Pozuelo de Alarcón: Minor Netwok Coop; 2003.
21. Houghton E. A breath of fresh air: Celebrating nature and school gardens. Toronto: Learnxs Foundation; 2003.

22. Kant I. Sobre pedagogia. Textos pedagògics. Vic: Eumo Editorial; 1991.
23. Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1992.
24. Kuyeck J.N. Fighting for hope: Organizing to realize our dreams. Montreal: Black Rose Books; 1990.
25. Martí i Pol M. Antología Poética a càrrec de Pere Farres. Barcelona: Edicions 62; 1999.
26. Marx K. Theses on Feuerbach. 1º ed. London: C. J. Arthur. 1970.
27. Maslow A. El hombre auto-realizado: Hacia una psicología del ser. Madrid: Kairos; 1998.
28. Milligan C, Gatrell A, Bingley A, Cultivating health: study of health and mental well-being among older people in Northern England. Social Science & Medicine. 2004; 58 (9): 1781-179
29. Negrete Fuentes T. Vivir con calidad, un derecho de todos. Ararú. 2002; 33: 80-85
30. Persson D. Aspects of meaning in everyday occupations and its relationships to health related factors [dissertation]. Lund: Department of Clinical Neuroscience, Division of Occupational Therapy, Lund University; 2001.
31. Persson D, Erlandsson LK. Time to revaluate the machine society: post insdustrial ethics from an occupational perspective. Journal of Occupational Science [Internet]. 2002; 9(2): 93-9. Disponible en: http://www.jos.edu.au/
32. Do Rozario L. Purpose, place, pride and productivity: the unique personal and societal contribution of occupation and occupational therapy. Australian Association of Occupational therapist: 17th Conference Proceedings. Darwin: AAOT; 1993.
33. Sempik J, Aldridge J, Becker S. Social and therapeutic horticulture: evidence and messages from research. Reading/Loughborough: Thrive/Centre for child and family research; 2003.
34. Sempik J, Aldridge J, Becker S. Health, well-being and social inclusion. Bristol: The policy press - University of Bristol; 2005.
35. Simó Algado S, Rodriguez Gregori JM, Egan M. Spirituality in a refugee camp. Can J Occup Ther. 1997; 61: 88-4.
36. Simó Algado S, Kronenberg F. Intervención com una comunidad indígena Maya.Materia Prima [Internet]. 2000;16: 28-2.
37. Simó Algado S, Mehta N, Kronenberg F. Niños supervivientes de conflicto bélico. Ter ocup. 2003; 31: 26-40.
38. Simó Algado S, Kronenberg F, Pollard N, Urbanowski R, Thibeau R. Terapia Ocupacional en el mundo penitenciario. Ter ocup. 2003; 33: 10-20.
39. Simó Algado S. Children survivors of war. En: Kronenberg, Simó Algado y Pollard. Occupational Therapy without Borders: Learning from the spirit of survivors. Oxford: Elsiviers Science; 2004. 205-217
40. Simó Algado S, Burgman I. Intervención mediante terapia ocupacional con niños supervivientes de conflicto bélico. En: Kronenberg, Simó Algado y Pollard. Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. 246-61.
41. Skolimowsky H. Eco-philosophy: designing new tactics for living. Salem: Maron Boyers Publ; 1981
42. Son K C, Song J E, Um S J, Lee J S, Kwack H R. Effects of visual recognition of green plants on the changes of EEG in patients with schizophrenia. Acta Horticulturae. 2004; 639: 193-9.
43. Suzuki D. The sacred balance. Greystone Books; 2002.

44. Thibeault R. Experiential and philosophical considerations on occupation and the genesis of meaning and resilience. En: McColl M A. Spirituality and Occupational Therapy. Ottawa: CAOT; 2003. 128-140
45. Thibeault R. Globalization, universities and the future of occupational therapy: Dispatches form the majority world. Aust Occup Ther J 2006; 53: 159-65.
46. Tostado G. El papel del académico en la construcción de la democracia. Reflexiones a partir del pensamiento de John Dewey. Reencuentro. 2006. 46: 96-104.
47. Townsend E. Occupational therapy's social vision. Can J Occup Ther. 1993; 60(4): 174–84.
48. Townsend E. Inclusiveness: A community dimension of spirituality. Can J Occup Ther. 1997; 64 (3): 146-155.
49. Townsend E, Whiteford G. Una estructura de participacion en el marco de la justicia ocupacional: Procesos prácticos basados en la comunidad. En: Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 110-126.
50. Unruh AM. The meaning of gardens and gardening in daily life: a comparison between gardeners with serious health problems and healthy participants. Acta hort. 2004; 693: 67-73.
51. Whiteford G. Understanding the occupational deprivation of refugees: a case study from Kosovo. Can J Occup Ther. 2005; 72(2): 78-88.
52. Wilcock A. An occupational perspective of health. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 1998.
53. Yamane, Kawashiva, Fujishige, Yoshida. Effects of interior horticultural activities with potted plants on human psychological and emotional status. Acta Hort. 2004; 639: 37-43.
54. Young I.M. Justice and the politics of difference. 1ª ed. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1990.

55. Webgrafia

56. Ministros Europeos de educación. Declaración de Bolonia. Declaracion conjunta de los ministros europeos de Educacion. Bolonia, 1999. [acceso 1 de junio de 2007]. Disponible en: http://eees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionBolonia.pdf
57. Harkavy I. The role of the universities in advancing citizenship and social justice in the 21st century. Education, citizenship and social justice. [revista en Internet] 2006. [acceso 5 enero de 2007]; 1 (1). Disponible en: http://esj.sagepub.com.
58. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Paris: UNESCO; 1999. [acceso 1 de junio de 2007]. Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001177/117740so.pdf

TERAPIA OCUPACIONAL Y TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

OCCUPATIONAL THERAPY AND ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT

Palabras clave: terapia ocupacional, tratamiento asertivo comunitario (tac), trastorno mental severo.

Keys words: occupational therapy, assertive community treatment act), serious mental disorder (or severe)

DECS: terapia ocupacional, transtorno mental

Mehs: occupational therapy, mental disorders

Autores:
Montserrat Neira Rodríguez
Terapeuta Ocupacional del equipo de Trastorno Mental Severo (TMS) del Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo
Dra. Paula Cores Viqueira
Psiquiatra del equipo de Trastorno Mental Severo (TMS) del Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo
Verónica Ferro
Residente de Psiquiatría del Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo
Mar Valcárcel López
Enfermera especialista en Salud Mental del Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo

Texto Recibido: 14/10/2008
Texto Aceptado: 5/04/2009

RESUMEN

Actualmente los trastornos mentales severos (TMS) constituyen uno de los problemas de salud mental que merecen atención prioritaria.
Dentro de los distintos programas de atención comunitaria, el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) representa el modelo más completo y efectivo.
En este artículo expondremos el trabajo realizado desde terapia ocupacional en el equipo de TMS del Complexo hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

SUMMARY

Nowadays severe mental disorders (TMS) have become one of mental health problems that deserve priority attention.
Within the various programmes of community care, treatment Assertive Community (TAC) model represents the most comprehensive and effective. This paper will discuss the work in occupational therapy from the team of TMS Complex Hospital Xeral-Calde of Lugo.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:
Neira Rodriguez M, Valcárcel López M, Cores Viqueira P, Ferro Iglesias V. Terapia Ocupacional y Tratamiento Asertivo Comunitario. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 196-215. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/tac.pdf

INTRODUCCIÓN

Hace ya más de cuarenta años que se iniciaron los procesos de reforma psiquiátrica, con objetivos de desinstitucionaización y de creación de servicios y redes de salud mental comunitaria alternativas a las antiguas instituciones. (1.2)

En la actualidad los trastornos mentales severos exigen el esfuerzo de los Servicios de Salud para la implementación de programas específicos.

El TAC representa el modelo más completo y efectivo de proporcionar atención comunitaria integral y continuada a personas con un TMS, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de marginación-

exclusión social, abandono de tratamiento, recaídas, reingresos hospitalarios, aislamiento (1.3).

La intervención del terapeuta ocupacional en los equipos de TMS (ETMS) está basado en evaluar cuales son las alteraciones en el desempeño de las distintas áreas ocupacionales y a qué son debidas**,** para desarrollar un tratamiento integrado en el plan individual de rehabilitación del equipo y llevarla a cabo.

Equipo de trastorno mental severo en Lugo

Principios

- *1º* El lugar de atención es la COMUNIDAD. El objetivo es realizar un plan de intervención para que la persona viva en su entorno natural de una manera independiente y que participe en todas las actividades que sus roles les demandan en la medida que el resto de los ciudadanos.
- *2º* Utilización de los RECURSOS NORMALIZADOS en la medida en que es posible. Aunque el principio de normalización debe presidir toda la intervención comunitaria en rehabilitación, se debe tener presente que muchas veces no existen ámbitos normalizados en los que los usuarios de los servicios de rehabilitación puedan extraer los beneficios que requiere su recuperación.

Intervención comunitaria en rehabilitación, se debe tener presente que muchas veces no existen ámbitos normalizados en los que los usuarios de los servicios de rehabilitación puedan extraer los beneficios que requiere su recuperación.

- *3º* La cobertura debe procurar la máxima INDIVIDUALIZACIÓN. Una intervención rehabilitadota como un proceso individual, en el que se potencien las capacidades del paciente para lograr el mayor nivel de desempeño.
- *4º* La relación con el paciente debe ser ASERTIVA. No se espera que el paciente demande atención al equipo de tratamiento, sino que es el propio equipo quien se la ofrece, siempre adaptada a sus intereses y valores culturales.

- *5º* Se trata de conseguir la máxima AUTONOMÍA y responsabilidad del usuario.
- *6º* La implicación del paciente en el proceso de rehabilitación es ACTIVA
- 7º Se considera a la FAMILIA como un factor primordial en la rehabilitación, ya que constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del usuario. Se le reconoce la necesidad que tiene la misma de apoyo y asesoramiento en el manejo del paciente.

Este planteamiento además de ser un derecho que tiene la familia, facilita su colaboración para que los usuarios se mantengan en contacto con los servicios de rehabilitación, y acepten las propuestas del equipo, al aumentar la credibilidad de los profesionales por parte de la familia.

Criterios de inclusión

Programa dirigido a pacientes con trastorno mental severo, refiriéndose con ello a trastornos mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Esta definición se podría concretar con los siguientes ítems: (5,6)

- Pacientes graves especialmente psicóticos
- Con sintomatología activa durante al menos 2 años a pesar de haber ensayado los tratamientos oportunos en los dispositivos de la red asistencial correspondientes.
- Evolución tórpida generalmente definida por frecuentes recaídas, o sintomatología crónica
- Deterioro significativo a nivel personal
- Problemas de integración socio-laboral. Desadaptación, aislamiento.
- Disminución de la calidad de vida
- Mala cumplimentación del tratamiento y tendencia a desvincularse de la red asistencial.

Criterios de exclusión: (4)

- Diagnóstico primario de abuso de sustancias
- Retraso mental
- Trastorno mental orgánico
- Distancia geográfica: se excluye zona sur-Monforte y zona norte-Burela
- Menores de 16 años

Ubicación física y dotación de recursos materiales

Situado en el hospital de San José, adyacente al hospital de Día de Psiquiatría con el que compartimos espacio.

El equipo forma parte del servicio de Psiquiatría del Complexo hospitalario Xeral-Calde, que atiende una población de 223.000 habitantes aproximadamente, con gran dispersión geográfica, estando la mitad de los domicilios en el medio rural.

Prestamos atención de lunes a viernes, de 8:00 a 15:00 horas.

Disponemos de dos teléfonos móviles, dos vehículos, un ordenador con acceso a Internet en un local de reducidas dimensiones en el taller de actividades de hospital de día de psiquiatría.

Composición del ETMS

Se trata de un equipo multidisciplinar que aborda las necesidades del paciente de manera integral.

Cuenta con:

- Médico psiquiatra
- Diplomado universitario en enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Terapeuta Ocupacional

Todos estamos a jornada completa

Organización interna

El equipo tiene un responsable clínico que es el médico psiquiatra.

Como equipo multidisciplinar, el modelo de funcionamiento es el ASERTIVO COMUNITARIO, con aportaciones de cada una de las disciplinas que forman el equipo. (4)

Nos parece importante resaltar los siguientes aspectos:

1. Importancia del trabajo interdisciplinar: cada miembro del equipo tiene experiencia en varias áreas. Un principio fundamental es el aprovechar la experiencia de cada miembro del equipo y compartirla, de manera que al poner en marcha el PIR está muy claro por parte de todos los miembros del equipo qué se va a hacer y cómo, y dependiendo del caso lo llevan a la práctica unos profesionales u otros.
2. trabajar la motivación por el propio queme, la rutina, conflictos en el desarrollo del plan individual de rehabilitación (PIR) con relación al paciente y a la familia y entre los propios miembros del equipo.
3. necesidad de formación específica: dado el campo en el que trabajamos y las características propias del grupo de población con el que intervenimos, y por la actuación en entornos no habituales.

Los casos tienen asignado un tutor principal.

Todos los componentes del equipo desempeñan la figura de tutor o coordinador del caso.

Cada tutor principal con dedicación exclusiva al programa es el referente permanente para un máximo de 10 personas. Si las necesidades de los pacientes fueran particularmente elevadas o precisaran de un seguimiento más intensivo esta proporción 10/1 es menor.

El papel del tutor es imprescindible para asegurar el cumplimiento del proceso de tratamiento y rehabilitación. Las funciones que desarrolla como miembro del ETMS son:

1. Participa en la evaluación funcional del paciente junto con el resto del equipo implicado en el caso.
2. Elabora el plan terapéutico individual, también en colaboración con el resto del equipo.

3. Construye con el paciente una relación estable y continuada en el tiempo que le sirve a éste como referente permanente.
4. Desarrolla las intervenciones perfiladas en el plan individual de rehabilitación (PIR).
5. Coordina la asistencia al paciente asegurando la continuidad asistencial, y mantiene contacto con el resto de dispositivos de la red y recursos comunitarios (atención primaria, asociaciones, servicios sociales…)
6. Realiza la función de acompañamiento en las transiciones de un dispositivo a otro.
7. Está al tanto de todas las actuaciones que comporta el plan de intervención, independientemente del espacio en que se ejecute cada intervención.
8. El responsable del caso debe velar para que el paciente reciba todos los beneficios de los que es acreedor.
9. Recoge y hace llegar a los demás miembros del equipo la información que va surgiendo en cada momento del proceso.

Con el objetivo de flexibilizar el funcionamiento del ETMS, es importante que todos los miembros del equipo estén al tanto de la evolución de cada paciente. Así se puede intervenir con máxima eficacia cuando varios pacientes se encuentran en crisis al mismo tiempo, o bien cuando falta algún miembro del equipo.

El equipo de TMS mantiene reuniones semanales, a veces diarias según la necesidad, de coordinación de contenido funcional. En ellas:

1. se valoran las derivaciones
2. se programan los ingresos aceptados y se nombra a los responsables del caso
3. se comparte la información del caso con el resto de los miembros del equipo
4. se elaboran los planes individuales de rehabilitación
5. se realizan evaluaciones periódicas sobre el cumplimiento del plan de intervención, realizando las modificaciones sobre el mismo según sea necesario

6. se organiza el programa semanal de intervenciones domiciliarias y comunitarias, y consultas en el centro.

Fases de intervención (4)

1. *DERIVACIÓN DEL CASO*: el equipo recibe una petición escrita o verbal de ingreso del paciente por parte de su terapeuta de referencia de la USM, UHP, HDP, o CRPL con relación a los pisos protegidos. Valorando el perfil del paciente, y siempre que cumpla criterios de inclusión en el programa se le asigna un tutor.
2. *ENTREVISTA DE ACOGIDA*: el psiquiatra del equipo, junto con los profesionales asignados al caso acuden a la USM, UHP o HDP para realizar la entrevista de acogida a paciente y familia. El que deriva el caso realiza las presentaciones y media en la entrevista. Previamente habrá informado al paciente y a la familia sobre el funcionamiento del equipo de TMS y sobre qué objetivos se pretenden con esta derivación. Si hay acuerdo, el equipo asume el caso, e inmediatamente se inicia la entrevista de evaluación.
3. *FASE DE "ENGANCHE" Y ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN*: Con toda la información recogida, y tras un primer análisis del problema, se decide cuales serán las características de los primeros contactos con el usuario (espacio físico donde se realizarán, personas que asistirán, contenido de las entrevistas con el usuario, duración del contacto…) Durante esta fase se ha de ser extremadamente prudente. Por un lado, no podemos olvidar que en base a estas primeras interacciones se va a ir cimentando la relación terapéutica con el paciente, de la que va a depender en gran medida el buen discurrir del proceso de rehabilitación; por otro, debemos tener presente que las futuras intervenciones van a desarrollarse fundamentalmente en el medio del paciente, bien en su propio domicilio, bien en su entorno comunitario, por lo que siempre debemos mostrarnos cautos y respetuosos.

"Enganche" y evaluación se van supeditando y adaptando a las características individuales de cada paciente, siendo lo más frecuente que se solapen.

La evaluación se centra en la valoración de las capacidades funcionales, las deficiencias del paciente, así como en los apoyos y demandas del medio.

La duración del proceso depende de cada caso, pudiendo en la fase de evaluación devolver el paciente a su terapeuta de referencia si se considera que no cumple los criterios de inclusión, o si paciente y familiares no aceptan las intervenciones propuestas.

