

# HACIA UN MODELO DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL: DESARROLLO DEL MODELO.

## TOWARDS A MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE: MODEL DEVELOPMENT

### Autoras

#### Dña. Christine Chapparo

*Master en Letras, Profesora de Terapia Ocupacional, Terapeuta Ocupacional Titulada, Miembro de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, es Catedrática en la Facultad de Terapia Ocupacional de la Universidad de Sydney.*

#### Dña. Judy Ranka

*Licenciada en Ciencias, Master en Letras, Terapeuta Ocupacional Titulada, es profesora en la Facultad de Terapia Ocupacional de la Universidad de Sydney.*

#### Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

Chapparo C; Ranka J.: Hacia un modelo de desempeño ocupacional: Desarrollo del Modelo. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-fecha de la consulta-]; volumen 5 (num 1): [44 p.]. Disponible en:  
[http://www.revistatog.com/num7/pdfs/modelos\\_1.pdf](http://www.revistatog.com/num7/pdfs/modelos_1.pdf)

**Esta traducción se realiza con el consentimiento de las autoras del documento original titulado: Towards a model of occupational performance: Model development. Publicado por primera vez en Chapparo, C. & Ranka, J. (1997). Modelo de Desempeño Ocupacional (Australia): Monografía 1. Red OP: La Universidad de Sydney**

### **Transcripción realizada por equipo de Traductores de Revista TOG**

Dña. Cristina Gutiérrez Borge

Dña. Patricia de la Fuente López

Dña. Tania Colias Sebastián

Dña. Mar Crespo Bustos

Dña. Ana Losa Rincón

### **Traducción Revisada por**

**Dña. Sylvie Christinat Souto**

Terapeuta Ocupacional.

Asociación

Miembro del Comité de Difusión de Revista TOG.

**D. Miguel Ángel Talavera Valverde**

Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria Ferrol

Director de Revista TOG

[www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)

**Traducción y adaptación al español realizada entre los meses de Octubre 2007 a Enero 2008**

**Publicación y divulgación del documento por Revista TOG [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)**

### **Agradecimientos del Comité Editor de Revista TOG.**

Agradecemos las facilidades ofrecidas por las autoras de este documento para su publicación en esta revista.

## RESUMEN:

Este artículo ha esbozado el proceso de construcción del modelo que ha tenido como resultado un modelo de Desempeño Ocupacional. El estímulo para el desarrollo del modelo vino de la percepción de la necesidad de un modelo conceptual de la práctica de la terapia ocupacional y las ocupaciones humanas que fuera capaz de organizar el contenido de la terapia ocupacional dentro del currículo universitario en La Universidad de Sydney. El modelo actual incorpora ocho constructos fundamentales que incluyen: desempeño ocupacional, rol ocupacional, áreas ocupacionales, componentes del desempeño ocupacional, elementos centrales del desempeño ocupacional, ambiente, espacio y tiempo. Estos constructos emergieron a través de un proceso circular de teorización que incluía una revisión del material publicado, realización de pruebas sobre el terreno, reflexión y construcción del modelo. Este proceso circular continúa y la forma actual del modelo es considerada como una fase en la evolución de futuras nociones conceptuales del desempeño ocupacional.

El principal propósito del plan de estudios universitario de terapia ocupacional en la Universidad de Sydney es preparar a los estudiantes para las demandas académicas, prácticas y éticas de la práctica de la terapia ocupacional (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986). Como parte de la antigua Facultad de Educación Avanzada, Universidad Cumberland de Ciencias de la Salud (CCHS<sup>1</sup>), a la Facultad de Terapia Ocupacional se le exigió, por parte del Consejo de Enseñanza Superior, que realizase importantes revisiones del plan de estudios cada cinco años. La meta de estas revisiones era aumentar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje, promover estándares académicos como los exigidos en las licenciaturas y mantener la relevancia de los planes de estudios. En respuesta a estas revisiones del plan de estudios, el plan de estudios universitario ha sufrido un considerable cambio y mejora (Facultad de Terapia Ocupacional, 1975; Facultad de Terapia Ocupacional, 1986). Una de las principales áreas de cambio ha sido el desarrollo de un marco teórico para el plan de estudios que posee dos ideas claves conceptuales integradas. Una de ellas es pedagógica con desarrollo del plan de estudios e implementación que se mueve hacia modos de enseñanza de educación de adultos basados en problemas, dirigiendo así el proceso de enseñanza y aprendizaje dentro del plan de estudios. La otra es el desarrollo de una estructura del contenido del plan de estudios que está basada en nociones conceptuales de desempeño ocupacional y funciones para organizar el contenido dentro del plan de estudios. La evolución del presente plan de estudios universitario es producto de la respuesta de la Facultad a lo largo de un periodo de veinte años para 1) las demandas de preparación por parte de una profesión que se caracteriza por prácticas orientadas a la comunidad diversas y en constante aumento, 2) demandas por parte de los organismos de enseñanza superior de un enfoque coherente de la enseñanza y aprendizaje que sea apropiado para el nivel de educación superior, y 3) la necesidad de un modelo unificador de la práctica de la

---

<sup>1</sup> CCHS = Cumberland College of Health Sciences.

---

terapia ocupacional alrededor del cual organizar el contenido del plan de estudios. Este artículo se centra en el proceso de teorización alrededor de conceptos del desempeño ocupacional. El proceso de construcción del modelo fue inicialmente estimulado por una reestructuración del plan de estudios y posteriormente, continuado por los autores para desarrollar un modelo de desempeño ocupacional que fuese relevante para la práctica de la terapia ocupacional en Australia.

## **ANTECEDENTES**

Documentos sobre el plan de estudios universitario de terapia ocupacional dentro de la Facultad de Terapia Ocupacional, Universidad de Sydney que datan de 1975 a 1995 confirman el vínculo entre la estructura del contenido del plan de estudios y la actual práctica de la terapia ocupacional. Con anterioridad a 1975, el principal modo de praxis en la terapia ocupacional en Nueva Gales del Sur era la terapia basada en el hospital dentro del Departamento de Salud (Alexander, Keogh & Cheesman, 1980). Los documentos sobre el plan de estudios describen el contenido de la terapia ocupacional que era, en buena medida, categorizado de acuerdo con los campos percibidos en la práctica dentro del sistema de salud para grupos de clientes, según eran clasificados por la medicina; por ejemplo ortopedia, neurología, pediatría, psiquiatría, rehabilitación y medicina general. Las materias de la terapia ocupacional, fuertemente influenciadas por los conceptos de la rehabilitación, centrados en la terapia ocupacional en neurología, la terapia ocupacional en psiquiatría y la terapia ocupacional en ortopedia y medicina general (Facultad de Terapia Ocupacional, 1975). Definiciones de las ocupaciones relacionadas con la discapacidad y definiciones de la terapia ocupacional centradas en la provisión de servicios a "individuos o grupos cuyas habilidades para hacer frente a actividades de la vida diaria se viesen amenazadas o afectadas por la discapacidad (Facultad de Terapia Ocupacional, 1975, p.2).

En 1975, se hicieron intentos por parte de los promotores del plan de estudios para dejar de usar modelos médicos para clasificar el contenido del plan de estudios de terapia ocupacional, en respuesta a la creciente especialización en la terapia ocupacional y a las nociones preponderantes de práctica comunitaria.