4. *DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION (PIR):* una vez finalizada la etapa de establecimiento de la relación terapéutica y la fase de recogida y análisis de datos se diseñará el plan individualizado de intervención.

En él se tratará de establecer para cada paciente:

- Las necesidades concretas:
  - -Necesidades asistenciales:
    - a. De salud general
    - b. De salud mental:
      - i. valoración y orientación
      - ii. asistencia en crisis
      - iii. tratamiento de la sintomatología
  - -Necesidades rehabilitadoras: (7)
    - a. AVD Básicas
    - b. AVD Instrumentales
    - c. Educación
    - d. Trabajo
    - e. Ocio y tiempo libre
    - f. Participación social
    - g. De soporte relacional
    - h. De ayudas básicas (alimentos, alojamiento…)
    - i. Protección de sus derechos legales

j. Soporte a las familias

- Los objetivos terapéuticos y rehabilitadores
- Quien, con qué frecuencia y de qué manera se van a llevar a cabo dichos objetivos
- Los recursos sociales y sanitarios a movilizar
- La duración estimada de utilización de dichos recursos

El diseño del PIR se lleva a cabo en las reuniones semanales de coordinación. En su elaboración interviene todo el equipo.

Las principales áreas de intervención sobre las que se trabaja son: (7,8)

- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- EDUCACIÓN Y TRABAJO
- OCIO Y TIEMPO LIBRE
- PARTICIPACION SOCIAL
- MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- INTERVENCIÓN FAMILIAR
- PROGRAMAS DE PSICOEDUCACIÓN

Una vez localizadas las áreas de intervención donde existen dificultades, se realiza un PIR. El plan se negocia con el paciente y a la familia y se lleva a cabo.

El plan individualizado de rehabilitación pasará a utilizarse como guía de intervención y debe incluir: (4)

- Diagnóstico inicial y evaluación funcional de los problemas detectados
- Análisis de las necesidades y capacidades del paciente y familiares
- Objetivos a corto y largo plazo en cada una de las áreas sobre las que se va a trabajar.
- Intervenciones y actividades específicas a realizar para satisfacer los objetivos
- Inventario de recursos necesarios para desarrollar las intervenciones (personal, recursos económicos, familiares, transporte, material…)
- Servicios clínicos y dispositivos rehabilitadores requeridos por el paciente

- Identificación de los posibles obstáculos para el acceso y utilización de los servicios
- Plazos de tiempo para completar las actividades
- Periodicidad de consultas o entrevistas con el terapeuta
- Periodicidad de las visitas domiciliarias
- Fecha para la próxima revisión del plan de PIT

Modalidades de intervención (4)

- *CONSULTA EN CENTRO*: en el momento en que la persona tenga la posibilidad y acepte venir las consultas serán en el centro, normalizando lo mayor posible el tratamiento.
- *ATENCIÓN DOMICILIARIA*: una de las características básicas en el funcionamiento del equipo de tratamiento asertivo comunitario es la disponibilidad para responder a las necesidades del paciente en su medio habitual (domicilio, comunidad…). Este carácter móvil le confiere al equipo una personalidad propia que le diferencia del resto de dispositivos de la red.

  Se trata de un proceso de atención continuado, intensivo, y multidisciplinario, en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales.

  Las visitas domiciliarias se realizan siempre de forma concretada.
  - *PROGRAMADA* : las visitas domiciliarias se realizan periódicamente en función de lo estipulado en el plan individual de rehabilitación
  - *A DEMANDA*: las personas del equipo que corresponda se desplaza al domicilio del paciente y valora la situación. Si es necesario también se desplaza la psiquiatra. Siempre se dará preferencia a este tipo de intervenciones.
- *ATENCIÓN COMUNITARIA*: el tipo de intervención que hay que hacer es en el medio en que desarrollan todas sus actividades, por lo que es necesaria una intervención fuera del domicilio en casi todos los casos. A veces se hace una intervención directa y vamos con ellos y otras veces se organiza y lo llevan a cabo ellos solos.

- *INTERVENCIÓN EN CRISIS*: La intervención en crisis tiene como objetivo el rápido restablecimiento de síntomas y de la contención del paciente, siempre que haya la posibilidad.

  Generalmente se requieren intervenciones farmacológicas y psicosociales para ayudar al paciente y a su sistema de apoyo familiar a restablecer el nivel de funcionamiento previo en la comunidad.

  En primer lugar se valora la gravedad de la crisis. En función de esta se determina si el paciente puede permanecer en su domicilio o si necesita ser remitido a Urgencias para ingreso en UHP.

  En el momento en que se detecta una crisis el ETMS intensifica el apoyo al paciente y familia. La actuación incluye:

  - Mayor frecuencia con la psiquiatra
  - Incremento del número de visitas a domicilio
  - Potenciación del seguimiento telefónico

- *INTERVENCION VIA TELEFÓNICA O VIA MAIL*: en muchas ocasiones utilizamos estos medios de comunicación como elemento más del PIR, tanto para seguimiento, como propio entrenamiento en su utilización.

- *COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS DE SALUD MENTAL*: el equipo trata de coordinar las actuaciones necesarias en cada caso, siempre que sea posible, como por ejemplo:

  - si una persona llevada por el equipo acude a urgencias, se deja en observación hasta el día siguiente y se avisa al psiquiatra del equipo
  - de cara al alta de la unidad de hospitalización psiquiátrica, se avisa al equipo y se coordina el día de la misma, para poder verlo en el domicilio al día siguiente al alta. Se suele visitar semanalmente al usuario durante su ingreso hospitalario.

- *COORDINACIÓN CON SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALIZADA*: generalmente se toma contacto con Medico de Atención Primaria (MAP), especialmente cuando la patología orgánica lo requiere.

- *COORDINACIÓN CON SERVICIOS SOCIALES*: en el momento en el que se deriva un caso, en general se suele contactar con el Trabajador Social de su ayuntamiento o centro de salud, ya que en la mayor parte de los casos existe una problemática social.
- *COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS COMUNITARIOS*: se contacta si es necesario con aquellos recursos comunitarios de los que puede beneficiarse el paciente (programa de voluntariado de Cruz Roja, asociaciones de distintos ayuntamientos de la comarca, INEM, INNS, Escola para o emprego del Ayuntamiento de Lugo, servicio de inserción laboral de FEAFES Galicia…)

Una vez lograda la provisión de las actuaciones, el responsable del caso deberá asegurarse de que la persona recibe los servicios que él quiere, que sean los esperados y que cubran las necesidades del mismo.

METODOLOGÍA

El trabajo del terapeuta ocupacional como miembro del equipo multidisciplinar de los Programas de Trastorno Mental Severo (a partir de ahora de TMS) debe centrarse en la provisión de los servicios e intervenciones específicos que conciernen al dominio de la disciplina, aportando su visión al equipo y delimitando el tipo de referencias específicas que puede recibir el terapeuta ocupacional. Como es bien sabido, el terapeuta ocupacional está especialmente formado para evaluar y tratar las dificultades de funcionamiento a nivel ocupacional en las actividades de la vida diaria, ocio y laborales de la población atendida. (9)

La intervención de Terapia Ocupacional en los cuidados a domicilio está basada en un acercamiento práctico de resolución de problemas, en vista a promover la salud y encontrar una respuesta a la incapacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria, el trabajo productivo (por ejemplo la organización de su hogar, el trabajo remunerado, una actividad de voluntariado, etc.) o de ocio y tiempo libre en el contexto de la vida del paciente, de su ambiente socio cultural y de los sistemas de sostén comunitario a los cuales tenga acceso. (10)

El terapeuta ocupacional evalúa, participa en el desarrollo del PIR y lleva a cabo las intervenciones consensuadas en el equipo en los casos donde sea necesario. Sus intervenciones pueden tener lugar tanto en consulta, en el propio domicilio o en lugares comunitarios.

El Terapeuta Ocupacional dirige su intervención a las necesidades funcionales específicas dentro de contextos únicos y significativos para esa persona, es decir en ambientes reales y no artificiales. El trabajo en la comunidad también utiliza una parte significativa de su tratamiento en la orientación a la familia o cuidador, y realiza adaptaciones o modificaciones ambientales específicas para un adecuado desempeño de las actividades que demandan los roles de esa persona. (10)

El Terapeuta Ocupacional: (9)

- Desempeñará su trabajo de Evaluación y Entrenamiento Ocupacional, Seguimiento y Adaptación del usuario a su entorno, en un contexto individual, grupal y comunitario, sobre todo en aquellas Áreas de la Función Ocupacional Humana en las sea necesario su intervención.
- Utilizará técnicas y modalidades ocupacionales, preservando el valor de la ocupación del usuario en su contexto socio-cultural.
- Su perspectiva será Rehabilitadora, bajo la perspectiva de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) interviniendo directamente sobre actividades reales de su vida diaria y en el contexto en la que la persona vive.
- El objetivo del Terapeuta Ocupacional que trabaja en la comunidad es el de favorecer la participación ocupacional del usuario, a través del desarrollo de actividades lo más normalizadas posible dentro de la comunidad, utilizando los recursos disponibles en ella para llevar a cabo estas actividades normalizadas, así como adaptando y desarrollando actividades adecuadas a las características de los pacientes tratados.

Para ello debemos tener en cuenta los deseos y prioridades de los individuos con los que trabajamos, así como los medios a través de los cuales los pacientes prefieren expresarse.

Esto supone mantener un delicado equilibrio entre la libertad de elección del sujeto y el nivel adecuado de cambio que puede afrontar, sin exceder sus posibilidades y aceptando unas limitaciones ante la posibilidad de aparición del riesgo para el usuario.

El T.O. debe utilizar su arte y ciencia para que sus intervenciones sean compatibles con la imagen que tiene el paciente de sí mismo, su sistema de creencias, su estilo de vida y cultura. Estas consideraciones son relevantes cuando el ambiente del tratamiento es el propio lugar de residencia del paciente. (10)

Para Terapia Ocupacional, una persona es funcional si ella puede realizar las ocupaciones, tareas y actividades que sus roles ocupacionales les exigen. (11)

Al trabajar directamente en la comunidad, el profesional puede descartar más fácilmente las intervenciones que evalúe no viables en ese contexto y evaluar potencialidades, materiales, herramientas, ambientes. Aceptando que en ese contexto el paciente y su familia son los que deciden qué quieren hacer, cuándo y cómo. (10)

En todo el proceso de rehabilitación el principal protagonista es el usuario y su entorno (familia, amigos…) teniendo en cuenta sus intereses, valores y expectativas. (12)

La metodología de trabajo empleada no deja de ser la de un Terapeuta Ocupacional que trabaja con la estructura del "Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process" (a partir de aquí citado como Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbitos de competencia y proceso. AOTA 2002), con su correspondiente evaluación, planificación e intervención.

RESULTADOS

Diseño del plan individual de rehabilitación (PIR)

Aquí cada profesional participa con su visión del caso y propone objetivos de intervención según su valoración.

El Terapeuta Ocupacional centra su trabajo y evaluación en el desempeño de las áreas ocupacionales (Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process- a partir de aquí citado como Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbitos de competencia y proceso. AOTA 2002

El proceso que se sigue desde Terapia Ocupacional es:

1. *ANANMESIS*: se pide la historia clínica a archivo, y en ella viene la hoja de evaluación y seguimiento de Terapia Ocupacional en su estancia en UHP
2. *ENTORNOS*: información recogida en entrevista semiestructurada con él en UHP o domicilio, o a través de los otros miembros del equipo.
3. *ÁREAS*

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AVDI)

EDUCACIÓN

TRABAJO

JUEGO

TIEMPO LIBRE

PARTICIPACION SOCIAL

Resulta complicado una adecuada evaluación, dado el contexto en los que a veces hay que realizarla y el registro de la misma. Habitualmente son entrevistas semiestructuradas, y se va recogiendo la información en varias visitas o consultas.

4. *DATOS DE INTERÉS*: aquí se pondrán todos aquellos datos relevantes que no tengan cabida en los dos puntos anteriores. Especialmente pondremos:
   - Obstáculos: todo aquello que dificulta el desempeño adecuado, o facilita el inadecuado
   - Puntos fuertes: todos los recursos o características que nos van a ayudar a llevar a cabo el PIR
5. *DGTO OCUPACIONAL*: es el producto de la unión del componente descriptivo (dentro del cual se incorporarán las áreas ocupacionales) y del componente explicativo (dentro del cual se incorporan los componentes de ejecución y niveles de desempeño), al que se le sumarán indicadores (discapacidades, minusvalías y/o deficiencias que el usuario presente en su historia clínica y que dificulten la ejecución de la ocupación) y posibles entornos afectados (lugares donde reside y que puede ser que se encuentren alterados perturbando el desarrollo ocupacional). En resumen, habrá que hacer este diagnostico una vez revisadas todas las dimensiones del usuario y de su entorno.
6. *ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN*:
   - Estrategia de Promoción de la Salud
   - Estrategia de Restauración
   - Estrategia de Mantenimiento

- Estrategia de Modificación
- Estrategia de Prevención de la discapacidad

7. *OBJETIVOS*
   - Corto Plazo: en aproximadamente 4 meses
   - Medio Plazo
   - Largo Plazo: objetivo final que quiere conseguir

   En algunos casos los objetivos a corto plazo son externos a la propia persona (intervención coordinada con servicios sociales...), a la vez que se continua con el proceso de evaluación.
8. *FRECUENCIA*: con qué frecuencia se va a trabajar y revisar los objetivos
9. *TÉCNICAS*: de que manera se van a llevar a cabo las intervenciones de Terapia Ocupacional.
10. *SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN CONTINUADA, CON REVISIÓN DE OBJETIVOS*: Aproximadamente cada 4 meses se revisan los objetivos, modificando lo que sea necesario.

CONCLUSIONES

Intervención desde Terapia Ocupacional

- Trabajo en domicilio con él y la familia. A la hora de trabajar objetivos, hay que tener en cuenta que los mismos sean aceptados por la familia y el entorno del usuario, ya que ellos van a formar parte del proceso y deben estar de acuerdo con los mismos.
- Trabajo en comunitaria: evaluación y entrenamiento, con apoyo de terceros cuando sea necesario para el desempeño
- Trabajo a través del teléfono o vía mail como parte del PIR
- Trabajo con las auxiliares de ayuda a domicilio: dando pautas de apoyo y refuerzo para favorecer el entrenamiento e independencia en el desempeño de actividades y ocupaciones.

- Trabajo en despacho: programación de actividades, adaptación de actividades y seguimiento. Reuniones de equipo.
- Consulta: para seguimiento y negociación de objetivos
- Coordinación con recursos comunitarios: para facilitar el acceso a los mismos

BIBLIOGRAFÍA:

(1) Hernández Monsalve M. Tratamiento asertivo comunitario. En: Hernández Monsalve M. Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. Salamanca: Instituto universitario de integración en la comunidad; 2003. P. 127-151.

(2) Leal Rubio J, Escudero Nafs A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neurpsiquiatria-Estudios; 2006.

(3) Stein L, Santos A. Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. New York: Norton; 1998.

(4) Casado González C. Funciones de enfermería en Tratamiento Asertivo Comunitario. En: II Simposium Nacional sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental. Avilés; 2005.

(5) Vila Pillado L, Area Carracedo R, Ferro Iglesias V, Gonzalez Domínguez-Viguera L, Justo Alonso A, Suárez Sueiro MJ, López Ares S, Tuñas Dugnol ML. Trastorno Mental Severo. Revista TOG (A Coruña) [revista Internet] 2007 [Junio 2008(5): [52 p.]. Disponible en :http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision1.pdf

(6) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: AEN Cuaderno técnico Número 6; 2002.

(7) Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso. Revista TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2002 Noviembre-Diciembre. [Acceso 1 octubre de 2008]; 56 (6). Disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_de_Trabajo_de_Terapia_Ocupacional.pdf

(8) Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. Guía práctica de informes de enfermería en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Glosa; 2007.

(9) Talavera Valverde, MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [Acceso 1 octubre 2008]; (5): [52 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf

(10) Terapia-Ocupacional.com el portal español de Terapia Ocupacional [sede web]; Marzo 2006 [acceso 1 Octubre 2008] Pellegrini M. Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion_comunidad_terapia_ocupacional_Pellegrini.shtml

(11) Terapia-ocupacional.com el portal español de Terapia Ocupacional [sede web]. País Vasco: II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Octubre 2004 [Acceso 1 octubre 2008] Pellegrini M. Instrumentos de evaluación en psiquiatria. Disponible en:

(12) Huertas Huertas M C. Tratamiento Asertivo Comunitario [página principal de Internet]. Madrid [Actualizada el 29 de Septiembre 2008; acceso el 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Tratamiento_Asertivo_Comunitario.shtml

TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

OCCUPATIONAL THERAPY IN EATING DISORDERS

Palabras clave del autor: Trastornos de la conducta alimentaria, terapia ocupacional, anorexia, bulimia, ocupación.

Key words: Eating disorders, occupational therapy, anorexia, bulimia, occupation.

DECS: Trastornos de la Conducta Alimentaria , terapia ocupacional, anorexia, bulimia, ocupación.

MESH: Eating Disorders, occupational therapy, Sensation, anorexia, bulimia, occupation.

AUTORES:

D. Luis María Berrueta Maeztu
Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Presidente del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.

D. Jose Ramón Bellido Mainar
Licenciado en Ciencias del Trabajo. Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social Terapeuta Ocupacional y Responsable de Formación Continuada de GSS-Hospital de Santa Maria. Lleida

Sanz Valer, Patricia.
Terapeuta Ocupacional Hospital de Dia Salud Mental; Hospital de Santa Maria. Lleida

Dña. Cristina Rubio Ortega
Terapeuta Ocupacional. Hospital de día infanto -juvenil de salud Mental "Natividad Zubieta". Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

Texto Recibido: 7/11/08
Texto Aceptado: 8/06/09

RESUMEN

En este artículo analizaremos qué se entiende actualmente por trastornos de la conducta alimentaria y cómo desde una perspectiva ocupacional la anorexia nerviosa y/o la bulimia nerviosa pueden afectar a las personas que las padecen.

Nos centraremos en el papel del terapeuta ocupacional y su intervención en los TCA, y tomaremos como ejemplo un recurso especializado de salud mental (Hospital de día) que tiene como finalidad ayudar a las personas que sufren dichos trastornos a recuperar el control sobre su vida de la manera más saludable posible.

Para finalizar, se realizará un breve análisis de las características más relevantes que según los autores debe reunir un terapeuta para trabajar en este ámbito.

SUMMARY

In this paper we examine how the current understanding of eating disorders and how occupational perspective of anorexia nervosa and / or bulimia nervosa may affect people who suffer. We will focus on the occupational therapist's role and its involvement in the ACT, and take the example of a specialized resource of Mental Health (Day Hospital) that aims to help people who suffer such disorders to regain control over her life the healthiest way possible. Finally, there will be a brief analysis of the major characteristics which the authors must meet a therapist to work in this area.

Como citar este documento:

Berrueta Maeztu LM, Bellido Mainar JR, Sanz Valer P, Rubio Ortega C,. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 216-231. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) (1) tienen una gran relevancia sociosanitaria por su peculiaridad, su gravedad, su interés social, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento.
Estas enfermedades mentales se han constituido en un problema con gran relevancia social, que afecta preferentemente a las mujeres jóvenes y adolescentes, una población especialmente vulnerable, de países desarrollados.

Los síntomas de estas enfermedades son graves, pudiendo llegar a poner en peligro la vida del paciente; son difíciles de tratar y con frecuencia se prolongan en el tiempo durante años, con riesgo de presentar recaídas periódicas. No pocas veces se asocian con otras enfermedades mentales como el abuso de drogas o la depresión, lo que empeora su pronóstico.
Los TCA suelen comenzar con preocupaciones por la comida y el peso, pero son mucho más que eso. Las personas con TCA utilizan la comida y el control de la comida como un intento de compensar sentimientos y emociones que de otra manera no son capaces de soportar. Para algunos, la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una manera de combatir sentimientos dolorosos y de sentir que ejercen el control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan su salud física y emocional, consiguiendo justo lo contrario de lo que se pretendía en un principio.

METODOLOGÍA

Diagnóstico de los TCA

El diagnóstico consiste en determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos. Las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-IV) son valiosos instrumentos para identificar las enfermedades utilizando el mismo

lenguaje técnico por parte de personas diferentes y en contextos sociales, geográficos, políticos y culturales diversos.
Las clasificaciones internacionales evolucionan intentando captar mejor los rasgos esenciales de las enfermedades en el mundo actual. Intentan ser una ayuda para entenderse los profesionales y comprender mejor la enfermedad, y no deberían ser en ningún caso una limitación para comprender a las personas que padecen las enfermedades.

Según la DSM-IV (2), la clasificación más utilizada en Cataluña, los criterios para el diagnóstico de la **anorexia nerviosa** son:
A.- Rechazo a mantener un peso corporal normal o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (Ej. pérdida de peso que conlleva a mantenerlo por debajo del 85% del peso ideal, o ganancia ponderal menor de la esperada durante el período de crecimiento, que lleva a mantenerlo por debajo del 85% del peso ideal)
B.- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C.- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales. Excesiva influencia del peso o de la imagen en la autoevaluación, o minimización de la gravedad del bajo peso corporal.
D.- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, la ausencia de, por lo menos, tres ciclos menstruales. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

La DSM-IV distingue 2 tipos de anorexia:
A.- Restrictivo: Durante el actual episodio de anorexia la persona no ha experimentado de forma regular procesos de alimentación compulsiva ni comportamiento purgante (p.ej. vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas)

B.- Compulsivo/Purgativo: Durante el actual episodio de anorexia nerviosa, la persona ha experimentado de forma regular procesos de alimentación compulsiva o comportamiento purgante (p.ej. vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Según la DSM-IV los criterios para el diagnóstico de la **bulimia nerviosa** son:

A.- Episodios recurrentes de alimentación compulsiva. Un episodio de alimentación compulsiva se caracteriza por:

1.- Ingesta de alimentos en breve período de tiempo (por ejemplo comer en 2 horas una cantidad de comida excesivamente mayor a la que la mayoría de la gente comería en el mismo período de tiempo en circunstancias parecidas).

2.- Sensación de pérdida de control sobre la comida durante el episodio (por ejemplo sentir que no se puede parar de comer ni controlar cuánto se está comiendo)

B.- Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar ganar peso: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.

C.- La alimentación compulsiva y el comportamiento compensatorio ocurren, como promedio, al menos, dos veces por semana durante 3 meses.

D.- La autoevaluación está excesivamente influenciada por la silueta y el peso.

E.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

La DSM-IV distingue 2 tipos de bulimia nerviosa:

A.- Purgativo: Durante el actual episodio de bulimia nerviosa la persona no ha experimentado de forma regular vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

B.- No purgativo: Durante el actual episodio de bulimia nerviosa la persona ha utilizado otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como

ayuno o ejercicio excesivo, pero no ha experimentado de forma regular vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

La DSM-IV incluye también como diagnóstico el **Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)**, que se refiere a la existencia de trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen estrictamente todos los criterios para poder ser considerados anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

La Ocupación en las personas con TCA

Las personas con TCA, tal como señalan Barris (1986) y Martín (2000), tienen una disfunción no sólo en sus actitudes y hábitos relacionados con la comida y el control del peso, sino también en su búsqueda, elección, ajuste y compromiso con la ocupación significativa (3,4), lo cual impacta de manera negativa en la construcción y desarrollo de su identidad ocupacional y, por tanto, en su calidad de vida.

Presentan un importante desequilibrio ocupacional en el desarrollo de sus actividades cotidianas, y sus roles ocupacionales están alterados y/o deteriorados.

En definitiva, presentan una disfunción ocupacional. La evaluación del comportamiento ocupacional (resultado de la interacción de la persona y su entorno a través de la ocupación) y el uso de la ocupación para facilitar el cambio en el paciente es una de las características principales de la terapia ocupacional.

Tal como señala Bellido (5) en las personas con TCA se ven especialmente alteradas las habilidades cognitivas (rigidez extrema de pensamiento, ideas irracionales, percepción distorsionada de su eficacia e imagen corporal, etc.), las habilidades emocionales (muy poca tolerancia al fracaso y a la frustración, a la soledad, al abandono o rechazo, dificultades de manejo emocional, para reconocer emociones y controlarlas, etc.) y las habilidades sociales (dificultades

para empatizar, excasa asertividad especialmente ante las críticas, estilo de comunicación agresivo o pasivo-agresivo, conductas manipulativas, etc.).

Las personas con anorexia nerviosa (3) suelen ser competentes y alcanzan logros en su vida. Son muy perfeccionistas en lo que hacen y exigentes consigo mismas. En el ámbito escolar suelen ser alumnas aventajadas.
Tras el éxito externo a menudo se esconden sentimientos de inseguridad, incapacidad, insatisfacción y excesiva dependencia de la opinión de los demás.
A menudo parecen hiperactivas, pues tienen una necesidad exagerada de ocupación. Suelen implicarse, sobre todo y en gran medida, en la realización de actividades físicas, que utilizan como medio para controlar su peso. Son muy competitivas.
Su conceptualización de la relación entre medios y fines suele ser deficitaria, marcada por la rigidez y los extremos (o todo o nada). En su anhelo de lograr la perfección física puede llegar a creer que controlando su peso obtendrá la sensación de independencia y competencia en todos los aspectos de su vida.
Sin embargo, de manera contradictoria, los efectos de la inanición pueden impedirle que interaccione con éxito con su entorno.

Las personas con bulimia nerviosa (3) no suelen tener tanta necesidad de ocupación, sin embargo el significado de la ocupación parece haberse perdido o invertido. Las actividades relacionadas con la alimentación se vuelven progresivamente más importantes, y otras actividades van quedando desprovistas de significado.
Las personas con bulimia pueden encontrarse cada vez más cómodas con estos hábitos y rutinas.
Desafortunadamente, a medida que sus hábitos se vuelven rígidos, se van encerrando en un estilo de ocupación desadaptativo.

Las personas con TCA tienen especialmente alterado el modo en que experimentamos o vivimos a través de nuestros cuerpos, es decir, el cuerpo

vivido (6). Produciéndose una especie de disociación entre cuerpo y ser, que se relacionan desde la rivalidad, la enemistad e intento mutuo de dominio.

Intervención de la Terapia Ocupacional en TCA

Existen diversos **modelos de intervención** en terapia ocupacional que pueden ser especialmente útiles a la hora de guiar el tratamiento en terapia ocupacional en TCA, entre los que destacamos los siguientes:

A.- Modelo de Comportamiento Ocupacional de M. Reilly (7). Es un modelo de primera generación, que se fundamenta en la naturaleza ocupacional del ser humano, y considera el juego como la base del resto de áreas ocupacionales. Destaca la importancia de los roles ocupacionales en las distintas etapas del desarrollo vital, establece 3 niveles de función (Exploración, competencia y logro) desde una perspectiva positiva del ser humano, e incorpora también el concepto de equilibro ocupacional (basándose en Meyer).

B.- Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) de Gary Kielhofner (6,8). Aborda la motivación de la persona hacia lo que hace y elige hacer, el patrón de vida ocupacional (hábitos y roles), la capacidad del desempeño (habilidades físicas y mentales objetivas y dimensión subjetiva), y la influencia del ambiente en la ocupación.

C.- Modelo Canadiense (8,9,10). Destaca de éste modelo su perspectiva centrada en el cliente, estableciendo una guía para el proceso de la terapia y la relación entre la persona y el terapeuta. Incluye el modelo de desempeño ocupacional (basándose en la perspectiva de la terapia ocupacional de Reed y Sanderson en 1980) que describe la relación dinámica entre persona-entorno-ocupación a lo largo de la vida. La "espiritualidad" (en sentido amplio) ocupa en éste modelo un lugar central.

D.- Otros: Modelo Australiano (11,12), Modelo Kawa (13,14), Modelo de Relación Intencional (IRM) de Taylor (15), etc.

En cuanto a la evaluación, Bridges (1993) señala 7 **áreas de evaluación**: estado general del paciente; estado físico; la imagen de sí mismo; estimación de la talla corporal; manejo del tiempo; intereses y actividades; equilibrio entre control interno y externo (16).

La **entrevista** profesional debería explorar: la motivación para el cambio, el grado de insight, el grado de atención y concentración, los intereses personales y habilidades, los sentimientos sobre su familia, el ámbito laboral o escolar, y la vida social y familiar (16).

Algunos de los **instrumentos de evaluación** utilizados en terapia ocupacional en TCA son:

A.- Del MOHO: MOHOST, OCAIRS, OSA, OPHI II, listado de roles, listado de intereses, y otros (WRI; WEIS; COSA; ACIS y CV)

B.- De otros modelos o marcos: Medición Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM), Cuestionario de refuerzos, Evaluación Rol de adolescente (Black, M.), Evaluación historia ocupacional (Moorhead y otros), Cuestionario ocupacional (Riopel), COTE, etc.

En lo que respecta a la intervención, Bellido (5) establece 2 **niveles de intervención** básicos desde terapia ocupacional en los TCA:

1.- NIVEL 1: Utilizar el potencial terapéutico de la actividad para trabajar sus déficits cognitivos, emocionales y sociales:

a) A través de actividades corporales, actividades de introspección y actividades de exploración, podemos ayudar a la persona a iniciar un proceso de individualización: reconocer emociones y valores, crear proyectos que promuevan la autoestima, favorecer la descentralización de la persona de su cuerpo y de la sensación de control absoluto, y favorecer oportunidades de contactar de manera saludable y satisfactoria con su propio cuerpo.

b) A través de actividades de dinámica de grupo, y otras actividades con un proyecto grupal (Ej. teatro, actividades corporales grupales...) podemos ayudar a fomentar en la persona el sentimiento de pertenencia a un grupo y a sentirse reconocidas por los demás por encima de sus déficits e imperfecciones.

c) A través del juego podemos ofrecer ambientes y actividades que favorezcan la exploración del entorno y de sí mismos, de manera que además tengan la oportunidad de participar en un espacio de reflexión en el que el fracaso sea visto como necesario y vivenciado como una oportunidad para el cambio.

d) A través del entrenamiento en habilidades sociales podemos crear un espacio de reflexión sobre cómo interactuamos con los demás y sus consecuencias, especialmente de la no asertividad, y descubrir caminos diferentes de interacción.

e) A través de talleres de imagen personal, talleres de la vida diaria (planificación, compra, elaboración de menús, cocina, consumo adecuado; higiene y vestido, compras de ropa...), actividades de relajación y talleres corporales, actividades de solidaridad y actividades de ocio podemos ofrecer oportunidades de entrenamiento en habilidades de la vida diaria imprescindibles para el desarrollo del autocuidado, la aceptación y la autovaloración personal.

2.- NIVEL 2: Usar el potencial terapéutico de la ocupación como medio para reestructurar su disfunción ocupacional:

a) Productividad: Nos centraremos en ayudarle a encontrar roles productivos que sean significativos para la persona (que desarrollen su sentimiento de competencia y tengan valor e interés personal).

Para ello realizaremos un proceso de orientación vocacional, analizando cómo encajan sus habilidades, intereses y valores profesionales con los personales.

En un primer momento algunas actividades comunitarias de menor exigencia o desafío que el trabajo nos permitirán explorar la productividad de la persona en el desarrollo de determinados roles (estudiante, aficionado, voluntario...)

b) Ocio: Explorar y aprender roles de aficionado y de amigo.

Para ello, favoreceremos la identificación de actividades y tareas placenteras en las actividades individuales y grupales que se llevan a cabo en un entorno protegido (hospital, etc.)

Se lleva a cabo también un plan de exploración de actividades de ocio grupal e individual en la comunidad.

c) Automantenimiento: Nos centraremos en ayudarle a encontrar un equilibrio saludable y satisfactorio en el desarrollo de sus roles ocupacionales, organizando una rutina integral, donde se cubren las necesidades de participación productiva, de disfrute y las actividades de la vida diaria.

Se pacta con la paciente una rutina inicialmente rígida, un plan donde se incluye la alimentación, horarios de sueño normalizados, horas mínimas de descanso, actividades de ocio (detectadas, exploradas y pactadas previamente) y las actividades productivas.

La intervención desde terapia ocupacional (17) pretende ofrecer una oportunidad de:

a) Explorar mediante el "hacer" un mundo propio, personal, espontáneo, vivo y con posibilidades de experimentar el disfrute.
b) Elegir de forma significativa sus ocupaciones en coherencia con su identidad.
c) Mostrarse a los demás de forma directa y asertiva.
d) Experimentar la competencia y el logro.
e) Favorecer la experimentación de vivencias que contacten con la vida y compensen la mente controladora.
f) Reconstruir un proyecto de vida significativo y saludable.

METODOLOGÍA

Intervención de Terapia Ocupacional en TCA en Hospital de Día de Salud Mental

Kerr (1990) señala que el **rol** del terapeuta ocupacional en un programa de hospital de día en TCA consiste en: evaluación del estado funcional, identificación de déficit para la vida diaria, tratamiento de síntomas, y rehabilitación del potencial perdido o equivocado en las áreas de trabajo, juego, ocio, autoexpresión y relaciones interpersonales (18).

La Fundación Argibide elaboró en 2005 un **protocolo de tratamiento de los TCA en el Hospital de día Psiquiátrico** (Hospital de Navarra) (1). Dicho protocolo fue elaborado por la psicóloga clínica Pilar Luna, en colaboración con el equipo de hospital de día, y en él se recoge la intervención del terapeuta ocupacional en dicho recurso, del cual extraemos los elementos más significativos para el trabajo del terapeuta ocupacional:

A.- Servicio de acogida: El terapeuta ocupacional, junto con el auxiliar, deberá favorecer la adaptación del paciente al centro, observará al paciente en su proceso de adaptación y le apoyará durante los primeros momentos de ingreso. Realizará labores de control externo respeto a la alimentación, registrará las conductas adaptativas y/o desadaptativas, observará los síntomas relacionados con las interacciones sociales del paciente en todas sus vertientes, y se constituirá como enlace entre los pacientes y el equipo terapéutico.

B.- Servicio de evaluación: La realizará el terapeuta ocupacional del Servicio y se basará en los modelos de práctica existentes en terapia ocupacional, en este caso en el modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner (6,8).

Se valorarán las áreas ocupacionales (AVD, trabajo, educación, juego, esparcimiento u ocio y participación social) en sus cuatro dimensiones (motivación, hábitos y roles, capacidades y habilidades funcionales, y ambiente)

a través de entrevistas (OPHI-I, subescala de identidad ocupacional de OPHI-II, escalas (listado de roles, listado de intereses, cuestionario ocupacional, escala de exploración vocacional) y observación directa en las diferentes actividades del centro.