Las áreas de las materias dentro del plan de estudios reflejaban la gran especialización de los campos prácticos. Materias tales como Procesos Sensorio Motrices, Procesos Psicosociales y Terapia Ocupacional se convirtieron en materias base dentro del plan de estudios. Este hecho reflejó el comienzo de un enfoque conceptual al diseño del plan de estudios a través del cual, la práctica de la terapia ocupacional fue descrita como un compuesto de conocimiento central y habilidades (Terapia Ocupacional), conocimiento especializado y habilidades (Procesos Sensorio Motrices y Psicosociales) y conocimiento básico (Ciencias Biológicas y Ciencias Conductuales).

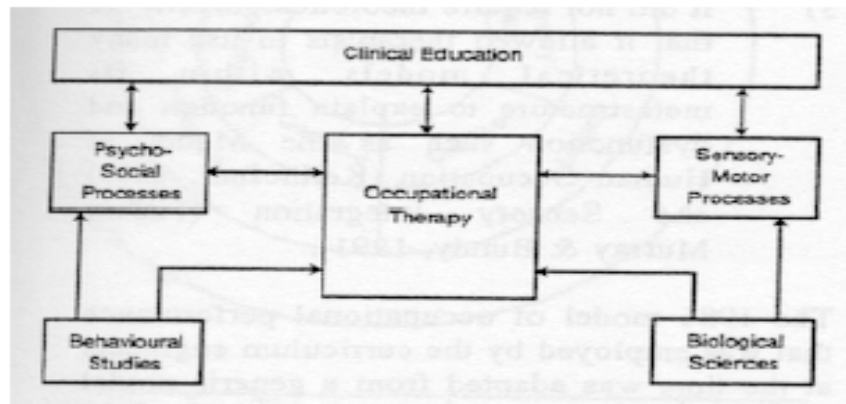


Figura 1: Interrelación de las principales materias dentro del marco del plan de estudios (Terapia Ocupacional, Etapa 3. Submission 1975, p.12). Legenda de la figura Educación Clínica, Procesos Psicosociales, Terapia Ocupacional, Procesos Sensorio Motrices, Estudios Conductuales, Ciencias Biológicas

El objetivo de esta estructura del plan de estudios era permitir a los estudiantes centrarse en los procesos sensorio-motrices y psicosociales que eran vistos como sostén de la práctica de la terapia ocupacional, y estudiar los efectos de la discapacidad en el desempeño ocupacional (Facultad de Terapia Ocupacional,

---

1986). Sin embargo, este modo de dividir el conocimiento y habilidades dentro del plan de estudios, con el tiempo, reforzó las divisiones en la estructura cognitiva del aprendizaje del estudiante entre los aspectos psicológicos, físicos y funcionales de la actuación humana. En última instancia, existía una dicotomía entre lo que era percibido por los estudiantes como terapia ocupacional sensorio motriz, terapia ocupacional psicosocial y terapia ocupacional "legítima" (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986). Aunque este tipo de estructura de plan de estudios "físico" frente a "salud mental" es todavía el más común en todo el mundo, han surgido preguntas acerca del papel que juegan dichas estructuras dicotómicas del plan de estudios en los dilemas prácticos "constituyentes" frente a los "reales", denunciados en la práctica actual de la terapia ocupacional (Yerxa & Sharrott, 1986).

Una revisión del plan de estudios de la estructura de este curso en 1980 dio como resultado dos cambios que reflejaban una inquietud sobre la falta de integración y aplicación conceptual entre las materias. Nuevas materias (Estudios Selectos y Estudios Interdisciplinarios) fueron añadidas al plan de estudios para ayudar a los estudiantes a darse cuenta "del potencial de áreas conceptuales enseñadas en un segmento del curso para ser el fundamento de, complementarias a, o comunes a áreas conceptuales de otros segmentos del curso" (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.5). Sin embargo, una retroalimentación posterior por parte de los estudiantes, titulados y el personal, indicaron que estas materias no eran del todo efectivas, y que hacía falta una estructura diferente del plan de estudios que pusiera un mayor énfasis a "la integración de materias para reforzar la teoría a través de la aplicación" (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.29). Una revisión del plan de estudios en 1985, que incluía una consulta con la profesión a través de preguntas de una encuesta, talleres y grupos de atención, indicó que una inquietud de muchos terapeutas ocupacionales era, cómo educar mejor a los

estudiantes acerca de “la identidad de la terapia ocupacional” (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.30). Revisiones de la obra sobre terapia ocupacional, junto con la aportación proveniente de los profesionales, sugirieron que “la referencia a la participación humana en las ocupaciones” era un tema central constante tanto para la teoría contemporánea como para la práctica (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.31). Una interpretación ulterior de la información acerca de la praxis reunida a partir de estas encuestas y grupos de discusión, indicaba que aunque parecía haber una identidad de la terapia ocupacional que era evidente en la práctica, ésta “no había sido cuidadosamente definida como para permitir el establecimiento de un foco central unificador y organizador” ni para la práctica de la terapia ocupacional ni dentro del plan de estudios (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.30).

Una valoración de la base conceptual del curso en aquel momento indicó que éste no englobaba las visiones presentes o futuras de la práctica de la terapia ocupacional, ni abordaba la naturaleza de las ocupaciones humanas. Específicamente, la evaluación de la documentación del plan de estudios indicaba que la definición conceptual disponible sobre la terapia ocupacional carecía de “un concepto organizador que estableciera con claridad la singularidad de la terapia ocupacional” (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.44). Otra área de preocupación se encontraba en la inconsistencia percibida entre la visión integrada, holística de los seres humanos sostenida por los profesionales de la terapia ocupacional y las nociones del plan de estudios acerca de lo que constituía la “salud” y la “enfermedad” (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.5). En particular, esta revisión indicaba la necesidad de un concepto central unificador de terapia ocupacional para proporcionar una base para el contenido de la terapia ocupacional en el curso universitario. Específicamente, la siguiente afirmación de la



---

Stage IV Review<sup>2</sup> ilustra las dimensiones conceptuales que faltaban en la estructura del plan de estudios. "Una meta para la enseñanza universitaria de la terapia ocupacional debería ser el desarrollar un sentimiento de identidad profesional que les permitiera sentirse seguros en su rol profesional, independientemente del área práctica que escogieran. La utilización de un concepto central unificador de la terapia ocupacional para proporcionar una base conceptual para un programa educacional contribuiría al desarrollo, por parte de los estudiantes, de este sentimiento de identidad profesional. Este concepto central unificador proporcionaría un filtro a través del cual los estudiantes podrían examinar, analizar y seleccionar la información proveniente de unas bases de conocimiento más amplias utilizadas en la terapia ocupacional, así como un punto central para examinar modelos genéricos y prácticos de la terapia ocupacional con el fin de llegar a un marco personal de referencia para la práctica" (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.31).

Como punto de partida en la reestructuración del plan de estudios en torno a un concepto central unificador de terapia ocupacional, se vio que un modelo conceptual para la práctica de la terapia ocupacional podría 1) ilustrar conceptos unificadores dentro de la terapia ocupacional pero teniendo en cuenta el patrón de diversas prácticas, lo cual fue previsto para el año 2000, 2) una explicación más completa de la práctica de la terapia ocupacional así como de la naturaleza de las ocupaciones humanas, e 3) integrar las dicotomías existentes entre las dimensiones física, psicosocial y funcional de la capacidad y la discapacidad humanas.