C.- Establecimiento de objetivos y elaboración del Plan Terapéutico Individualizado, con el resto del equipo profesional.

D.- Servicio de tratamiento:

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO	TÉCNICAS TERAPEUTICAS
Trabajo motivacional: implicación, aumento de la conciencia del trastorno, reconocimiento de las dificultades, etc. (Todos los profesionales)	- Dialogo socrático. - Preguntas en tercera persona. - Preguntas hipotéticas. - Intención paradójica.
Habilidades sociales (Psicólogo clínico, terapeuta ocupacional y DUE)	- Terapia interpersonal: identificación de problemas, búsqueda de soluciones, exploración de sentimientos. - Grupo de habilidades interpersonales.
Habilidades ocupacionales e identidad ocupacional (Terapeuta ocupacional y auxiliar)	- Taller ocupacional. - Actividades corporales. - Dinámicas de grupo. - Juego. - Equilibrio entre roles (rutina ocupacional significativa y satisfactoria). - AVD.
Ocio y tiempo libre (Terapeuta ocupacional y trabajadora social)	- Organización del tiempo. - Planificación de actividades. - Apoyos / recursos externos.
Orientación vocacional (Terapeuta ocupacional y trabajadora social)	- Asesoramiento sobre las características de entornos ocupacionales funcionales. - Valoración de capacidades / habilidades del paciente. - Acceso a recursos externos.

Prevención de recaídas (Todos los profesionales)	- Solución de problemas. - Reestructuración cognitiva. - Contención emocional. - Exposición. - Relajación. - Intervención ocupacional. - Intervención familiar. - Remotivación.

Características del Terapeuta Ocupacional en TCA

Martín (2000), recoge lo que distintos autores opinan respecto a los requisitos que es recomendable que reúna el terapeuta ocupacional que trabaja con personas que padecen TCA (4):

Para Strober & Yaguer (1985) el terapeuta ocupacional debe tener conocimientos sobre la enfermedad y los principios terapéuticos. Debe ser abierto, no evasivo, intuitivo, paciente, no crítico (con los demás), capaz de infundir confianza, mantener la confidencialidad, y ser respetuoso. Debe ser capaz de relacionarse con el paciente de manera que transmita empatía y ser tolerante hacia situaciones dolorosas y los retos del tratamiento. Debe tener una genuina espontaneidad, humor, visión amplia y ser tolerante respecto a situaciones de dolor.

Boskind-Lodahi (1976) y Palazzoli (1978) creen que las terapeutas ocupacionales femeninas trabajan mejor con los trastornos de la alimentación, y otorgan gran importancia a la actitud personal hacia el énfasis de la sociedad actual en la delgadez: un terapeuta ocupacional que está preocupado por su propio peso no es el más adecuado para trabajar con personas con TCA.

Hsu (1990) considera que los terapeutas que son percibidos como amables, que aceptan a las personas y que son coherentes consigo mismos consiguen mejores resultado.

Martín concluye señalando que el terapeuta emocionalmente sano tiene más posibilidad de conseguir un buen resultado que uno que está mal emocionalmente.

CONCLUSIONES

La terapia ocupacional resulta relevante en el tratamiento de los TCA, por su énfasis en la ocupación propositiva y con significado.

El terapeuta ocupacional tiene un rol único y crucial en la evaluación, la rehabilitación y el cuidado de las personas con trastornos de la alimentación.

Compartimos con Henderson (1999) que lo que hace única la intervención de terapia ocupacional en el tratamiento de las personas con trastornos de la alimentación es su conocimiento interrelacionado del funcionamiento físico, interpersonal y psicológico. (16)

La ocupación es un espejo y puede ser una buena oportunidad para descubrir aspectos importantes de uno mismo, descubrir nuevos caminos, facilitar un proceso de cambio, y ayudar a la persona a seguir creciendo hacia metas y sueños vitales realistas y saludables.

La intervención del terapia ocupacional puede contribuir de manera valiosa a que la persona con TCA descubra potencialidades y habilidades y adquiera destrezas para poder reconducir su proyecto de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Martínez Larrea A, Aguinaga Aguinaga M, Ardanaz Aicua E, García de Eulate Marín-Moro C, López Garnica R, Pascual Pascual P, Pélach Paniker R, Petrina Jáuregui E, Royo Moya E. Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Navarra: Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Monografía nº 7: Salud pública y administración sanitaria. Gobierno de Navarra; 2007.

2.- American Psychiatric Association (1994): DSM-IV. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.

3.- Barris R. Occupational Dysfunction and eating disorders: theory and approach to treatment. In: Gibson D. The evaluation and treatment of eating disorders. NewYork: Haworth Press;1986.

4.- Martin JE. Eating disorders, food and occupational therapy. London: Whurr Publisehers; 2000.

5.- Bellido Mainar JR. Terapia ocupacional y trastornos de la conducta alimentaria. Curso: Intervención en salud mental mediante el enfoque ocupacional. Pamplona: Servicio Navarro de Salud; 2004.

6.- Kielhofner G. Terapia ocupacional. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 3º ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.

7.- Viana Moldes I, Pellegrini Spangenberg M. Desarrollo social y juego infantil. En: Polonio López B, Castellanos Ortega MC, Viana Moldes I. Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica. Terapia ocupacional en la infancia: teoría y práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2008. p.66-68.

8.- Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de terapia ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.

9.- Simó Algado S, Urbanowski R. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [-consultado el 14-2-2008-]; (3). Disponible en: http://www.revistatog.com/num3/expertoI.htm

10.- Simó Algado S, Urbanowski R. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [-consultado el 14-2-2008-]; (3). Disponible en: http://www.revistatog.com/num3/expertoII.htm

11.- Chapparo C; Ranka J. El Modelo de Ejecución Ocupacional (Australia): Una descripción de los constructos y estructura. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [-consultado el 14-2-2008-]; (6): [58 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num6/pdfs/modelos 1.pdf

12.- Chapparo C; Ranka J. Modelo de Desempeño Ocupacional (Australia) (OPM-A): definición de términos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [consultado el 14-2-2008-]; (6): [8 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num6/pdfs/modelos 2.pdf

13.- Iwama Mk. El modelo Kawa (río): naturaleza, flujo vital y poder de la terapia ocupacional con relevancia cultural. En: Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes. 1º ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p.214-228.

14.- Iwama MK, Simó Algado S. El Modelo Kawa (Rio). TOG [revista en Internet]* 2008 [consultado el 5 de noviembre de 2008]; 5(8): [24 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo2.pdf

15.- Kielhofner G. Una perspectiva en la historia, status actual, y futuro de la terapia ocupacional [Monografía en Internet]. 10º ed. TOG (A Coruña): APGTO; 2007 [consultado el 14 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf

16.- Grobler A, Weideman Z. Eating disorders. En: Mogotsi M, Roebert KL, Nye M, Grobler A, Weideman Z, Ramano E, Alers V. (2007) Occupational therapy prescribed minimum benefits: POTsGroup. [consultado el 14 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.otasa.org.za/pots_pmb.pdf

17. Sanz Valer, P. Aplicaciones de la terapia ocupacional en los trastornos de conducta alimentaria. Clasificación. Adiestramiento y reeducación de la somatognosia y comunicación corporal. Reestructuración de las actividades de la vida diaria. El equipo multiprofesional. Ámbitos de aplicación. En prensa 2008.

18.- Piran N, Kaplan AS, Lorie Shekter-Wolfson, M.S.W. , Janis Winocur, M.Sc. , Elaina Gold, R.N. Paul E. Garfinkel, M.D. director. A day hospital group treatment program for anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Brunner / Mazel Publishers. ed. New York: editorial; 1900. p. 110.

LA IMPORTANCIA DEL AMBIENTE EN LA OCUPACIÓN HUMANA.

THE IMPORTANCE OF THE ENVIRONMENT IN THE HUMAN OCCUPATION.

Palabras clave del autor: Terapia Ocupacional, Ambiente, Arousal, Ocupación Humana

Keys Words: Occupational Therapy, Environment, Arousal, Human Occupation

DECS: Terapia ocupacional, ambiente, arousal, ocupación.

MESH: Occupational therapy, environment, arousal, ocupation

Autora:

Dña. Laura Vidaña Moya

Terapeuta ocupacional en el Centro Socio-sanitario Albada. Corporació Parc Taulí, Sabadell. Profesora colaboradora de la "Escola Universitària Creu Roja", Terrassa. lvidana@tauli.cat

Texto Recibido: 5/11/08

Texto Aceptado: 3/06/09

RESUMEN

Dada la importancia del ambiente para la terapia ocupacional, en este artículo se presentan los conceptos básicos tomados del modelo de la ocupación humana, que a su vez se nutre de la psicología de la emoción y la motivación y la ecología humana. En el presente artículo se expone el concepto de ambiente y las bases neuro-fisiológicas que nos explican como relacionar los aspectos del ambiente con el impacto que tienen sobre la persona, y por lo tanto en su ocupación. A continuación se describe en detalle las características de sus dimensiones, en este caso los objetos y espacios, las tareas, los grupos sociales y la cultura. Por último, se ofrece una herramienta para poder aplicar todos estos contenidos a la práctica, ya sea para analizar el ambiente de la persona con la que trabajamos o de nuestra institución, para a posteriori realizar el manejo ambiental conveniente.

SUMMARY

In view of the importance of the environment for the occupational therapy, in this article is presented the basic concepts taked by the model of human occupation, that in turn it is provided of the emotion and motivation psychology and human ecology. In the present article is exposed the concept of environment and the neuro-physiological basis that explain us how to connect the aspects of the environment with the impact that have on the person, and therefore in his occupation. Then it is described in detail the characteristics of its dimensions, in this case are as follows: objects, spaces, tasks, social groups and culture. Finally, is offered a tool for the application of these concepts to the practice, either for to analyse the environment of the person with whom we will work or our institution, for a later stage realize the environmental suitable management.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Vidaña Moya L. Hipoterapia, una experiencia con personas con trastorno mental crónico. Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Parayas. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 232-243 Disponible en:

http://www.revistatog.com/suple/num5/ambiente.pdf

INTRODUCCIÓN

El ambiente es sin duda la herramienta básica del terapeuta ocupacional. Conocer todas sus dimensiones nos permite en nuestra

práctica clínica adaptarlo en función de la necesidad de estímulo o demanda de la persona con la que trabajamos. Cuanto más extenso sea el conocimiento de sus características, más precisa será nuestra intervención.

Un par de conceptos

Existen un par de conceptos básicos que son importantes para entender el significado de ambiente y su relación con la ocupación. El *Medio Ambiente* son las características físicas y sociales particulares del contexto específico en el cual se hace algo que tiene impacto sobre lo que uno hace y sobre el modo en que se hace. En consecuencia, el *Impacto Ambiental* es la influencia real (en la forma de oportunidad, demanda, soporte o restricción) que tienen los aspectos físicos y sociales del medio ambiente sobre un individuo en particular (1).

Si tomamos las bases teóricas de la psicología de la emoción y la motivación como punto de partida, es importante introducir el concepto de *activación o arousal* que Elisabeth Duffy presentó en los años 30. Este hace referencia al estado interno de un organismo que presenta manifestaciones subjetivas (nivel de alerta y sentimientos de excitación) y fisiológicas (pulso, liberación de catecolaminas...).
Para Duffy, estos cambios fisiológicos periféricos reflejan diferentes niveles de "movilización de energía" que acompañan a los estados motivacionales y emocionales (2). El arousal liga los rasgos volitivos de una persona con las propiedades del ambiente. Nuestra causalidad personal marca el nivel de desafío que busca una persona en su desempeño ocupacional, y los valores e intereses nos sitúan en un tipo de ambiente. Así pues, el nivel de activación cambia en respuesta a las condiciones ambientales, a menos que uno esté hiperexcitado (ansioso o excitado) o hipoexcitado (en coma o dormido). La persona hipoexcitada tenderá al aburrimiento, estado que le puede llevar a fantasear, soñar despierto, tener alucinaciones… La persona hiperexcitada estará ansiosa, se sentirá fuera de

control, y en consecuencia inefectiva. Cuando un ambiente nos estimula o nos demanda por encima o por debajo de nuestras posibilidades, la respuesta adaptativa es adaptar el ambiente o dejarlo.

Como terapeutas ocupacionales es interesante conocer cuales son los rasgos ambientales inductores de arousal, para hacer uso de ellos en el momento de adaptar una actividad a las características y necesidades ocupacionales de una persona. Estas son las características físicas del lugar o ambiente y su intensidad o calidad, y las propiedades comparativas entre pasado y presente. La *novedad* sucede cuando nos encontramos en ambientes nuevos o discrepantes con experiencias anteriores. La *sorpresa* deriva de lo inesperado, sucede algo para lo que uno no ha sido preparado con sus experiencias previas. Por último, la *complejidad* es el potencial para el continuo descubrimiento de maneras de experimentar el ambiente. Las propiedades comparativas generan incertidumbre, y por lo tanto invitan a explorar (3).

Así pues, los ambientes dónde nos desempeñamos nos *estimulan* ofreciéndonos oportunidades y recursos que nos permiten elegir y hacer cosas. De igual manera, nos *demandan*, poniendo límites a nuestra acción o dirigiéndola firmemente. Los medios ambientes que desafían las capacidades de una persona tienden a incitar a la participación, la atención y un desempeño máximo. Por otra parte, los ambientes que nos desafían por debajo de nuestras capacidades nos llevan al aburrimiento y al desinterés, pudiendo incluso ejercer influencias negativas en la conducta y el afecto observadas en situaciones de deprivación sensorial. De igual manera, un desafío por encima de nuestras capacidades, nos llevará a estados de ansiedad, estrés y desesperación.

OPORTUNIDADES Y RECURSOS	
ESTÍMULO	DEMANDA
Un juguete Un bosque Un grupo de amigos Recibir instrucciones o guía de alguien	Unas escaleras Las leyes Los requerimientos de nuestros trabajos Las normas sociales

Figura 1. Ejemplos de oportunidades y recursos que nos puede ofrecer el ambiente en que nos desempeñamos (4).

Dimensiones del ambiente que influyen en la ocupación

Las dimensiones del ambiente que influyen en el ambiente, y que por tanto los terapeutas ocupacionales debemos conocer y utilizar como herramienta de trabajo, son variadas y impactan en la persona tal y como podemos observar en la figura 2. Son las siguientes:

- Los objetos que las personas usan cuando hacen cosas.
- Los espacios en donde las personas hacen cosas.
- Las formas ocupacionales o tareas que están a disposición, que se esperan o que están establecidas en el contexto.
- Los grupos sociales con los que nos relacionamos.
- La cultura, que influye tanto en los aspectos físicos como sociales del ambiente.
- El contexto político y económico que influencia las libertades y los recursos relevantes para la ocupación.

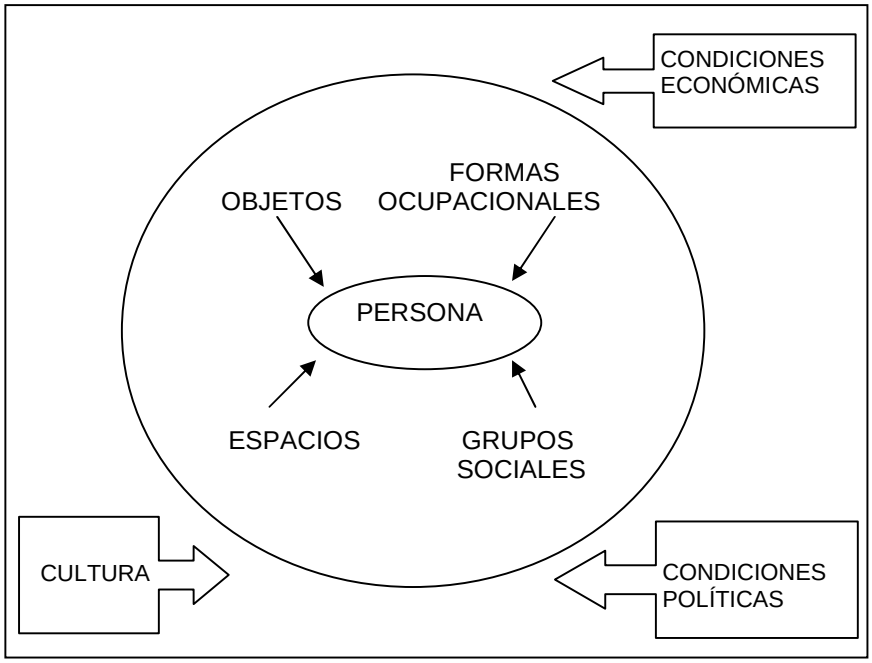


Figura 2. Influencia de las dimensiones del ambiente en la persona (4).

Cada una de estas dimensiones tiene unas características concretas que nos servirán para realizar un manejo ambiental preciso y cuidadoso. Pasamos pues a definir estas dimensiones y a proponer un conjunto de cuestiones que nos pueden ayudar a realizar un análisis del ambiente en el que vamos a trabajar.

Objetos y espacios

Esta dimensión hace referencia a los materiales de la vida diaria con los que interactuamos, que pueden ser naturales o construidos, y cuyas propiedades son la disponibilidad, la flexibilidad, la complejidad y el significado simbólico.