En 1986, fue desarrollado un marco del plan de estudios basado en nociones contemporáneas de desempeño ocupacional. El desempeño ocupacional fue elegido como una base conceptual y definitiva para el desarrollo de la estructura del plan de estudios porque:

---

<sup>2</sup> Revista Etapa IV

- 1) tenía el potencial para explicar diversas áreas prácticas,
- 2) había cierto respaldo dentro de la literatura sobre terapia ocupacional para su uso como marco unificador para la práctica de la terapia ocupacional,
- 3) no requería una "lealtad" teórica, por lo que permitía a los terapeutas usar diferentes modelos teóricos dentro de su metaestructura para explicar la función y la disfunción tales como el Modelo de Desempeño Humano (Keilhofner, 1985) y la Integración Sensorial (Fisher, Murray & Bundy, 1991).

El modelo de desempeño ocupacional de 1986 que era empleado por los artífices del plan de estudios en ese momento fue adaptado a partir del modelo genérico de desempeño ocupacional descrito por Reed y Sanderson (1983, p.17).

El modelo de Desempeños Humanos (Reed & Sanderson, 1983, p.5) fue modificado para incluir un área componente llamada "creatividad", la cual ilustraba las nociones contemporáneas de creatividad como función unitaria separada de otras áreas componentes de desempeño. Otra modificación puso en relación las funciones componente interpersonal e intrapersonal para formar una dimensión, la psicosocial. Por primera vez, los aspectos cognitivos del desempeño figuraban en la estructura del plan de estudios junto con los aspectos psicosocial y físico tradicionales (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p.88). Este modelo representaba un intento de explicar tanto la naturaleza como los componentes de las actuaciones humanas, así como los componentes de la práctica de la terapia ocupacional, y es el primer modelo conceptual para la práctica del que se tiene constancia que fue adoptado por la Universidad Cumberland de Ciencias de la Salud (actualmente Universidad de Sydney) (Fig. 2). La posición central del individuo indicaba un enfoque de la terapia centrada en el cliente así como en toda la persona. Los atributos físicos, psicosociales y cognitivos de la capacidad humana figuran como **sostenes** de las actividades ocupacionales de automantenimiento, trabajo y ocio. El entorno fue conceptualizado como un elemento que albergaba tanto la persona en su totalidad como la actividad ocupacional de la persona y

que, por lo tanto, influenciaba todo dentro de la estructura. Las ocupaciones humanas fueron entendidas del siguiente modo:

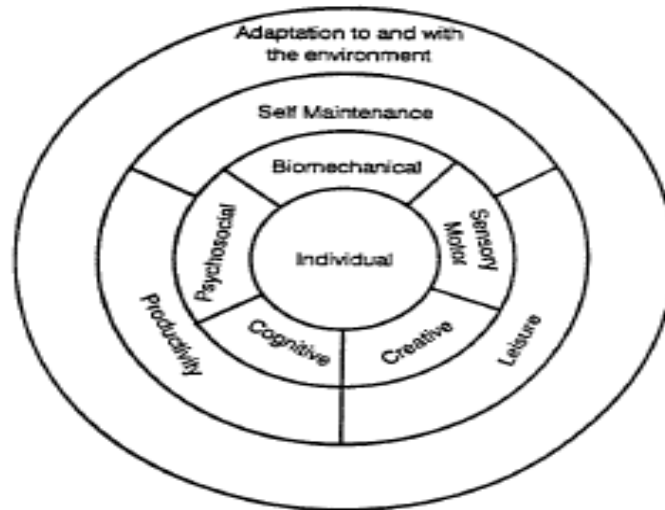


Figura 2: Modelo conceptual del plan de Estudios (Facultad de Terapia Ocupacional, 1986, p. 59; Adaptado de Reed & Sanderson, 1983, p.5). Leyenda de la figura Adaptación al y dentro del entorno, Automantenimiento, Productividad, Ocio, Biomecánico, Psicosocial, Sensorio Motor, Creativo, Cognitivo, Individuo

La estructura y nomenclatura de la materia fue modificada a lo largo del tiempo para reflejar esta base conceptual y la integración de las dimensiones física, cognitiva y psicosocial del desempeño ocupacional.

El impacto de este modelo conceptual en la estructuración del contenido del plan de estudios puede ser visto comparando las diferencias en el nombre de la materia y en el foco de atención entre el plan de estudios original de 1975 y el plan de estudios actual. (Tabla 1)

A partir de entonces, los autores desligaron el proceso de construcción del modelo del desarrollo del plan de estudios formal y continuaron el proceso de construcción del modelo que se tradujo en una gradual... evolución del modelo de desempeño ocupacional tal y como está estructurado hoy en día. La reestructuración de este modelo de 1986 tuvo lugar en respuesta a:

1) percepciones por parte de académicos que usan el modelo, de que éste era demasiado simplista, y de que había más dimensiones en las ocupaciones y la práctica de la terapia ocupacional que requerían la formación de conceptos, y

**1980: Licenciatura en Ciencias Aplicadas (TO)Materias**

**Terapia Ocupacional**  
**Procesos Psicosociales**  
**Procesos Sensorio Motores**  
**Estudios Interdisciplinarios**  
**Educación Clínica**  
**Investigación Especial**  
**Estudios Seleccionados**  
**Materias sobre Ciencias Conductuales**  
**Materias sobre Ciencias Biológicas**

**1995: Licenciatura en Ciencias Aplicadas (TO) Materias**

**Teoría y Proceso de la Terapia Ocupacional**  
**Desarrollo del Rol Ocupacional**  
**Ocupaciones Humanas**  
**Componentes del Desempeño Ocupacional**  
**Trabajo de Campo de la Terapia Ocupacional**  
**Evaluación de la Terapia Ocupacional**  
**Programas**  
**Ciencias Conductuales**  
**Ciencias Biológicas**

Tabla 1: Categorización del contenido pasado y presente del plan de estudios de Licenciatura en Ciencias Aplicadas (TO), curso 1980 y 1995. (nota: La materias abarcan varios años del curso y cada una de ellas está compuesta por varias unidades).

2) la necesidad de evaluar si los conceptos teóricos del modelo eran coherentes con aquellos usados en la práctica de la terapia ocupacional.

FASE	MÉTODOS USADOS	OUTPUT
UNO (1989-90)	Revisión de la bibliografía con el propósito de construir un modelo de plan de estudios que explicara la práctica de la TO.	Una conceptualización de elementos de la práctica de la TO como un modelo simple de dos niveles. Tres constructos: desempeño ocupacional áreas de desempeño ocupacional componentes del desempeño ocupacional
DOS (1990-91)	Testar sobre el terreno el modelo de dos niveles en las áreas prácticas de neurología y rehabilitación de adultos.	Desempeño Ocupacional conceptualizado como un modelo de tres niveles. Cinco constructos: desempeño ocupacional áreas de desempeño ocupacional componentes del desempeño ocupacional roles de desempeño ocupacional entorno del desempeño ocupacional
TRES (1991-92)	Testar sobre el terreno el modelo de tres niveles en cuidados agudos, pediatría, rehabilitación de adultos	Desempeño Ocupacional conceptualizado como un modelo de cuatro niveles. Seis constructos: desempeño ocupacional áreas de desempeño ocupacional componentes del desempeño ocupacional roles de desempeño ocupacional entorno del desempeño ocupacional elementos centrales
CUATRO (1992-94)	Testar sobre el terreno los 6 constructos en la rehabilitación de adultos, práctica comunitaria de la pediatría, administración TO psiquiatría.	Desempeño Ocupacional conceptualizado como un modelo de cuatro niveles. Ocho constructos: desempeño ocupacional áreas de desempeño ocupacional componentes del desempeño ocupacional roles de desempeño ocupacional entorno del desempeño ocupacional elementos centrales espacio tiempo
CINCO (1994-96)	Continúa la comprobación sobre el terreno; Consolidación, refinamiento y comprobación de los constructos en la práctica.	Confirmación de la aplicación del modelo a la práctica a través de ejemplos escritos proporcionados por los terapeutas ocupacionales. Diseminación formal y publicación.

Figura3: Etapas del Desarrollo de los Constructos de la Terapia Ocupacional.

## **DESARROLLO DEL MODELO ACTUAL DE TERAPIA OCUPACIONAL**

El proceso de desarrollo del modelo desde 1986 pasó por cuatro etapas. Los métodos empleados para desarrollar el modelo, y el producto de cada una de las cuatro etapas de desarrollo son esbozados en la Tabla 2.

### **LOS MÉTODOS UTILIZADOS PARA DESARROLLAR EL MODELO**

Se usaron varios métodos para desarrollar y probar los constructos existentes en el presente modelo. La revisión literaria se utilizó durante la Fase Uno del proceso, y se llevaron a cabo revisiones literarias adicionales como apoyo para los constructos que surgieron durante las fases más tardías del desarrollo del modelo. Como se desarrollaron nuevos constructos, se llevó a cabo un proceso de trabajo de campo para determinar su relevancia e importancia dentro de diversas áreas prácticas.

Para desarrollar y probar los constructos de prueba, fueron recogidas descripciones sobre la terapia ocupacional de terapeutas individuales a través de varios cursos y talleres de educación profesional continuada de medio día, dos y cuatro días de duración. Estas sesiones estuvieron estructuradas para explorar los constructos fundamentales de varias formas de intervención de la terapia ocupacional. Breves descripciones de cómo esos métodos se utilizan en cada fase del proceso de construcción del modelo así como los resultados se perfilan a continuación.

#### **FASE UNO (1989-1990):**

El propósito de la Fase Uno era identificar el soporte literario para el empleo del desempeño ocupacional con el fin de explicar la práctica de terapia ocupacional.

#### **Métodos:**

---

Una revisión de la literatura de terapia ocupacional cubriendo un periodo de veinte años desde 1970 a 1990 fue llevada a cabo utilizando sistemas electrónicos y bases de datos en CD-ROM, publicaciones catalogadas y técnicas de búsqueda online. Durante las fases posteriores de desarrollo esta revisión se expandió hasta 1995.

### **Conclusiones:**

El término, desempeño ocupacional, fue clasificado en relación a como era utilizado en la literatura.

Aparecieron cuatro clasificaciones: el uso del desempeño ocupacional como un marco genérico de referencia para la práctica nacional incluyendo las definiciones del término, el uso del desempeño ocupacional como un marco genérico de referencia para el currículo de los estudios universitarios de desempeño ocupacional, el uso de la terminología del desempeño ocupacional por teóricos de la terapia ocupacional para explicarlo en la práctica, y el uso del desempeño ocupacional para desarrollar herramientas de valoración.

1. El uso del desempeño ocupacional como un marco genérico de referencia para la práctica nacional.

Han aparecido descripciones del desempeño ocupacional en la literatura de terapia ocupacional en Estados Unidos y Canadá desde 1973. La conceptualización crucial del desempeño ocupacional parece haber sido generada por una serie de grupos y comités de la Asociación americana de Terapia Ocupacional (AOTA, Inc) encargados del desarrollo de declaraciones de principios sobre dominios genéricos concernientes a la profesión (AOTA, Inc., 1974, 1973).

Al mismo tiempo, la Asociación canadiense de Terapeutas Ocupacionales (CAOT) desarrolló una noción similar de los conceptos del desempeño ocupacional para dirigir asuntos crecientes dentro y fuera de la profesión con el fin de asegurar la calidad de los servicios (Townsend, Brintnell, & Staisey, 1990).

La siguiente descripción de la evolución del desempeño ocupacional se basa en la clasificación y forma en que aparecieron las discusiones sobre desempeño ocupacional en la literatura desde 1970 a 1991.

En 1973, la AOTA, Inc. Presentó la profesión con un concepto unificado de terapia ocupacional. Esta publicación describía al desempeño ocupacional como una estructura genérica unificada de referencia y lo definía como la capacidad del individuo para lograr las tareas requeridas por su rol y relacionando a éste con su etapa de desarrollo.

El desempeño ocupacional incluía el llevar a cabo el cuidado de uno mismo, el trabajo y el tiempo de juego/ ocio (AOTA, Inc., 1973). Publicaciones posteriores de la AOTA, Inc han reafirmado que, "la fundación genérica o el marco de referencia (de la terapia ocupacional) tiene como fin encontrarse en el concepto del desempeño ocupacional" (AOTA, Inc., 1974, p.8).

Las áreas de realización consistieron en el cuidado de uno mismo, y en las actividades de trabajo y juego/ ocio y reflejaban lo esencial del concepto de terapia ocupacional: la actividad intencional. Las habilidades llevadas a cabo en esas áreas de desempeño dieron a entender que eran influidas por lo que fue llamado el espacio vital de una persona. Este se refería al entorno cultural, social y físico. Los componentes del desempeño fueron descritos como patrones de comportamiento basados en las fases de aprendizaje y desarrollo, y fueron vistos como los atributos de la fundación para el desempeño ocupacional. Estos incluyeron el funcionamiento sensorial integrado, el funcionamiento motor, el funcionamiento social, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento cognitivo. En 1979 y 1989, la AOT, Inc. publicó unos documentos que pretendían crear una terminología consecuente de terapia ocupacional basada en esta estructura de desempeño ocupacional

La terminología creada por el marco de referencia del desempeño ocupacional ha sido adoptada por la AOTA, Inc. para su uso en Estados Unidos en la utilización de documentación, sistemas de responsabilidad, programas de educación, programas



---

de desarrollo, marketing e investigación (AOTA, Inc. 1989, p.808). De esta manera el concepto de desempeño ocupacional en los Estados Unidos se desarrolló desde una serie de comités de la AOTA, Inc. que utilizaron la conceptualización profesional de la práctica para crear un marco genérico de referencia para la práctica (Pedretti, & Pasquinelli, 1990, p.3).

A principios de 1979, un grupo de la Asociación canadiense de Terapia Ocupacional (CAOT) perfiló una estructura conceptual genérica de funcionamiento como una directriz predominante, en la que los terapeutas pudieran usar marcos específicos de referencia apropiados para sus pacientes, escenarios de trabajo y modos de práctica. El modelo genérico resultante del desempeño ocupacional, "representa una actuación desde el punto de vista de la salud" (Townsend, et al., 1990, p.70). Es una adaptación del trabajo de Reed y Sanders (1980) y semejante al modelo curricular de 1986 descrito (Ver Fig. 2).

La afirmación sobre el valor de una persona como participante activo en sus propias relaciones terapéuticas, fue esencial para la noción canadiense de desempeño ocupacional. Utilizando el desempeño ocupacional, el tradicional punto de vista integral de las personas conceptualizado por Meyer en 1922/1977 fue reforzado. Se reconoció que la ocupación tiene lugar dentro de una perspectiva de desarrollo y con énfasis en la creencia principal sobre el uso terapéutico de la actividad intencional (Townsend, et al., 1990, p.70).