Los *espacios* es donde tiene lugar la ocupación, y pueden ser naturales como un bosque o un lago o construidos como una escuela o una tienda. Sus características determinan que se hace en ellos.

La *disponibilidad* es la presencia o ausencia de los objetos en el espacio y la manera como estos se organizan.

La *flexibilidad* es el potencial para usar los objetos de distintas maneras.

La *complejidad* es el nivel de habilidad requerida para su uso. Esto se relaciona directamente con las capacidades motoras y cognitivas de la persona.

El *significado simbólico* es el concepto del uso y el valor asignado que la persona asigna y/o percibe en los diferentes objetos.

Tareas

El concepto de tarea se refiere a la secuencia de acciones que uno ejecuta para satisfacer requisitos de la sociedad o motivos internos de explorar y ser competente. Sus propiedades son la complejidad, los límites temporales, las reglas o estructura, la seriedad o diversión del ambiente y la complejidad estructural.

La *complejidad* se refiere al nivel de habilidades y al número de etapas requeridas para completar la actividad.

Los *límites temporales* se refieren al tiempo de la actividad. Las tareas pueden ser limitadas en el tiempo y ejecutadas en un período discreto, o ser continuas, ocurriendo en largos intervalos con un término no concreto. Las actividades pueden limitarse a ciertos momentos del día o a ciertas estaciones del año, o pueden ejecutarse de acuerdo a las necesidades de la persona.

El concepto de las *reglas o estructura* hace referencia a la organización interna de una actividad. Esta organización provee de estándares de comportamiento. La rigidez o flexibilidad de las reglas o estructura da a la gente oportunidades de tomar diferentes grados de decisiones, plantear objetivos y ser creativo.

El *nivel de seriedad o diversión* refleja el contexto en el cual la actividad se ejecuta y las consecuencias que se relacionan con el éxito de participación.

La *dimensión social* incorpora dos aspectos importantes de las tareas, su naturaleza pública o privada y el grado en el cual es una actividad cooperativa o competitiva.

Las actividades son públicas o privadas dependiendo de si la intención del resultado es reservado para la persona o para un grupo o audiencia.

Competición y cooperación explican hasta que punto las tareas implican la comparación del rendimiento de una persona con otra o el grado en el cual él o más personas desean trabajar juntas para conseguir ciertos objetivos.

La dimensión social de la tarea tiene la importante función de desarrollar roles de los miembros del grupo.

Grupos sociales

Este concepto se refiere a las unidades colectivas de individuos. Estas unidades incluyen des de las agrupaciones sociales informales y las agrupaciones naturales (la familia), hasta las organizaciones formales.

Diferentes tipos de grupos proveen de diferentes oportunidades de ejecución de roles. Las propiedades que marcan el impacto de este dimensión en la persona son el tamaño, función y objetivos, permeabilidad de los límites y la complejidad estructural.

El *tamaño* hace referencia al número de personas que forman parte del grupo.
La *función u objetivo* del grupo se refiere al propósito principal del grupo. La función del grupo exige la inversión de cierta cantidad de tiempo y forma niveles diferentes de compromiso en función de los roles a desempeñar.

La *permeabilidad de los límites* se refiere a cuan fácil o difícil es ingresar en un grupo y cuan susceptible es el grupo a la influencia de otros que no pertenecen a él.

La *complejidad estructural* es el tipo de redes e interrelaciones existentes entre los miembros del grupo.

Cultura

Consiste en las creencias y percepciones, valores y normas, costumbres y comportamientos que son compartidos por el grupo o sociedad, y pasados de una generación a la próxima a través de la educación formal e informal. Sus propiedades son muchas y amplias, pero si nos centramos en el campo de la terapia ocupacional, nos interesaremos por la naturaleza del trabajo y del ocio, la dimensión del espacio y del tiempo en referencia al trabajo y el ocio y la transmisión formal e informal de conocimientos y valores.

La *naturaleza del trabajo y el ocio* se refiere a la importancia y valor del trabajo y el ocio, las actividades que son consideradas aceptables como tales, y el grado en que la cultura dicotomiza estos comportamientos.

La dimensión del espacio y el tiempo del trabajo y el ocio se refiere a que actividades deben tomar lugar, en qué lugares y cuándo estas actividades deben ocurrir.

La transmisión del conocimiento y los valores se refiere a cómo se desarrolla el proceso de educación formal e informal acerca de juegos y trabajo. (3)

Preguntas para la reflexión en la práctica

OBJETOS	
Disponibilidad	¿De qué objetos disponemos? ¿Dónde están? ¿Se pueden coger fácilmente?
Flexibilidad	¿Cuantas tareas diferentes se pueden hacer con un mismo objeto? ¿Son para usar de forma individual o grupal?
Complejidad	¿Qué habilidades se requieren para usar los objetos que tenemos? ¿Qué grado de dificultad? ¿Es necesario aprender a usar los objetos que tenemos?
Significado Simbólica	¿Qué simbolizan los objetos de los que disponemos? ¿Tenemos una mayoría de objetos para pacientes o para personas? ¿Necesitamos material rehabilitador específico para rehabilitar? ¿Coinciden los valores de la persona con los objetos que utiliza?
TAREAS	
Complejidad	¿Cuantos pasos tienen las tareas propuestas? ¿Se ofrecen distintos niveles de destreza en las actividades que se ofrecen?

Límites temporales	¿Las tareas son limitadas en el tiempo o se realizan de forma continua y en un gran intervalo de tiempo? ¿Las tareas están sometidas a ciertos períodos del día o a ciertas estaciones? ¿Qué ventajas tiene trabajar en un proyecto estable?
Regla o estructura	¿Cómo son de flexibles las reglas de las tareas propuestas? ¿Cómo afectan a la complejidad de la tarea las reglas que las rigen?
Seriedad/ Diversión	¿A qué tipo de rol están asociadas las tareas propuestas? ¿Qué importancia le da el grupo social pertinente a la tarea? ¿Cuanta habilidad individual necesita la realización de la tarea?
Dimensión social	¿La tarea es de naturaleza pública o privada? ¿La tarea es competitiva o cooperativa?
GRUPOS SOCIALES	
Tamaño	¿Cuantas personas están involucradas en el grupo? ¿Los roles tienden a estar repartidos o se comparten?
Función u objetivos	¿Qué propósito tienen estos grupos? ¿Cuanto tiempo demanda a los usuarios esta función?
Permeabilidad de los límites	¿Es fácil unirse al grupo? ¿Qué requisitos hacen falta para unirse al grupo? ¿Alguna característica homogénea? ¿Alguna preparación específica? ¿El grupo es susceptible a las presiones externas?
Complejidad estructural	¿Qué tipos de redes e interrelaciones existen entre los miembros del grupo? ¿Hay jerarquías importantes dentro del grupo?
CULTURA	
La naturaleza del	¿Qué valor tiene el trabajo en nuestra sociedad?

trabajo y del ocio	¿Qué valor tiene el ocio en nuestra sociedad?
La dimensión del espacio/ tiempo en referencia al trabajo y al ocio	¿Qué tiempo le destinamos al trabajo? ¿Qué tiempo se le dedica al ocio? ¿Qué espacio se utiliza para el trabajo? ¿Qué espacios se utilizan para el ocio?
Transmisión de conocimientos y valores	¿Qué vías de aprendizaje formal existen en nuestra cultura? ¿Qué vías de aprendizaje informal existen en nuestra cultura?

Figura 3. Preguntas para reflexionar en la práctica

BIBLIOGRAFÍA

(1) Kielhofner, G. Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2004.

(2) Fernandez E, Jiménez P, Martín D. Emoción y motivación. La adaptación humana. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces; 2003.

(3) De las Heras C. G. Teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana 2004., primera parte. Reencuentros.

(4) Kielhofner G.Model Of Human Occupaction. Theory and application. 4th ed. Lippincott Williams y Wilkins;2008.

HIPOTERAPIA, UNA EXPERIENCIA CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL CRÓNICO. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA PARAYAS.

HIPPOTHERAPY, AN EXPERIENCE WITH MENTAL CHRONIC DISORDERS. CENTRE OF PSYCHIATRIC REHABILITATION PARAYAS.

Palabras clave del autor: Terapia Ocupacional, Salud Mental, Rehabilitación psicosocial, Trastorno Mental Crónico, Hipoterapia, Calidad de vida

Key words: Occupational Therapy, Mental Ealth, Psychosocial Rehabilitation, Mental Chronic Disorders, Rehabilitación Psicosocial, Hippotherapy, Quality of life

DECS: Terapia Ocupacional, Salud mental, Rehabilitación Aspectos Psicosociales, Transtorno Mental, Calidad de vida.

Mesh: Occupational Therapy, Mental health, psychology rehabilitation Mental Disorders, Quality of Life

Autores:

Esperanza Álvarez-Miranda
Terapeuta Ocupacional Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Parayas. Cantabria

Rosa I. Marañón González
Psicóloga Clínica Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Parayas. Cantabria

Texto Recibido: 18/03/09

Texto Aceptado: 3/09/09

RESUMEN

A lo largo de los últimos años la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a personas con Trastorno Mental Crónico. Se configura como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas y que se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, a la mejora de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria. Dentro de ese conjunto de estrategias encuadraríamos la Hipoterapia, como un nuevo recurso a utilizar con determinados pacientes en esta lucha por mejorar su calidad de vida.

Los datos que se presentan a continuación, muestran la comparación entre los obtenidos del estudio piloto de seis meses y medio de duración, desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Parayas (C.R.P.P.) entre los meses de septiembre de 2002 y marzo de 2003 (como fase previa a la implantación del programa de intervención) y los datos obtenidos durante el desarrollo del programa en el segundo semestre del año 2007. Podríamos decir que la actividad ha demostrado su eficacia, con la obtención de los beneficios esperados, produciéndose una mejoría en las áreas valoradas como deficitarias (higiene y apariencia personal, relaciones sociales, autonomía y desempeño de tareas, afectividad y conductas problema). Esta mejoría comienza a apreciarse en un periodo de tiempo breve y se generaliza a otros ámbitos de la vida de estas personas.

SUMMARY

Throughout last years the Psychosocial Rehabilitation has come being formed as a field of intervention of increasing importance and interest in the community attention to persons by Mental Chronic Disorder. It's a set of strategies of psychosocial and social intervention that they complement to the pharmacological interventions and of managing of the symptoms and that are orientated fundamentally to the improvement of the personal and social functioning, to the improvement of the quality of life and to the support to the community integration. Inside this set of strategies we would fit the Hipoterapia as a new resource to using with someone of the patients in this fight for improving their quality of life.The information that we present now shows the comparison between the results obtained of the pilot study of six months and a half of duration developed in the C.R.P.Parayas between September 2002 and March 2003 (as phase before the introduction of this therapy program) and the information obtained during the development of the program in the second semester of the year 2007.We might say that the activity has demonstrated its efficiency, with the obtaining of the awaited benefits. Producing an improvement to them in the deficits areas valued (hygiene and personal appearance, social relations, autonomy and performance of tasks, affectability, and conducts problem), improvement that is begun to estimate in a brief period of time and that is generalized to other areas of the life of these persons.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:
Álvarez Miranda E, Marañón Gonzáles RI. Hipoterapia. Una expresión con personas con trastorno mental crónico. Centro de Rehabilitación psiquiátrica Parayas. TOG (A Coruña) .TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 244-262 Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/hipoterapia.pdf

INTRODUCCIÓN

El término Terapia Asistida con Animales «pet-therapy» define dos tipos distintos de terapia. En la más básica, se trata simplemente de disfrutar de la compañía de un animal doméstico (un perro, un gato, un pájaro), mediante la cual se pueden obtener beneficios tanto a nivel físico como psíquico. En el otro caso, en cambio, se trata de auténticas co-terapias de rehabilitación con la ayuda de animales, no necesariamente domésticos: caballos, delfines, etc., coordinadas por un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, pedagogos, instructores, terapeutas especializados, entrenadores de los animales, veterinarios etc), como complemento de otro tipo de tratamientos, y que están dirigidas a personas con problemas físicos y psíquicos graves. Esta terapia se emplea de forma sistemática desde los años 50 – 60, aunque sus ventajas se conocen desde tiempos muy antiguos (Hipócrates).

Partiendo de los estudios y el conocimiento que sobre los trastornos mentales crónicos existe hoy en día, en el C.R.P.P (Cantabria) se han desarrollado un conjunto de programas transversales dirigidos a intervenir en las áreas de funcionamiento psicosocial habitualmente afectadas. El programa de hipoterapia surgió como un nuevo recurso dirigido a incrementar la interacción social, mejorar la autoestima, el desempeño de tareas y los problemas psicomotrices, en personas con trastorno mental crónico.
La finalidad de este programa es utilizar el caballo y su entorno como objeto intermediario dado que influye en el sujeto en su totalidad, aportando beneficios a niveles cognitivos, afectivos, comunicativos, conductuales y de personalidad.

Definimos los trastornos mentales crónicos o severos, como aquellos trastornos mentales graves de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Las personas con estos trastornos pueden mostrar déficits en las siguientes áreas:

- Funcionamiento cognitivo (orientación espacio-temporal, atención, percepción, concentración y procesamiento de la información, comprensión, memoria, abstracción, ...).
- Autocuidado y autonomía (aseo y apariencia personal, hábitos de vida, vivienda, manejo social...). Área laboral.
- Autocontrol y manejo de estrés.
- Relaciones interpersonales (habilidades sociales, resolución de problemas, habilidades de comunicación...).
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, apatía, anhedonia ...)
- Conciencia de estar enfermos. Insight.

La cronicidad conlleva esta pérdida de atributos y la rehabilitación va a hacer hincapié precisamente en los déficits que cada persona presente, para tratar de recuperar y/o adquirir, en la medida de lo posible, aquellas competencias necesarias para manejarse en el medio social y familiar con la mayor adaptación y autonomía.

METODOLOGÍA

Descripción de la planificación y de la aplicación del programa

Programa en el marco de la salud mental. Se ha elegido este estudio debido a las peculiaridades de este tipo de terapia alternativa y a la escasez de estudios, sobre la misma en el ámbito a tratar, de que se dispone hasta el momento.

Planificación del programa

La experiencia se inició con un estudio piloto de seis meses y medio de duración desarrollado en el C.R.P.P. entre los meses de septiembre de 2002 y

marzo de 2003 como fase previa a la implantación del programa de intervención, con la posterior consolidación del mismo hasta la actualidad.

Contexto donde se llevó a cabo el estudio

El programa piloto se coordina desde el C.R.P.P. (Cantabria) y es llevado a cabo en un Centro de Equitación Terapéutica, en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Centro inscrito como centro de Rehabilitación en el Colegio Oficial de Médicos de Cantabria, donde a su vez trabajan con otros grupos de poblaciones tales como: discapacitados intelectuales, parálisis cerebral, hemipléjicos, jóvenes marginales , etc .

Evaluación de las necesidades

Necesidad normativa: modelo de atención conocido como "Psiquiatría Comunitaria" de cuyos principios teóricos destacamos:

- La intervención en fases iniciales del trastorno mejora el pronóstico
- Se deben implementar medidas de rehabilitación y reinserción social que favorezcan la reincorporación del paciente a su medio.

Necesidad expresada: existe una necesidad de alternativas diferentes a las ya existentes y con posible componente ocioso en el área de la rehabilitación, para determinados usuarios para los que las terapias más clásicas o tradicionales ofrecen resultados insuficientes.

Necesidad comparativa: dado el número de usuarios que reciben tratamiento médico en el centro y el número de actividades transversales de que se dispone, se establece la necesidad de ampliar la oferta.

Necesidad percibida: los usuarios del centro solicitan actividades diversas fuera de este con un fin ocioso. Por otro lado manifiestan a su vez conciencia respecto a los problemas, especialmente de tipo social, que poseen debido a su enfermedad. Con la hipoterapia, pretendemos dar salida a ambas peticiones.

Descripción del programa y de los objetivos planteados

Se denomina hipoterapia a la actividad rehabilitadora a través del cuidado (alimentación, higiene y adiestramiento) y paso cadencial del caballo. Consiste en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para producir estímulos sobre el paciente. Este tipo de movimiento resulta ser el único, en el reino animal, semejante al del ser humano. Además el contacto con el caballo y el entorno novedoso y estructurado en que se desarrolla la actividad aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, afectivos, comunicativos, conductuales y de personalidad. Por su naturalidad, la equitación terapéutica influye en la persona en su totalidad y el efecto en todo el cuerpo puede ser profundo.

Así establecemos los siguientes *objetivos*:

Generales

- Mejora de la afectividad
- Mejora de la socialización
- Mejora en el desempeño de tareas
- Mejora de la psicomotricidad (en caso necesario)

Específicos

- Mejorar problemas de conducta
- Disminución de la ansiedad
- Fomento de la autoconfianza y autoestima
- Toma de iniciativas y aumento de la actividad
- Incremento de la comunicación, de la interacción social y del interés por el entorno
- Capacidad de adaptación a nuevos entornos
- Sentimientos de gratificación y/o placer ante una actividad
- Asumir responsabilidades y desempeño de tareas
- Mejora de la atención y la concentración
- Estimulación del sistema sensomotriz

Operativos

- Conseguir el material necesario para llevar a cabo la actividad
- Realización de las sesiones en el horario previsto
- Asistencia y participación activa continua de al menos el 80% de los participantes
- Implicación de parte del personal en la supervisión y seguimiento del grupo
- Valoración positiva de la experiencia tanto por parte de los participantes como por el equipo de rehabilitación.