De forma similar al modelo americano, se describieron tres áreas del modelo ocupacional: el cuidado de uno mismo, la productividad y el ocio. Sin embargo en el modelo canadiense, el juego se agrupó con la productividad en vez de con el ocio. Este modelo sólo reconoció cuatro componentes del desempeño: el mental, el físico, el sociocultural y el espiritual. Townsend, y otros (1990, p.71) destacaron que se reconociera que la integración y realización de todos los componentes y áreas del desempeño ocupacional se definía y formaba por el entorno social, físico y cultural de una persona. Como ellos declararon, "al lograr el desempeño

ocupacional, cada individuo influencia y es influenciado por su entorno" (Townsend, et al.,1990, p.71).

Al utilizar este modelo, la CAOT desarrolló una nueva medida resultante para la terapia ocupacional, la Medida Resultante del Desempeño Ocupacional canadiense (Law, Baptiste, McColl, Opzoomer, Polatajko, & Pollock, 1990). Esta es descrita como una medida individualizada designada para su utilización en la evaluación del desempeño ocupacional en pacientes que estuvieran recibiendo la intervención de la terapia ocupacional. El desarrollo, validación y uso de esta medida tiene el propósito de contribuir para proporcionar un método comprensivo estándar de valoración individual para la terapia ocupacional de Canadá (Law, et al., 1990).

2. El uso del desempeño ocupacional como un marco genérico de referencia para los estudios universitarios de terapia ocupacional.

En 1974, la AOTA, Inc. sugirió que sus nociones de desempeño ocupacional se utilizasen por educadores de terapia ocupacional como una guía curricular. El marco de referencia fue descrito esquemáticamente en términos de dos modelos de nivel constituidos por áreas de desempeño y componentes de desempeño (AOTA, Inc., 1974, p.12). Sin embargo no se encontró ninguna referencia posterior para su uso como un modelo curricular en la literatura.

3. el uso de la terminología del desempeño ocupacional por teóricos de la terapia ocupacional individual para explicar la terapia ocupacional en la práctica.

Durante los años 80, teóricos individuales emplearon el marco de referencia para describir el contenido y el proceso de la terapia ocupacional en diferentes áreas de la práctica. Cada uno de estos individuos han refinado y explicado más los diferentes aspectos del desempeño ocupacional, o alternativamente, han utilizado la nomenclatura del desempeño ocupacional para describir modelos relacionados.

Reed y Sanderson

(1983, p.17), por ejemplo, usaron un modelo interactivo parecido al propuesto por la AOTA, Inc. para describir la relación entre las ocupaciones de las personas del Modelo de Desempeño Ocupacional (Australia). Aunque no identifican este modelo

---

interactivo como desempeño ocupacional, está compuesto de la misma configuración que los constructos. El trabajo posterior de Reed (1984, p.496) al desarrollar un modelo de Adaptación a Través de la Ocupación utiliza las mismas categorizaciones pero terminología diferente.

Mosey (1981) se refirió al desempeño ocupacional como el dominio que concierne a la terapia ocupacional. Describió las áreas de la existencia humana que más preocupaban a la terapia ocupacional como las constituidas de, "componentes del desempeño dentro del contexto de la edad, del desempeño ocupacional y del entorno individual". Al aplicar el marco de referencia para la práctica en la salud mental, Mosey (1980) sugirió que la calidad global de una persona de desempeño ocupacional depende en parte del equilibrio establecido entre el componente de la realización, el entorno y el desempeño ocupacional.

El punto de vista de Mosey se repite en el trabajo de Nelson (1984, p.130) que desarrolló un modelo interactivo circular de desempeño ocupacional en el que las tres áreas de realización están conectadas, reflejando su interdependencia. Ubicados dentro de los límites conceptuales confeccionados por la actividad del cuidado de uno mismo, la actividad laboral y de juego, situó las seis capacidades integrantes en una configuración interconectada compleja. Esto se adaptó y utilizó como un modelo de trabajo para demostrar la interacción entre los constructos dentro del modelo (Fig. 3).

Describió algunas de las causas más comunes y el efecto de las relaciones entre las capacidades integrantes como sigue: "el rendimiento del motor genera una reacción y sensación sensorial que es una guía para la respuesta del motor. La percepción se construye sobre la sensación y la cognición se construye sobre la percepción. Las capacidades interpersonales dependen del proceso de pensamiento de cada uno. La emoción colorea y motiva cada una de las sensaciones, percepciones, pensamientos y relaciones interpersonales" (Nelson, 1984, pp.45-46).

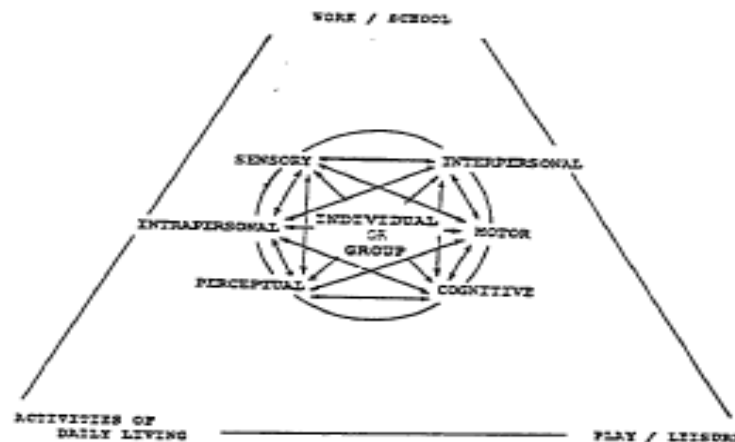


Figura 4: El Marco de trabajo del Desempeño Ocupacional, 1988 (Adaptado de Nelson, 1984, p.130). Leyenda de la figura Adaptación al y dentro del entorno, Automantenimiento, Trabajo/Estudios, Ocio, Sensorial, Interpersonal, Motor, Cognitivo, Perceptual, Intrapersonal, Individual o grupal.

La figura 4: Los límites exteriores del modelo son supuestos por Nelson, para formar los límites exteriores de toda persona desde la participación en las áreas de desempeño ocupacional, "sirve como un puente entre la realidad interna del individuo y el entorno exterior" (Nelson, 1984, p.38). Esta afirmación refleja el trabajo previo de Fidler, y Fidler (1978, p.305).

En su trabajo más reciente, Nelson (1988, p.633) ha construido un esquema en donde la ocupación es definida como la relación entre una forma ocupacional y un desempeño ocupacional. Los elementos contextuales de la ocupación se califican de, "la forma" de la ocupación, mientras que el desempeño ocupacional consiste en, "la acción" de ocupación. En la aplicación de este sistema, Nelson sugiere que las ocupaciones solo tienen sentido hasta el grado en que sus formas sean interpretadas por gente que las están realizando. Por tanto una forma ocupacional puede tener un sentido social o cultural, un significado idiosincrásico o un mínimo sentido de todo.

Poniendo esto en un contexto temporal, Nelson (1988, p.637) sugirió que, " el sentido" de la ocupación es enormemente retrospectivo mientras que , "el propósito" de la ocupación es enormemente prospectivo.

---

Pedretti, y Pasquinelli (1990) interpretaron el contexto práctico de las incapacidades físicas dentro del marco de desempeño ocupacional de referencia. Demostraron cómo los terapeutas ocupacionales pueden emplear un modelo centrado en la ocupación, como una alternativa al modelo médico dentro del contexto de rehabilitación y modelos impartidos de servicios de cuidados graves. Describen el ámbito de preocupación de los terapeutas como centrado en el paciente que se vuelve tan independiente como le es posible en el desempeño de sus habilidades, y para reanudar previamente los roles ocupaciones mantenidos o asumir nuevos y satisfactorios roles ocupacionales. Su interpretación del desempeño ocupacional se extiende más allá de este modelo estructural, para incluir una conceptualización de la intervención de la terapia ocupacional como una progresión gradual libre, que toma al paciente a través de un progresión lógica desde la dependencia en el desempeño de habilidades a la reanudación de los roles de la vida (Pedretti & Pasquinelli, 1990).

Llorens (1982) identificó las necesidades para el registro de cuidados de un paciente que tenían una fuerte base científica y podían ser usadas para supervisar el cuidado de la calidad y responsabilidad de los servicios de terapia ocupacional. A través de la investigación, produjo El Registro de Cuidado del Paciente Secuencial (SCCR), que documenta el proceso de terapia ocupacional utilizando los constructos del desempeño ocupacional 'áreas de desempeño ocupacional' y 'componentes del desempeño ocupacional'. Basado en las estructuras desarrolladas por la AOTA, Inc. (1974), Dunn (1988) y otros (Dunn y McGourty, 1989) emplearon la matriz que permitía a los terapeutas identificar sistemáticamente las áreas de déficit y fortaleza del desempeño, y seleccionar actividades apropiadas para dirigir éstas en la intervención de la terapia ocupacional. Empleando esta cuadrícula, los terapeutas ocupacionales podían determinar como las capacidades y limitaciones en los componentes del desempeño pueden afectar a los resultados funcionales en las áreas de realización.

4. El uso del desempeño ocupacional para desarrollar herramientas de valoración  
Utilizando el desempeño ocupacional como un marco de referencia guía, Arnadottir (1990) desarrolló una herramienta de valoración, la Arnadottir OT-ADL Evaluación del Comportamiento Neuronal, que fue designado para detectar disfunciones en las áreas de desempeño del cuidado de uno mismo (Escala de Independencia Funcional) y especialmente en los componentes definidos del desempeño (Escala del Comportamiento Neuronal). La evaluación revela información sobre habilidades en el desempeño del cuidado de uno mismo y disfunciones en los componentes del comportamiento neuronal, de ese modo propone posibles enlaces entre la función del comportamiento neuronal y el desempeño ocupacional.

Aunque muchas otras evaluaciones de la terapia ocupacional examinaron el desempeño, esta fue la única que identificó en concreto el uso de una estructura teórica de desempeño ocupacional para guiar el desarrollo de los constructos. Con posterioridad a 1990, los otros formatos de evaluación han sido desarrollados usando constructos de desempeño ocupacional, por ejemplo, la Evaluación de las Habilidades Motoras y de Proceso (AMPS) (Fisher, 1990) y los Sistemas de Percibir, Recordar, Planear y Realizar (el sistema PRPP) (Chaparro y Ranka, 1991<sup>a</sup>).

En resumen, los constructos principales asociados con el desempeño ocupacional que fueron derivados de la literatura durante esta etapa de construcción del modelo incluían el desempeño ocupacional, las áreas del desempeño ocupacional, los componentes del desempeño ocupacional y una noción emergente de roles ocupacionales y de vida.

Resultado:

Utilizando la información derivada de la revisión literaria, el modelo de desempeño ocupacional circular descrito previamente (Fig. 2) fue revisado y se obtuvo un modelo en dos niveles que era parecido a la guía curricular de la AOTA, Inc. Esta estructura se basaba en tres constructos fundamentales:

El desempeño ocupacional, las áreas del desempeño ocupacional (el mantenimiento de uno mismo, el ocio, la productividad) y los componentes del

desempeño ocupacional ( el biomecánico, el sensorial motor, el cognitivo, el psicosocial y el creativo).

### **FASE DOS (1990-1991):**

#### **Objetivo:**

El propósito de la etapa dos era 1) determinar si los constructos tan perfilados en los dos niveles del modelo eran pertinentes para la práctica de la terapia ocupacional en Australia, y 2) descubrir si había otras dimensiones para la práctica de la terapia ocupacional que no fueran explicadas por el modelo.

#### **Métodos:**

Se escogió un mayor área de práctica, la intervención de la terapia ocupacional para adultos y niños con deterioro neurológico, para el reconocimiento de la existencia de los constructos porque 1) es un área de práctica que implica el uso de muchos modelos de intervención, por eso presenta una oportunidad de realizar investigaciones para la inclusión del desempeño ocupacional, y 2) es un área de práctica que abarca lo grave y crónico, lo hospitalario y lo comunitario de la intervención de terapia ocupacional.

Cinco cursos de dos días de duración sobre educación profesional continuada fueron llevados a cabo en un periodo de doce meses entre 1990-1991 en el área de Sydney, titulados, "Desempeño Ocupacional: Adquisición de habilidades de adaptación en adultos y niños con daño cerebral" (Chapparo & Ranka, 1990, 1991b,c,d,e). Cada uno de los seis talleres examinó un aspecto específico de la intervención de la terapia ocupacional para adultos y niños con discapacidad neurológica; tales como el uso del análisis de tareas para identificar problemas, la terapia de neurodesarrollo en la terapia ocupacional, facilitación neuromuscular propioceptiva en la terapia ocupacional, ortótica de los miembros superiores, y

desórdenes cognitivos e intervención de la terapia ocupacional. En cada uno de los cursos los tres constructos principales del modelo (desempeño ocupacional, áreas de desempeño ocupacional, componentes del desempeño ocupacional) fueron perfilados y definidos. La intervención determinada por el tema del taller particular fue enseñada y finalmente, mediante resolución de problemas basada en casos, se pidió a los terapeutas que integraran conceptos del desempeño ocupacional con los temas del curso. Se realizaron anotaciones detalladas de las descripciones de los terapeutas sobre los problemas observados y percibidos acerca de la ejecución del cliente de las tareas funcionales a partir de ejemplos grabados en vídeo; las descripciones de los terapeutas de su propio hospital y de los escenarios de intervención basados en la comunidad; las metas; los razones de los terapeutas para la evaluación de la intervención y el programa. Finalmente, se alentó a los terapeutas a hablar acerca de la aplicabilidad de los constructos del desempeño ocupacional en relación a sus propios escenarios de trabajo.

### **Conclusiones:**

1. Los terapeutas se identificaron inmediatamente con los constructos existentes y la terminología del modelo: desempeño ocupacional, áreas de desempeño ocupacional y componentes del desempeño ocupacional.
2. Tres áreas fundamentales de desempeño ocupacional mencionadas fueron las de ocupaciones de auto-mantenimiento, ocupaciones trabajo/escuela y ocupaciones de ocio/juego. Los terapeutas que trataban niños enlazaron el juego con el ocio y la escuela con el trabajo. Los terapeutas hablaron acerca de la naturaleza de las ocupaciones en términos de actividades (constelaciones de tareas) o tareas (específico)
3. Los componentes del desempeño ocupacional que los terapeutas rutinariamente consideraban importantes en la práctica eran el biomecánico, sensorio-motor, cognitivo y psicosocial. Hubo un fuerte rechazo de la noción de "creatividad" vista



---

como un componente separado. La creatividad era percibida como un fenómeno multifacético que implicaba todas las funciones componentes.