Desarrollo del programa-piloto (septiembre 2002 – marzo 2003)

Recursos materiales del programa

- Vacunas antitetánicas (tanto el personal implicado como los pacientes han sido vacunados, como medida profiláctica, antes de comenzar la actividad).
- Escalas de evaluación.
- Furgoneta del C.R.P.Parayas para el desplazamiento hasta el centro de equitación.
- Económicos: traslados y coste de las sesiones.

Perfil de los usuarios

Se ha formado un grupo de máximo 5 participantes. Dirigido, inicialmente, a aquellos que:

- Han obtenido pocos beneficios con otras terapias más tradicionales, utilizando esta alternativa paralelamente a las que ya se venían aplicando.
- Déficit en una o varias áreas en las que se espera puedan obtener beneficios con esta terapia.
- Sin sintomatología activa positiva significativa que dificulte o impida su adaptación a un nuevo ambiente y/o a las exigencias de la actividad.
- No existencia de patología orgánica incompatible con la actividad.

Evaluación de los usuarios

- Derivación desde su unidad de ingreso.

- Entrevista individual con la terapeuta ocupacional y la psicóloga clínica responsables. El objetivo será informar sobre el funcionamiento del grupo y el tratamiento a realizar, así como conocer sus expectativas, motivaciones, etc.
- Escala de Valoración de Conductas Adaptadas/Problema, de Autonomía y Socialización (diseñada, por las autoras del trabajo, para recoger la valoración realizada desde las unidades sobre el comportamiento de los pacientes antes de comenzar la actividad, durante y después de llevar un tiempo en ella). ANEXO I.
- Programa individualizado de rehabilitación: objetivos específicos a trabajar en las áreas de afectividad, sociabilidad y desempeño de tareas. Se plantearon unos objetivos concretos que se han ido valorando trimestralmente.
- Registros postsesiones del comportamiento de los participantes en las diferentes áreas trabajadas.

Equipo de trabajo

El centro de equitación posee las instalaciones adecuadas, así como personal cualificado, existiendo una gerente médico, y tres monitores de equitación.

Los recursos humanos utilizados desde nuestro centro han sido los siguientes:

- Una educadora y una terapeuta ocupacional, de modo presencial, durante las tres primeras sesiones. Una terapeuta ocupacional en las siguientes.
- Terapeuta ocupacional y psicóloga clínica en la planificación, desarrollo y evaluación del programa; así como en la evaluación inicial de los participantes, la selección de los objetivos específicos a trabajar con cada uno de ellos y en las evaluaciones trimestrales.
- Médico psiquiatra y psicóloga clínica en la evaluación psicopatológica y funcional.

Actividades del programa

A cada usuario se le asigna un caballo con el que trabajará durante todas las sesiones. El objetivo es que se establezca un vínculo afectivo con el animal que nos permita trabajar los déficits que presenta el usuario.

Agrupamos las actividades según los estímulos que proporcionen y el área que se trabaja, aunque hay aspectos como la afectividad que se trabaja transversalmente en todas las actividades. Así agrupamos las actividades en:

Actividades de desempeño de tareas: aseo y cuidado del caballo e instalaciones, cuidado y mantenimiento del material.

Actividades de monta: paseo (paso,trote), ejercicios de equilibrio y coordinación en el caballo, de orientación espacial, verticalidad y tono muscular entre otras.

Actividades de socialización: saludo, despedida, respeto de normas, trabajo en equipo, asumir responsabilidades, toma de iniciativas.

El programa-piloto en su conjunto se desarrolla a lo largo de seis meses y medio, incluyendo en este intervalo temporal todas las fases. En un primer momento se da a conocer el programa tanto a las unidades hospitalarias como a los responsables de las mismas.

Posteriormente, y de acuerdo a las derivaciones propuestas, se realiza la selección de los usuarios que se incluirán en este programa piloto. Antes de comenzar el tratamiento, la Terapeuta Ocupacional y Psicóloga Clínica realizaron una entrevista individual a cada sujeto. Se utilizó una Escala de Valoración de Conductas Adaptadas/Problema, de Autonomía y Socialización (diseñada para recoger la valoración realizada desde las unidades sobre el comportamiento de los usuarios antes de comenzar el tratamiento, durante este y una vez finalizado; aproximadamente cada tres meses). Ver ANEXO I.

Así mismo se realiza un programa individualizado, objetivos concretos a trabajar con los distintos pacientes, en las áreas de afectividad, comunicación, desempeño de tareas y psicomotricidad. Estos objetivos se han ido valorando trimestralmente y mediante registros postsesiones del comportamiento de los usuarios en las diferentes áreas trabajadas. Al finalizar la sesión se realiza la evaluación del proceso según las escalas y registros ya mencionados.

Las sesiones de hipoterapia se realizan en el centro de equitación, una vez a la semana durante 2-3 horas. Estas se estructuran en: saludo inicial, cuidado y aseo del caballo, monta, cuidado y mantenimiento del material utilizado y despedida.

RESULTADOS

Datos del programa 2002-2003

- Número de participantes 7 (6 hombres / 1 mujer)
- Edad media 30 años
- Asistencia media de los usuarios 100%
- Diagnósticos:
    - Esquizofrenia Paranoide 4
    - Esquizofrenia Residual 2
    - Esquizofrenia Desorganizada 1

Resultados de la escala de valoración de conductas adaptadas/problema, de autonomía y socialización (2002-2003)

Esta escala valora cinco áreas del funcionamiento diario del individuo: la higiene y apariencia personal, las relaciones sociales, la autonomía y desempeño de tareas, la afectividad y las conductas problema. Con el objetivo de apreciar si ha habido cambios y si estos se han generalizado, desde su comienzo en la actividad.

Ha sido diseñada para ser realizada por el personal auxiliar y/o enfermería de las unidades, dado que su trato con los usuarios es muy intenso. Se realiza en la evaluación inicial y en evaluaciones trimestrales, siendo lo deseable que sea realizada siempre por las mismas personas. Esto último no ha sido posible en todos los casos (turnos de trabajo, no estar ya en el centro el personal inicial, estar en otra unidad o recurso diferente...) lo que ha afectado a alguna de las

puntuaciones obtenidas, dada la visión subjetiva que las distintas personas tenemos respecto a los aspectos evaluados. (modelo de escala en ANEXO I).
Se puede apreciar una evolución positiva en todas las áreas, siendo más significativa en el desempeño de tareas (aprox. 12 puntos) y en la afectividad (aprox. 21 puntos). Se analiza también la relación de los resultados obtenidos con el diagnóstico clínico de los usuarios y su nivel de funcionamiento psicosocial. Apreciándose unos mayores beneficios en las personas con Esquizofrenia Residual y un nivel bajo de funcionamiento (sintomatología negativa), así como en aquellos con necesidades afectivas.

Desarrollo del programa segundo semestre 2007

Los criterios de inclusión de participantes así como los medios de derivación y evaluación han sido exactamente los mismos que se han utilizado desde el 2002. Manteniéndose igualmente el personal responsable.

Datos del programa durante el segundo semestre de 2007

- Número de participantes 8 (3 hombres / 5 mujeres)
- Edad media 40 años
- Asistencia media de los usuarios 99%
- Diagnósticos:
  - Esquizofrenia Paranoide 3
  - Esquizofrenia Residual 1
  - Descompensación Psicótica 1
  - Trastorno de Personalidad 1
  - Episodio Depresivo mayor con sintomatología Psicótica 1
  - Trastorno Esquizoafectivo 1

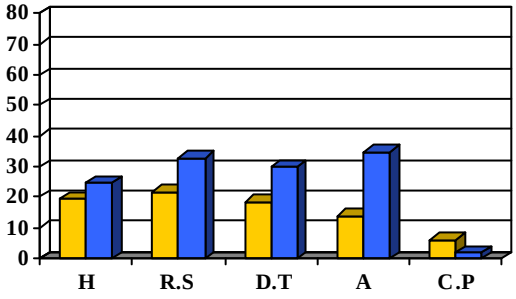
Resultados escala de valoración de conductas adaptadas/problema, de autonomía y socialización (2º semestre 2007)

Se pueden apreciar beneficios significativos en todas las áreas, destacando los

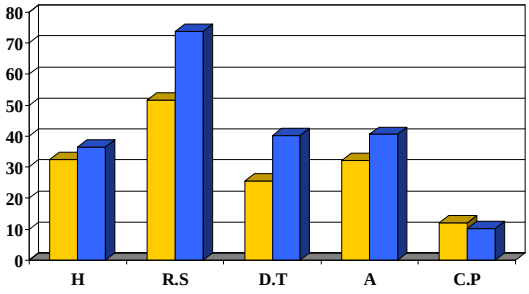
obtenidos en el área de socialización (aprox. 22 puntos), desempeño de tareas (aprox. 14 puntos) y en la afectividad (aprox. 18 puntos).

Comparativa resultados puntuaciones medias en las diferentes áreas

2002-2003



2007



Valoración inicial

Valoración final

Comparativa datos 2002-3 y 2007

Como puede observarse en las gráficas comparativas se sigue manteniendo en todas las áreas una mejora considerable, aunque también se observan diferencias entre ambas gráficas.

Lo que mas llama la atención es que el punto de partida de los participantes que corresponden al segundo semestre de 2007 es considerablemente mejor que el de los de 2003. Esto es debido a que en el 2003 el perfil de los participantes en la actividad era principalmente el de personas con las que otro tipo de terapias más tradicionales habían obtenido escasos resultados, con un funcionamiento defectual. A partir de esta experiencia se fue modificando progresivamente el perfil de los participantes, eliminando el criterio de inclusión "escasos beneficios en otras terapias más tradicionales". Incluyéndose personas con un nivel deficitario considerablemente menor en todas las áreas y con un menor deterioro social (se puede apreciar en la gráfica cómo en el 2007 las

personas partían de un mejor nivel en su capacidad para relacionarse socialmente y su mejora significativa).

Así mismo, habría que destacar que a pesar de que se ha trabajado con distintos diagnósticos clínicos, inicialmente se comenzó con esquizofrenias ampliándose progresivamente a diagnósticos variados. No siendo el diagnóstico un factor determinante para la inclusión en el programa sino más bien los déficits detectados. Este es uno de los motivos principales de la inclusión de personas con un perfil distinto al propuesto inicialmente, pero también habría que mencionar que los cambios estructurales que se produjeron en nuestro centro propiciarían un cambio en el perfil de los usuarios del mismo. Cambio motivado por la reestructuración de la asistencia sanitaria en salud mental en nuestra Comunidad Autónoma y la adaptación a un modelo de normalización e integración en la comunidad.

Pero lo mas destacado y la razón por la que consideramos que era interesante presentar este artículo es que los resultados son positivos a pesar de que cambien las características de los participantes y que las mejoras se mantienen en el tiempo proporcionando una rehabilitación mas rápida, completa y de mayor calidad de vida para los participantes, así como una fuente de satisfacción.

CONCLUSIONES

Consideramos, que en general, la actividad ha demostrado su eficacia en la obtención de los beneficios esperados para nuestros usuarios, produciéndose una mejoría en las áreas valoradas como deficitarias. Mejoría que comienza a apreciarse en un periodo breve de tiempo y que se generaliza a otros ámbitos de la vida de estas personas.

No sin olvidar que esta actividad terapéutica es una parte del tratamiento integral que reciben los usuarios, ya que paralelamente reciben otros tratamientos que también estarán incidiendo en su evolución[1].

[1] V Curso Superior de Eduacación Sanitaria: Animales de compañía y salud. Diputación Regional de Cantabria. 1995-1996.

A la vista de los resultados obtenidos en el programa-piloto consideramos interesante continuar esta actividad e incorporarla a la carta de servicios de C.R.P.P. La experiencia acumulada en su desarrollo en años posteriores, hasta la actualidad, ha ratificado su eficacia en personas con T.M.C.

Las áreas en las que se han apreciado mejoras más significativas, independientemente del perfil de los usuarios (diagnóstico, edad, sexo, años de evolución de la enfermedad,…) han sido:

Desempeño tareas (aspectos mejorados):

Mayor organización del pensamiento, mayor organización del comportamiento que se refleja en la comprensión y seguimiento de órdenes verbales tanto simples como complejas, en nivel de concentración en la tarea, la planificación y secuenciación de los pasos a realizar, en la memorización (especialmente a corto plazo) y en la calidad de las ejecuciones. Así mismo, aumenta en número de iniciativas por parte de los participantes y en consecuencia su nivel o grado de actividad en general, asumiendo mayor número de responsabilidades.

Afectividad (aspectos mejorados):

Se observa una clara mejora en el estado de ánimo general: los participantes se muestran satisfechos y contentos y lo exteriorizan mediante sonrisas y verbalizaciones. Hay una mayor tolerancia a la frustración y tiende a desaparecer la evitación de nuevas situaciones mejorando el afrontamiento de las mismas. Se muestra gran interés por conocer todo el entorno que rodea al caballo, tanto a nivel del centro en sí, como de la forma de vida de estos animales y sus necesidades, razas, tipos, diferencias... lo cual contribuye a romper el aislamiento y superar la apatía que caracteriza a este tipo de pacientes proporcionándoles una actividad en la que son capaces de llevar a cabo actividades y superar situaciones que parecían imposibles, mejorando notablemente su autoestima y su autoimagen proporcionando emociones positivas y agradables.

ANEXO I: ESCALA DE VALORACIÓN DE CONDUCTAS ADAPTADAS /PROBLEMA, DE AUTONOMÍA Y SOCIALIZACIÓN

Tiempo de muestra: últimos 30 días.

Puntuaciones: de 1 (más baja) a 5 (más alta). Poner una cruz en la casilla adecuada.

ÁREA: HIGIENE Y APARIENCIA PERSONAL

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Se ducha de forma autónoma										
2. Se peina diariamente										
3. Se afeita o cu - 257 -ida su barba/ se depila										
4. Se corta o cuida las uñas										
5. Hace su cama diariamente										
6. Si se mancha se cambia de ropa										
7. Aspecto limpio y cuidado										
8. Cuidado y orden de sus cosas										

Observaciones de los entrevistadores:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Cara , brazos, manos se observan limpios										
2. El pelo está limpio										
3. Su ropa parece limpia y arreglada										
4. La ropa es coherente con la época del										

año										

ÁREA: RELACIONES SOCIALES

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Inicia conversaciones con el personal										
2. Se sitúa cerca del personal										
3. Mantiene conversaciones con el personal										
4. Inicia conversaciones con compañeros										
5. Mantiene conversaciones con compañeros										
6. Escucha a otros										
7. Su conversación es sensata y coherente										
8. Saluda al entrar o salir de la unidad										
9. Mira a los ojos cuando habla										
10. Mira a los ojos cuando le hablan										
11. Mantiene la mirada										
12. Habla en grupo										
13. Se relaciona con compañeros										
14. Ayuda a otras personas										

Observaciones de los entrevistadores:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Mira a los ojos cuando le hablan										

2. Mira a los ojos cuando habla										
3. Mantiene la mirada										
4. Postura adecuada										
5. Escucha cuando le hablan										
6. Modales y educación										
7. Puntualidad										

ÁREA: AUTONOMÍA Y DESEMPEÑO DE TAREAS
Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Realiza actividades en el centro										
2. Realiza actividades fuera del centro										
3. Cumple con sus compromisos										
4. Comprende las órdenes verbales simples										
5. Comprende las órdenes verbales compl.										
6. Sigue las instrucciones										
7. Colabora en alguna actividad										
8. Termina las cosas que empieza										
9. Resuelve problemas de forma independiente										

ÁREA: AFECTIVIDAD
Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

1. Estado de ánimo										
2. Tolerancia a la frustración										
3. Se le observa tranquilo										
4. Sonríe										
5. Muestra interés por las cosas										
6. Se muestra satisfecho con las cosas										
7. Muestra interés por estar con personas										
8. Demanda de atención										
9. Satisfacción relaciones con su familia										
10. Solicita salir del centro solo										
11. Solicita salir del centro acompañado										

ÁREA: CONDUCTAS PROBLEMA

Puntuación: de 1 (no se da esa conducta) a 5 (la conducta aparece con alta frecuencia)

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Autolesiones										
2. Gritos o insultos										
3. Enfrentamientos con compañeros										
4. Abandono de la unidad o centro sin permiso										
5. Irritabilidad cuando se le lleva la contraria										
6. Violencia física hacia otros										

7. Violencia física hacia objetos										
8. Incumplimiento de las normas										
9. Conductas disruptivas										
10. Robos										

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldaz, J, Vazquez C. Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.; 1996.

2. Autores varios. El hombre y los animales de compañía: Beneficios para la salud. En: I y II Congreso Internacional. 2ª ed. Barcelona: Fondo editorial Fundación Purina; 1992- 1994.

3. Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. 1ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 1998.

4. Liberman, R. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. 1ª ed. Barcelona: Martines Roca; 1993.

5. Osejo Psiq-Lautra, E. Equitación terapéutica. En: XIII Salón internacional del caballo. Jornadas internacionales. Barcelona; Fundación CIREM; 2001

6. Pérez-Llantada M C, López de la Llave A. Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos. Madrid: Dyckinson. 1999.