4. La mayoría de los terapeutas empleaban muchos enfoques teóricos y prácticos diferentes para guiar la intervención que había sido desarrollada para el uso fuera de la profesión (por ejemplo, el Programa de Reaprendizaje Motor, la Terapia de Neuro-desarrollo, el Enfoque Biomecánico). Las descripciones de sus intervenciones se caracterizaron por el cambio de un enfoque a otro dependiendo del problema del cliente percibido y su propia comodidad personal con la intervención. En estos casos usaron los constructos del desempeño ocupacional para enfocar múltiples intervenciones dentro del campo de la terapia ocupacional y lograr una aproximación cohesiva a problemas complejos usualmente observados en un cliente.

5. A lo largo del curso de 12 meses los terapeutas sistemáticamente usaron conexiones teóricas entre los constructos del desempeño ocupacional dentro de sus contextos de trabajo para establecer metas de tratamiento centradas en la ocupación (por ejemplo, relacionaron las metas sensorio-motoras o las metas cognitivas con los resultados funcionales).

6. Otros informaron de casos donde el uso del modelo aportó cohesión con grandes departamentos donde se suministraban servicios de terapia ocupacional en una variedad de áreas prácticas.

7. Usando escenarios de casos, se hizo evidente a través de las historias contadas por los terapeutas acerca de su práctica que dos factores adicionales aparecían de manera destacada en sus razonamientos. Uno era un factor ambiental que poseía dimensiones físicas, culturales y sociales. El segundo factor concernía a la totalidad, satisfacción y valor de la existencia ocupacional para sus clientes, que fueran más allá de las áreas o componentes ocupacionales y parecía similar a las nociones teóricas de los roles ocupacionales.

## **Resultado:**

Los constructos, áreas de desempeño ocupacional (auto-mantenimiento, trabajo/escuela y ocio/juego), y componentes del desempeño ocupacional (biomecánico, sensorio-motor, cognitivo, psico-social) fueron ratificados como constructos fundamentales usados en la práctica de la terapia ocupacional tanto en el entorno hospitalario como en el comunitario. Dos constructos adicionales, los roles de entorno ambiente y desempeño ocupacional, fueron identificados como importantes dimensiones de la práctica que se centra en las ocupaciones humanas, y fueron incorporados en una tercera revisión del modelo de Desempeño Ocupacional.

El apoyo de los materiales publicados para añadir el constructo ambiental al modelo revisado fue encontrado en la obra de múltiples autores (véase por ejemplo Barris, 1982; Clark, Parham, Carlson, Frank, Jackson, Pierce, Wolfe, & Zemke, 1991; Colvin & Korn, 1984; Howe & Briggs, 1982; Keilhofner & Burke, 1980; King, 1978; Law, 1991; Llorens, 1970, 1984; West, 1986). El apoyo para el constructo, rol de desempeño ocupacional, en la práctica real fue más endeble. Mientras en los materiales publicados se ha producido un énfasis creciente en que las metas de la profesión se centren en roles ocupacionales valorados de los clientes, la discusión acerca de cómo este constructo es usado en la práctica es prácticamente teórico (Christiansen, 1991; Jackoway, Rogers & Snow, 1987; Keilhofner, Harlan, Bauer, Maurer, 1986; Matsutsuyu, 1971; Moorhead, 1969; Oakely, Keilhofner, Barris, & Reichler, 1986; Vause-Earland, 1991; Versluys, 1980). Christiansen (1991, p.28), por ejemplo, conceptualiza un concepto teórico ampliamente aceptado de una jerarquía de desempeño ocupacional que abarca desde actividades hasta roles. Los roles, los define específicamente como conjuntos de actividades que tienen algún propósito reconocible y que son posiciones distintivas en la sociedad que conllevan expectativas específicas para la conducta.

### **FASE TRES (1991-1992):**

#### **Propósito:**

El propósito de esta tercera fase de desarrollo del modelo fue 1) explorar más detenidamente el uso de los términos del desempeño ocupacional en ambientes de cuidados agudos, donde la estancia a corto plazo haga imposibles las formas tradicionales de intervención de la terapia ocupacional, 2) determinar si el desempeño ocupacional podría ser usado en un área de práctica que se caracterizase por la fuerte adherencia a un modelo teórico y práctico en particular (ej. la integración sensorial) y, 3) determinar qué base filosófica sostienen en su práctica diaria los terapeutas que usan la terapia ocupacional.

#### **Métodos:**

La información reunida durante la Fase Tres del proceso de construcción del modelo provenía de tres fuentes. En primer lugar, más cursos de educación profesional continuada fueron celebrados a lo largo de 1992 en el área práctica de neurología en Victoria (Chapparo & Ranka, 1992a) y Tasmania (Chapparo & Ranka, 1992b). Estos cursos reflejaban el contenido de los cursos llevados a cabo en la Fase Dos. Los constructos desempeño ocupacional, roles de desempeño ocupacional, áreas de desempeño ocupacional y ambiente fueron descritos. Los escenarios de intervención que usaban cintas de video de clientes actuaron como estímulos para facilitar a los terapeutas el uso de los constructos para la planificación del tratamiento y para describir sus propios estilos de intervención y entornos de trabajo. Las reacciones de los terapeutas en ambientes de cuidados agudos fueron especialmente notadas. En segundo lugar, dos cursos de educación profesional continuada en el área práctica de la integración sensorial fueron celebrados en NSW (Chapparo & Hummell, 1992a) y el sur de Australia (Chapparo & Hummell, 1992b) donde los constructos de la terapia ocupacional fueron incorporados dentro de los constructos inherentes a la teoría y práctica de la

integración sensorial. Durante estos cursos fueron usados estudios de casos como estímulo para permitir a los terapeutas describir su planificación del tratamiento y los fundamentos racionales para sus acciones. Las descripciones generadas por los terapeutas incluían lo que ellos percibían como problemas que requerían la intervención de la terapia ocupacional en niños con desórdenes sensoriales integradores, percepciones de la naturaleza del orden y el desorden en las ocupaciones infantiles, y percepciones de lo que constituía la terapia ocupacional para niños.

En tercer lugar, a través de un curso de formación profesional continuada que específicamente buscara explorar el proceso de desarrollo de un marco personal de referencia para la práctica (Chapparo & Ranka, 1991f), los terapeutas fueron alentados para describir importantes elementos de sus propias creencias personales, valores y principios subyacentes a su práctica concernientes a la ocupación y el desempeño ocupacional. Las descripciones generadas por los terapeutas incorporaron sus creencias acerca del potencial humano, salud, ocupaciones y terapia ocupacional.

### **Conclusiones:**

1. A los terapeutas que trabajan en instalaciones de cuidados agudos se les pidió que consideraran las ocupaciones humanas a un nivel que era al previamente identificado nivel constituyente. Esto fue particularmente evidente en las unidades de cuidados intensivos, unidades neuroquirúrgicas agudas y unidades de trauma donde los aspectos más básicos de los elementos físicos, mentales y espirituales eran percibidos como elementos centrales de la función humana a tener en consideración junto con otros constructos del desempeño ocupacional (Nicholls, 1993, Ryan & Nicholls, 1993).
2. Estas conclusiones también fueron reflejadas en la práctica de la terapia ocupacional con clientes que eran enfermos terminales. Se enfatizaron los

---

aspectos espirituales de la existencia y la conducta del rol ocupacional se centró en la afirmación de los roles vitales y la preparación para la muerte.