7. Rodríguez González A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide. 1997.

8. Asociación de zooterapia de Extremadura. Arte a Caballo: Hipoterapia. Rev todo caballo. P 1-11

9. Fundación María Rivero. Que es la hipoterapia [sede web]. Valencia: Fundación María Rivero; 1998 - [actualizada el 3 de agosto de 2008; acceso 12 de enero de 2009]. Disponible en: http://centrohipoterapia.galeon.com/index.htm

10. En plenitud.com. [sede web]. Madrid: En plenitud.com; 2000 [acceso 12 de enero de 2009]. De Salamanca I. Terapia Asistida con animales. Disponible en http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=1715

LA ATENCIÓN A LA PSICOSIS INCIPIENTE: ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

ATTENTION TO INCIPIENT PSICOSIS: ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY.

Palabras clave del autor: Terapia Ocupacional, Psicosis Incipiente, Intervenciones psicosociales

Key words: Occupational Therapy, Incipient psychosis, psychosocial interventions

DECS: Terapia Ocupacional, Trastornos Psicóticos, Apoyo Social

Mesh: Occupational Therapy, Psychotic Disorders, Social Support

Autor:
D. José Ramón Bellido Mainar
Licenciado en Ciencias del Trabajo. Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social Terapeuta Ocupacional y Responsable de Formación Continuada de GSS-Hospital de Santa Maria. Lleida

Texto Recibido: 5/11/08

Texto Aceptado: 3/06/09

RESUMEN

Desde principios de los años 90, se ha configurado el concepto de intervención en la psicosis incipiente. Este nuevo planteamiento de entender la psicosis se basa en explicar la enfermedad en las siguientes fases: premorbida, prodómica, primer brote, psicosis, remisión y recaída. Tradicionalmente la psiquiatría y en especial la Terapia Ocupacional ha intervenido en la última fase, en la recaida, momento donde los niveles de deterioro funcional son ya muy significativos. El nuevo paradigma plantea el tratamiento de la psicosis en sus manifestaciones más incipientes. ¿Cuál sería la aportación de la Terapia Ocupacional las fases iniciales de la psicosis? la Terapia Ocupacional pretende minimizar el proceso psicotóxico y sociotóxico de la psicosis que tantos estragos genera en la funcionalidad del paciente psicótico. La Terapia Ocupacional proporciona al paciente la oportunidad de habilitar al paciente en las competencias básicas para el afrontamiento del estrés, imprescindibles para alcanzar una funcionalidad óptima. El rasgo distintivo de la Terapia Ocupacional es el trabajo de estas habilidades de afrontamiento del estrés desde las áreas ocupacionales consensuadas por nuestra profesión. Además aportamos nuestras intervenciones dirigidas a generar y consolidar una motivación ocupacional dañada por los efectos de la enfermedad y que impacta en la proyección futura de un proyecto de vida. La intervención de la Terapia Ocupacional tiene que estar enmarcada en el tratamiento global de las fases iniciales de la psicosis.

SUMMARY

Since the early 90s, has configured the concept of intervention in emerging psychosis. This new approach to understanding the psychosis is based on explaining the disease in the following phases: premorbid, Prodomo first outbreak, psychosis, remission and relapse. Traditionally, psychiatry, and particularly the Occupational Therapy has intervened at the last stage, relapse, time in which the levels of functional impairment are already very significant. The new paradigm raises the treatment of psychosis in its most nascent. What would be the provision of the Occupational Therapy the initial stages of psychosis? Occupational Therapy aims to minimize the process and psicotoxico sociotóxico of psychosis that generates so much havoc on the functionality of the psychotic patient. The Occupational Therapy gives the patient an opportunity to empower the patient in basic skills for coping stress, essential to achieve an optimum functionality. The distinctive feature of the Occupational Therapy is the work of these coping skills from the areas of occupational stress by consensus of our profession. In addition we provide our interventions to build and consolidate an occupational motivation damaged by the effects of the disease and that impacts on the future projection of a life plan. The

intervention of the Occupational Therapy has to be framed in the comprehensive treatment of the early stages of psychosis.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Bellido Mainar JR. La atención a la Psicosis Incipiente: Rol de la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 263-282 Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/psicosispdf

Introducción

El concepto de Psicosis Incipiente se encuentra enmarcado en el paradigma de las fases tempranas en las enfermedades mentales. Dicho paradigma entiende la enfermedad mental como un continum (figura 1) que presenta una primera fase denominada premorbida donde la enfermedad comienza a gestarse de forma insidiosa y difícilmente detectable, continua en lo que se denomina la fase prodrómica, caracterizada por la aparición de los primeros síntomas significativos en compañía de otros síntomas inespecíficos. La enfermedad puede estancarse en la fase prodrómica o evolucionar hacía la aparición de los síntomas propios de la enfermedad mental. Los últimos estadios, serían la fase de remisión donde se produce una estabilización de los síntomas psicopatológicos y la fase de la recaída.(1) La intervención desde este paradigma se basa en intervenir en las primeras fases iniciales para prevenir la aparición de la enfermedad y si no ha sido posible diseñar e implantar un conjunto de intervenciones que permitan reducir al máximo el tiempo que se tarda en llegar a la estabilización de los síntomas para minimizar las consecuencias de la enfermedad y evitar posibles recaídas futuras. (1)

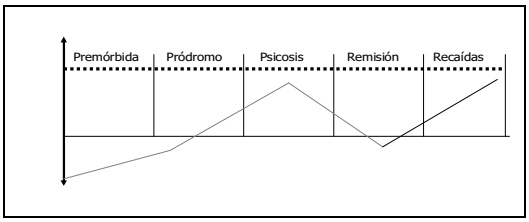


Figura 1. Evolución de la enfermedad mental

METODOLOGÍA

Las hipótesis de trabajo que sostienen autores como Vázquez-Barquero (1) son las siguientes:

1. Se ha elaborado un concepto de psicosis sesgado y distorsionado por que en la mayoría de las muestras de pacientes estudiadas se han mezclado: La enfermedad mental establecida + los efectos de los fármacos antipsicóticos + la cronicidad.
2. La no intervención en las fases iniciales de la psicosis o inmediatamente después del primer brote psicótico ha "permitido" el desarrollo de los efectos psicotóxicos, neurotóxicos y sociotóxicos propios de la psicosis. La suma de estos tres efectos provoca la cronicidad o deterioro tan difícil de mejorar y que tanto afecta a la calidad de vida de los pacientes.

La intervención en la psicosis incipiente pretende reducir el tiempo de la enfermedad sin tratar (DUI), que es el periodo que comprende desde el inicio de las fases pre-psicótica, generalmente largas y con síntomas confusos, hasta que se instaura el primer tratamiento. Algunos autores piensan que gran parte de la discapacidad se establece y se acumula en estas fases prepsicóticas y puede durar entre 2-5 años (2). Si se reduce la DUI podremos prevenir la toxicidad de la psicosis gracias a la plasticidad del psiquismo humano (Larsen et. al., 2001). También la intervención en la psicosis incipiente persigue reducir el tiempo de duración de la psicosis sin tratar (DUP), que es el periodo que comprende desde que se inicia el primer episodio psicótico hasta que se comienza el tratamiento. Existe un periodo crítico después del primer brote

psicótico que oscila entre 2-5 años donde se cristalizan el deterioro funcional que caracteriza a la psicosis. La intervención en este periodo nos permitiría prevenir la cronicidad de la psicosis (2).

Por lo tanto tenemos que pasar de un modelo basado en la remisión de síntomas a un modelo de la recuperación (Liberman y Kopelowicz 2005) basado en:

1. Remisión sintomatológica
2. Orientar las intervenciones hacia la recuperación del paciente de sus roles productivos.
3. Consecución por parte del paciente de un estilo de vida independiente
4. Mantenimiento de las relaciones sociales.
5. Recuperar el 36-45% de los pacientes psicóticos sin tratar.

Un conjunto de autores cuestionan la intervención temprana en psicosis ya que afirman que solamente un 41% de los pacientes detectados con síntomas prodómicos pasan a una psicosis, por tanto puede suponer un conflicto ético la instauración de un tratamiento psicofarmacológico y la estigmatización que supone el diagnóstico de psicosis a un elevado número de pacientes que no desarrollarían la psicosis (Yung et al., 2003). Por otro lado estos autores si que defienden las intervenciones psicosociales, ya que disminuyen el deterioro, el sufrimiento y recuperan una narrativa de esperanza.

RESULTADOS

Desde los años 90 se están implantando progresivamente programas específicos para la atención de la psicosis en sus fases incipientes. Estas intervenciones se articulan en programas para la atención de los pródomos y programas dirigidos al primer episodio psicótico.

Programas Fase de Pródomos

El grupo de Melborne (3) desde finales de los años 90 ha elaborado un programa de intervención basado dos estrategias (Figura 2):

1. ***Estrategias de Detección***: Se incluyen intervenciones dirigidas a informar y educar a la población general de esta forma la sensibilizar en especial a los adolescentes y padres de la importancia de detectar a tiempo los signos iniciales de la psicosis y de esta forma acudan a los servicios médicos antes de que aparezca el primer brote psicótico. Además se organiza un programa formativo a profesionales tanto de las redes sociosanitarias como educativas que tiene un contacto directo con la población diana, por lo tanto pueden detectar y derivar a los servicios de salud mental a los adolescentes que presenten signos susceptibles de ser clasificados en una fase prodrómica.

2. ***Estrategias de Intervención:*** Se incluyen un abanico de intervenciones. En primer lugar es fundamental estrategias que refuercen la alianza terapéutica, clave para mantener la adherencia al tratamiento de un sector de población resistente a los tratamientos de salud mental como son los adolescentes. En segundo lugar iniciar un trabajo de psicoeducación al paciente y fundamente a la familia para minimizar el impacto emocional que supone la palabra psicosis. Seguidamente se introducen la terapia cognitiva para el manejo de los síntomas psicóticos atenuados o intermitentes y el tratamiento psicofarmacológico basado en antipsicóticos atípico. Imprescindible iniciar un tratamiento para abordar la problemática de abuso de sustancias que presentan estos pacientes, ya que debido a los altos niveles de angustia y ansiedad que soportan han encontrado en los tóxicos unos "ansiolíticos" de fácil acceso y aceptados en sus grupos de iguales. El programa de Melbourne aconseja sesiones de orientación de apoyo laboral y vocacional. Me gustaría nombrar al grupo de Colonia (1), porque es de los pocos programas para las fases de pródomos que

incluyen la terapia grupal, concretamente 15 sesiones donde se abordan temas de habilidades sociales y resolución de problemas. (Ver figura 2)

Programas Primeros Brotes Psicóticos

En este punto se describen tres programas dirigidos al primer episodio psicótico.

Servicio de Intervención Temprana de Birmingham (1)

Es un programa (figura 3) basado en una intervención continuada de 24 horas donde se combinan servicios de atención ambulatoria dirigidos a la detección e intervención de los primeros brotes psicóticos con intervenciones de carácter residencial en aquellos casos que sea necesario una hospitalización completa. Se procura implantar la atención en entornos no estigmatizantes por tanto la atención ambulatoria como la hospitalaria no se realiza en entornos sanitarios. Incluso se crea un centro de acogida para aquellos pacientes que requieran un ingreso residencial pero el formato, la localización y la estructura difiere de las unidades de hospitalización psiquiátrica. El tratamiento psicosocial esta incorporado tanto en la intervención ambulatoria como en la residencial. (Ver figura 3)

Estrategias de Detección
Información y educación a la población general
Formación a profesionales en contacto con población diana
Formación a profesionales de la red sanitaria

Estrategias de Intervención
Alianza Terapéutica
Psicoeducación al paciente y familia
Terapia Cognitva para el manejo de los síntomas psicóticos intermitentes o atenuados
Antipsicóticos "atípicos"
Tratamiento del Abuso de sustancias
Orientación/consejo/apoyo vocacional y laboral
Grupo de Colonia: 15 sesiones grupales donde se incluyen sesiones de HH.SS. Y Resolución de Problemas

Figura 2: Programas Fase Prodrómica

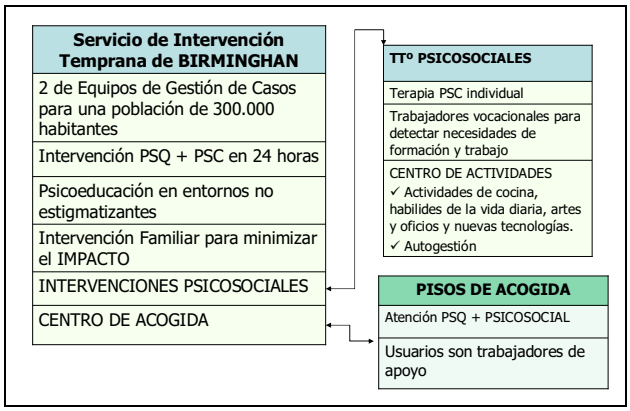


Figura 3: Programa Intervención Temprana de Birmingham

Programa Asistencial para las Fases Iniciales de Psicosis de Cantabria

Dentro del ámbito español el programa de Cantabria (1) es unas de las intervenciones en primeros brotes psicóticos con más años de experiencia y mayor evidencia científica. Se base en un equipo de trabajo conformado por un psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajadora social que interviene en el primer episodio psicótico desde el primer momento que es derivado por la red ambulatoria u hospitalaria. Dicho programa se ordena en tres fases cronológicas (Figura 4). Existe una fase inicial que se busca la alianza terapéutica y la estabilización clínica de los síntomas. Después viene una fase intermedia entre 6 meses y 1 año de duración. En dicha fase el tratamiento se basa en la recuperación de las habilidades de afrontamiento y el manejo de los síntomas positivos y negativas. De esta forma se pretende evitar las recaídas y trabajar en el periodo crítico. Por ultimo una fase final que puede durar hasta 3 años en los que se refuerzan los aspectos trabajados en las fases anteriores intentando prevenir el deterioro que ocasiona en la persona la toxicidad de la enfermedad. Durante el proceso de intervención se articula un protocolo de evaluación funcional donde se valora el ajuste premorbido y su evolución posterior. También en el programa encontramos un protocolo de intervención (Figura 5) donde se combinan la intervención farmacológica, psicológica y en menor medida la social.

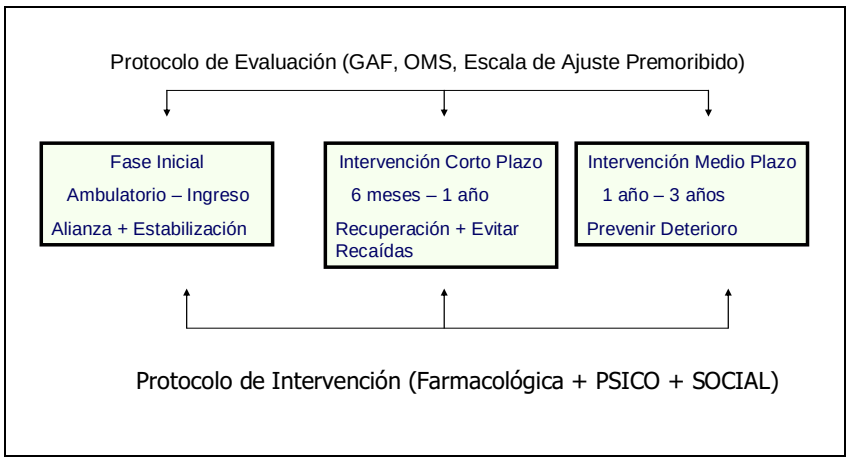


Figura 4: Programa Asistencial Cantabria (I)

TRATAMIENTO PSICOLOGICO
Terapia PSC individual y familiar
Manejo de Sintomatología Positiva
Sesiones de orientación conductual para la mejora de HH.SS y Resolución de Problemas
Sesiones sobre el consumo de tóxicos
INTERVENCIÓN SOCIAL
Orientación Laboral
Coordinación con otros dispositivos asistenciales

Figura 5: Programa Asistencial Cantabria (II)

Equipos de Atención al Trastorno Psicótico Incipiente (4)

En la Comunidad Autónoma de Cataluña impulsado por el Plan Director de la Salud Mental en Cataluña, se están implantando progresivamente en las distintas regiones sanitarias unos equipos de atención al trastorno psicótico incipiente (EATPI) ubicados en los Centros de Salud Mental (Figura 6). La dedicación profesional es parcial, el Plan Director no marca las figuras profesionales que tienen que participar, cada servicio escoge los perfiles profesionales. En el caso del Servicio de Salud Mental y Drogodependencias del Hospital de Santa Maria, en Lérida los profesionales son: psiquiatra, psicóloga y trabajadora social a dedicación parcial. Además en coordinación con este equipo en los distintos dispositivos asistenciales donde acudir pacientes con un primer episodio psicótico existe un profesional de enlace con el equipo de atención a la psicosis incipiente. Este profesional enlace realiza las labores de detección y derivación progresiva a los EATPI. En una primera fase se prioriza por estrategias de intervención cuyos tratamientos están en consonancia con los distintos programas nombrados anteriormente. El Plan Director contempla una segunda fase donde se diseñen estrategias de detección precoz y sensibilización comunitaria.

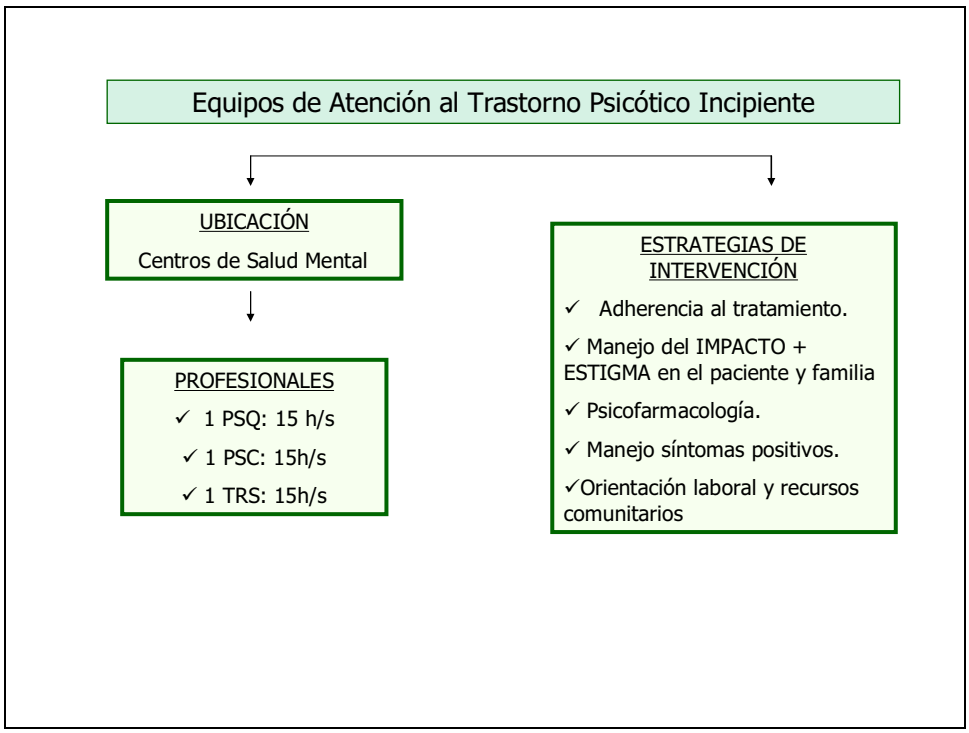


Figura 6: Programas de los EATPI

RESULTADOS

Tal como estamos viendo a lo largo del artículo el deterioro funcional ocasionado por la psicosis se concentra en la fase prodrómica, que puede durar de 2-5 años, e incluso puede llegar a una disminución de 30 puntos en la *GAF* y en los cinco años siguientes desde el primer episodio psicótico. Además el nivel de recuperación funcional después de un primer brote psicótico viene dado por el nivel de funcionalidad previa. Por tanto la intervención en la psicosis incipiente queda plenamente justificada si nos atenemos al grave deterioro funcional que se produce en las primeras fases de la psicosis. Las guía clínicas (5) internacionales recomiendan programas dirigidos a una recuperación integral, donde la recuperación de la funcionalidad se convierte en uno de los ejes de los programas de atención a la psicosis incipiente. Pero habiendo revisado los programas de intervención en nuestro contexto europeo nos encontramos que el abordaje orientado a recuperar y favorecer la funcionalidad presenta varias carencias. Podemos observar una escasez de

intervenciones grupales donde se trabajan los componentes del desempeño de una forma estructurada y continuada. Únicamente el grupo de Colonia en el caso de los programas para la fase prodómica contempla sesiones grupales, centradas en la mejora de las habilidades sociales y en la resolución de problemas. En el caso de los programas de intervención en primeros episodios psicóticos desarrollados en España las intervenciones psicosociales grupales no aparecen y las individuales pasan a un segundo plano debido a la poca "dedicación" asistencial de profesionales con un perfil más psicosocial. Nos encontramos con una reduccionismo de la funcionalidad al área laboral sin profundizar en áreas tan importantes como son las áreas educativas, autonomía personal y ocio/tiempo libre. El área de participación social se contempla desde la psicoterapia individual dirigida a mejorar las habilidades sociales. Incluso desde la perspectiva de las habilidades personales, la mejora en las habilidades emocionales no aparece de forma estructurada. Los distintos programas no contemplan adaptaciones de los recursos existentes a las necesidades específicas de la psicosis incipiente. Por la revisión bibliográfica efectuada, únicamente el grupo de Melbourne nombra la figura del Terapeuta Ocupacional. Por tanto la Terapia Ocupacional puede realizar aportaciones muy interesantes en el abordaje de la funcionalidad. Proporciona al paciente la oportunidad de habilitar al paciente en las competencias básicas para el afrontamiento del estrés, imprescindibles para alcanzar una funcionalidad óptima. El rasgo distintivo de la Terapia Ocupacional es el trabajo de estas habilidades de afrontamiento del estrés desde las áreas ocupacionales consensuadas por nuestra profesión desde un formato grupal e individual. Además aportamos nuestras intervenciones dirigidas a generar y consolidar una motivación ocupacional dañada por los efectos de la enfermedad y que impacta en la proyección futura de un proyecto de vida, vinculando al paciente a un proyecto de recuperación funcional sostenido en el tiempo enfocando el tratamiento desde una óptica de la recuperación que contribuye a minimizar el impacto que supone para el paciente y la familia el diagnóstico de psicosis. En el presente artículo un modelo de intervención desde la óptica de la Terapia Ocupacional

3.1 Rol de la Terapia Ocupacional en la Fase de Pródromos

Esta fase podemos observar lo que se denomina (6) el "síndrome avanzadilla" caracterizado por un deterioro de la función cognitiva/emocional y la aparición de las primeras alteraciones corporales unido a un conjunto de síntomas ansioso-depresivos agravados con conductual más impulsivas como las autolesiones y abuso de sustancias. Lo que subyace en estos cambios conductuales es un "fracaso" de las habilidades de afrontamiento del estrés. Nuestra intervención puede responder a la necesidad de dotar a los adolescentes de mayores estrategias de manejo del estrés. Es fundamental habilitar a los pacientes dos capacidades imprescindibles para el manejo del estrés: la habilidad para la resolución de problemas (función ejecutiva) y las habilidades para manejarse en las relaciones sociales (habilidades socio/emocionales). Un ejemplo de trabajo de las capacidades para la resolución de problemas (figura 7) sería el siguiente:

a) Identificación de problemas más significativos para el paciente por áreas ocupacional
b) Diseño de planes cognitivos orientados a la resolución de los problemas identificados, contemplando las distintas alternativas para trabajar la flexibilidad de respuesta.
c) Revisión de los planes cognitivos después de la ejecución de los mismos.

(Ver figura 7)

Respecto a las habilidades socio/emocionales debido a la flexibilidad pensamiento existente en los adolescentes la intervención se divide en dos pasos:

a) Potenciar y favorecer el razonamiento social (figura 8)
b) Reforzar el razonamiento social a través de técnicas de ensayo de conducta.

(Ver figura 8)

AUTOMANTENIMIENTO	EDUCATIVA	PARTICIPACIÓN SOCIAL
Preparar el desayuno	Buscar por Internet	Organizar una fiesta de cumpleaños
Recoger la habitación	Preparar un examen	Iniciar una conversación con un amigo
Comprar el material escolar	Preguntar al profesor	Expresar un problema a los padres
Desplazarse en trasporte público	Realizar los deberes	Expresar un deseo a un hermano/a
Pedir ayuda a un vecino..	Apuntarse a una actividad extraescolar	Decir que NO a tóxicos
Revisión de planes: huelga de autobuses, no funciona Internet, etc..		

Figura 7: Resolución de Problemas y Terapia Ocupacional

¿Qué deberías hacer si?	Razones por las cuales la mayoría de la gente….	¿Qué cosas diferentes serían probables que te ocurrieran si…?	¿Cuándo sería socialmente apropiado y socialmente inapropiado que..?	¿Qué sería lo apropiado cuando…?
Estas presenciando una pelea	Se hacen regalos a personas importantes	Te irritas y gritas demasiado en un grupo	Hicieras una llamada a cobro revertido	Un amigo te dice que le gusta tu móvil
Algo te gusta de un amigo	Intenta cuidar su aspecto	Bebes demasiado	Gritaras o te rieras	Un profesor te llama la atención
Te han hecho una crítica	Le gustaría dejar de fumar	No cumples lo comprometido	Dieras un consejo	Surge un imprevisto

Figura 8: Razonamiento Social

Estas intervenciones de Terapia Ocupacional se pueden encuadrar en un formato grupal e individual e incluso e un entorno de trabajo "institucional"

tanto en el medio escolar como en una hospitalización parcial. No debemos olvidarnos de realizar un trabajo individual dirigido a una orientación ocupacional sobre alternativas constructivas de organización del tiempo libre y una orientación vocacional ya que es muy probable que el paciente se encuentre muy confundido en dichas áreas. En definitiva la finalidad de la Terapia Ocupacional en la fase de pródromos es minimizar el impacto de los síntomas en la funcionalidad, y en el caso de que ocurre el brote psicótico, que el paciente parta de un nivel máximo de funcionalidad, indicador de mejor pronóstico.

3.2 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Unidad de Agudos

Cuando un paciente con un primer brote psicótico entra por primera vez en una unidad de agudos se siente totalmente impactado y percibe el entorno hospitalario como una "cárcel" rodeado de personas que no le comprenden ni entienden. La existencia de un programa de actividades de Terapia Ocupacional contribuye a crear un espacio terapéutico que favorece la disminución de las defensas y reticencias del paciente y el inicio desde el primer momento de las intervenciones dirigidas a una recuperación integral, tal como recomiendan las guías clínicas (5). Un posible programa de actividades indicado para pacientes con un primer episodio psicótico podría ser el siguiente:

- Fomento de las Actividades de Autocuidado.
- Actividades de Estimulación Cognitiva.
- Actividades de descarga y control de la ansiedad.
- Actividades de orientación a la realidad
- Actividades de expresión y prevocacionales o educativas

3.3 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Hospitalización Parcial

La hospitalización parcial es un dispositivo asistencial que presenta una serie de características que le hace ser un candidato idóneo para empezar a trabajar el periodo crítico tan importante en el caso en los primeros episodios psicóticos (4). Estos rasgos del Hospital de Día son:

- No romper sus vínculos comunitarios.
- Introducir de manera intensiva un tratamiento muy variado:
    - Tratamiento y ensayos farmacológicos.
    - Terapia cognitiva-conductual para el manejo de los sintomas positivos.
    - Conciencia de enfermedad
    - Tratamiento de la disfunción ocupacional y construcción de función la función ocupacional
    - Manejo del impacto emocional en la familia

Desde la Terapia Ocupacional podríamos trabajar paralelamente la habilitación/rehabilitación de las habilidades funcionales imprescindibles para un manejo adaptativo del estrés, la recuperación de la funcionalidad en las cinco áreas de la ocupación humana y un trabajo individual orientado acompañar en la comunidad todo el trabajo realizado en las actividades de carácter grupal.

Las actividades indicadas para trabajar la habilitación/rehabilitación de las habilidades funcionales podrían ser las siguientes:

- Programa de estimulación cognitiva.
- Programa de Resolución de problemas.
- Programa de Habilidades de comunicación e interacción:
    - Identificación de emociones.
    - Expresión de emociones y opiniones.
    - Decir que NO.
    - Aceptar la crítica.

Las actividades descritas en la fase de los pródomos también podrían ser validas en pacientes con un primer episodio psicótico

Para la recuperación de la funcionalidad en las cinco áreas de la ocupación humana podríamos tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- A. Productiva/Estudios:
  - Variedad de actividades prevocacionales.
- A. Automantenimiento:
  - Cuidado de la Salud
  - Abuso de Tóxicos.
- A. Ocio/Participación Social:
  - Abanico de actividades de ocio individual.
  - Actividades de ocio comunitarias.

La orientación ocupacional individual tendría basarse en los siguientes principios:

- "Radiografiar" su motivación ocupacional
- Orientación Vocacional y en ocio/tiempo libre
- Pactar y acompañar el establecimiento por parte del paciente de una rutina ocupacional eficiente y flexible.
- Incidir en el equilibrio ocupacional: ciclos de actividad-descanso-sueño.

En definitiva la intervención desde la Terapia Ocupacional permite al paciente:

- Comience a construir un "hacer" con sentido: Ocupación Significativa.
- Un "hacer" adaptado a la sintomatología: Terapia.
- Un proyecto de vida
- Vínculos familiares y amigos

3.4 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Servicios de Rehabilitación Comunitaria

Algunos de los pacientes con un primer brote psicótico necesitan continuar su recuperación integral desde los dispositivos rehabilitadores de carácter comunitario. En un principio la situación más adecuada sería derivar a pacientes previamente trabajados desde los Hospitales de Día. La intervención de carácter psicosocial se podría encuadrar de la siguiente manera:

1. Habilitación/rehabilitación de las habilidades funcionales:
    - Programa de Psicoeducación
    - "Paquete" Terapéutico para el manejo del estrés.
    - Programa tratamiento de la Patología Dual (7).
    - Actividades prevocacionales.
2. Orientación y apoyo en actividades ocupacionales comunitarias:
    - Actividades de Ocio vinculados o no al centro.
    - Actividades formativas.
    - Actividades de Empleo Protegido.
    - Grupo de Soporte.
    - Orientación en la Inserción laboral

3.5 Rol de la Terapia Ocupacional en el Primer Episodio Psicótico: Equipos de Atención al Trastorno Psicótico Incipiente (EATPI)

El rol de la Terapia Ocupacional en los EATPI consistirá en contestar a las siguientes preguntas relacionadas con las necesidades ocupacionales de estos pacientes:

1. ¿Quien puede ofrecer una valoración de la funcionalidad a nivel integral?
2. ¿Quien puede ofrecer una intervención en los componentes del desempeño/habilidades funcionales en un contexto grupal?

3. ¿Quien puede ofrecer una "reparación" de la fractura de la narrativa volicional provocada por el impacto que supone la enfermedad?
4. ¿Quien puede ofrecer un acompañamiento en sus desafíos ocupacionales que le permita reforzar la autoconfianza?

CONCLUSIONES

Respecto al tratamiento global las conclusiones son las siguientes:

- La atención integral a la psicosis incipiente basada en un modelo de recuperación integral nos permite prevenir el efecto "devastador" de la psico-neuro-socio toxicidad de la Psicosis.
- Todos los autores coinciden en la importancia capital de las intervenciones psicosociales pero en los programas actuales no están lo suficientemente consolidadas por lo tanto se da la paradoja de que los niveles de funcionalidad previos y posteriores al primer episodio psicótico son un indicador de primer rango a la hora de valorar el pronóstico de la psicosis pero los programas específicos para mejorar la funcionalidad están escasamente organizados y dotados de profesionales con un perfil más psicosocial.
- Es necesario diseñar e implementar una investigación paralela, para confirmar el paradigma actual de la enfermedad mental establecida y por motivos éticos debido al alto número de "falsos positivos.

Respecto a Terapia Ocupacional:

- Somos una oportunidad para "Reparar" la identidad ocupacional.
- Somos sus acompañantes en el desarrollo de su competencia ocupacional y la búsqueda de desafíos.

- Situar en igualdad de condiciones el abordaje de lo "cotidiano" frente a la importancia que se le concede el tratamiento más psicofarmacológico y psicoterapéutico de la sintomatología positiva y negativa
- Tenemos que conocer de forma exhaustiva la Psicosis, nos proporciona el rol de clínico ante nuestros compañeros y el rol de experto ante el paciente y familiares.
- Los programas de atención a la psicosis incipiente son un "nicho de mercado" para la expansión de la Terapia Ocupacional.
- Para evitar conflictos de competencias con otros profesionales con un perfil psicosocial debemos conocer nuestros modelos y herramientas propias de intervención.

AGRADECIMIENTOS

Luis Maria Berrueta Maeztu a todo el equipo del Hospital de Día de Salud Mental del Hospital de Santa María.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Vázquez Barquero JL, Crespo Facorro B, Herrán A. Las Fases Iniciales de las enfermedades mentales: Psicosis. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

(2)Laculat L, coordinador. Proposta de Desenvolupament d'un model d'atenció als trastorns psicótics incipients: Documents de Treball. 2ª ed. Barcelona: Forum Salut Mental; 2006.

(3) Gleeson J, McGorry P. Intervenciones psicológicas en psicosis tempranas. 1ª ed. Madrid: Desclée de Broker; 2006.

(4) Comité d'expert de Salut Mental a Catalunya. Plà Director de Salut Mental a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya; 2006.

(5) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatament of patients with schizophrenia. 2ª ed. Washington: APA; 2004.

(6) Vallina O, Alonso M, Gutiérrez A, Ortega JA, García A, Ferrandez P, et al. Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis: Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. ASMR [revista en Internet] 2003 [Marzo 2005]; 2 (2). Disponible en: http://bibliopsiquis.com/asmr/0202/0202adu.htm

(7) Roberts L, Shaner A, Eckaman T. Cómo superar las adicciones: Entrenamiento de habilidades para pacientes con equizofrenia y patología dual. Barcelona: Fundació Seny; 2001

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:

La Salud Mental

Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

Como citar este libro en sucesivas ocasiones

Valles Jorda M, Alarcón Fernandez R, Angulo Garcia A, Ferré Cabré M, Ganga Linares E, Luque Susín A et al., compiladores. Uniendo ideas hacia un mismo objetivo:La Salud Mental. Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2009 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num5/suple5.pdf

Este libro se acabó de maquetar en Reus y Ferrol en Diciembre de 2009

Versión electrónica imprimible

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo: La Salud Mental. Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. ©

Uniendo ideas hacia un mismo objetivo: La Salud Mental. Actas de las II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. ©

Promueve y Coordina:

Revista de Terapia Ocupacional Galicia. Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Reus