3. Los terapeutas en entornos de cuidados agudos describieron la intervención ante todo como planificación de evaluación, ubicación y alta. Los aspectos sociales y físicos del constructo ambiente aparecían fuertemente en consideración al desempeño ocupacional del cliente.

4. La intervención directa a nivel de las áreas de desempeño ocupacional y los roles de desempeño ocupacional no aparecían de forma prominente en las descripciones de la práctica de cuidados agudos. Sin embargo, todos los terapeutas describían un proceso de razonamiento en cuidados agudos que les requería desarrollar visiones predictivas acerca de la actuación del cliente a estos niveles. Estas visiones predictivas de la actuación del rol del cliente fueron usadas para determinar planes para dar el alta y acciones relativas a ambientes específicos para dar el alta.

5. Los terapeutas que trabajan con niños y usan un enfoque sensorial integrador para el tratamiento situaron la integración sensorial dentro de los constructos más amplios de desempeño ocupacional.

6. Los terapeutas informaron de que situando los constructos sensorial integradores dentro del marco más amplio del desempeño ocupacional alteraban la intervención de dos formas distintas. La primera, la consideración de los constructos del desempeño ocupacional amplió el alcance de su intervención de la actuación del niño en la escuela hacia otras dimensiones de la vida diaria tales como el juego, y hacia otras áreas componentes tales como las dimensiones interpersonal e intrapersonal del ser ocupacional del niño. En segundo lugar, los terapeutas empleaban la estructura del desempeño ocupacional como un vehículo para unir los modos de intervención sensorial integradores con otros que eran aplicables a los mismos grupos de niños, tales como el entrenamiento de habilidades y más formas psicodinámicas de intervención.

7. Las creencias y suposiciones que los terapeutas consideraban que influenciaban la forma en que ellos usaban los constructos del desempeño ocupacional abarcaban cuatro dimensiones. En primer lugar, ellos articularon una serie de creencias relacionadas con el potencial humano para el desempeño ocupacional. Incluida en esta dimensión estaba la creencia extendida de que la gente tenía un ser ocupacional que es creado individual y activamente, y que está influenciado tanto por factores internos como externos. Este ser ocupacional se expresa a través del desempeño ocupacional y se define en último término a través de los propios roles ocupacionales. Para esto era esencial la creencia de que la gente tiene el derecho a determinar su propio ser ocupacional.

La segunda dimensión se refería a las creencias acerca de la naturaleza de las ocupaciones. Las ocupaciones humanas eran vistas por los terapeutas en estos talleres como conductas altamente idiosincrásicas que abarcaban tres modelos.

Primeramente, modelos del hacer que eran descritos como tareas, subtareas, modelos de actividad o roles. En segundo lugar, modelos del pensar que implicaban planificación, recuerdo e imaginación y podían bien ser incorporados en modelos del hacer, bien existir por ellos mismos. En tercer lugar, moldeos del ser que se caracterizaban por nociones de auto-actualización y visiones internas de lo que se puede llegar a ser.

Las ocupaciones fueron categorizadas por personas en relación al significado que ellas les adscribían. La configuración de las ocupaciones cambia con la edad cronológica de desarrollo, la etapa de la vida y las circunstancias vitales.

El desarrollo, la ejecución y mantenimiento de las ocupaciones es influenciada por factores internos y externos. Existe un equilibrio de ocupaciones que es altamente individual y está relacionado con el bienestar de cuerpo, mente y espíritu.

El tercer área estaba en relación con lo que los terapeutas consideraban como salud. En lo que concierne al desempeño ocupacional, la salud era vista como satisfacción con la habilidad para desarrollar y ejecutar ocupaciones y mantener los roles ocupacionales. La dedicación a ocupaciones era considerada como un factor

---

que ayudaba a mantener la salud y el bienestar. La falta de salud era vista como una insatisfacción con la ejecución de las ocupaciones y podía ser el resultado de factores internos o externos.

La cuarta dimensión estaba en relación con las creencias y suposiciones de los terapeutas acerca de la terapia ocupacional. Se creía que la ejecución de las ocupaciones envolvía un proceso de adaptación. A su vez se creía que la adaptación era un proceso activo de hacer y/o pensar y/o ser que dependía de una dirección en pos de un objetivo. El rol del terapeuta ocupacional consistía en facilitar el proceso de adaptación involucrando a la persona en el desarrollo, ejecución y mantenimiento de las ocupaciones elegidas. La terapia ocupacional era vista como un proceso de colaboración entre el terapeuta, el cliente y los otros relevantes. Las herramientas primarias del terapeuta ocupacional eran el compromiso con las ocupaciones propositivas.

El uso de métodos de intervención fuera del contexto del desempeño ocupacional del individuo no eran considerados como terapia ocupacional.

### **Resultado:**

El modelo de desempeño ocupacional existente fue detenidamente revisado para incluir un constructo denominado "elementos centrales". Esto incluía nociones de un elemento integrado cuerpo/mente/espíritu de existencia humana que es expresado en todos los demás constructos como el de las dimensiones "hacer-saber-ser" del desempeño ocupacional. El constructo ambiental fue pulido más aún para incluir específicamente las dimensiones física/social/cultural.

### **FASE CUATRO (1992-1994):**

#### **Propósito:**

El propósito de la Fase Cuatro fue 1) continuar testando sobre el terreno los constructos establecidos en entornos prácticos específicos, tales como la pediatría,

psiquiatría, lesiones de médula espinal, servicios a la comunidad y práctica basada en la comunidad, y 2) explorar la aplicación del modelo a la administración de varios ambientes de práctica de la terapia ocupacional.

### **Métodos:**

Para lograr el primer propósito de la Fase Cuatro una serie de seminarios, grupos de discusión y talleres fueron dirigidos a cuatro importantes instalaciones médicas de multi-servicios en Sydney. Cada una de estas instalaciones proporcionaba una variedad de servicios que abarcaban desde los cuidados agudos a los servicios a la comunidad y de acomodamiento. El alcance de las áreas prácticas especializadas incluía la terapia basada en la escuela, medicina aguda, trauma, ortopedia, psiquiatría, unidades transitorias de estancia, servicios de residencia y de cuidado a domicilio y terapia basada en la comunidad. Cada serie comenzó con una presentación inicial del modelo de la Fase Tres y definiciones de los constructos. Se pidió a los participantes que discutieran la relevancia del modelo para intervención en su área específica. Sesiones posteriores exploraron este asunto más detenidamente a través de escenarios basados en casos, los cuales fueron generados por los participantes. Mediante las discusiones acerca de estos escenarios los participantes describieron cómo los constructos se aplicaban al proceso de la terapia ocupacional. Las notas de campo tomadas en estas discusiones fueron generadas tanto por los participantes como por los observadores y facilitadores/moderadores/mediadores y posteriormente examinadas para determinar si había aspectos de la práctica de la terapia ocupacional que el modelo no hubiese tratado. Los métodos empleados para lograr el segundo propósito de la Fase Cuatro incluían sesiones individuales y de grupo con terapeutas ocupacionales que ocupaban posiciones de dirección en estas instalaciones multipropósito. Las sesiones fueron iniciadas por los propios directores, los cuales buscaron determinar cómo el desempeño ocupacional se relacionaba con la administración de los servicios de terapia ocupacional. El centro



---

de las discusiones que tuvieron lugar en estas sesiones fue determinado por los directores y variado entre las diferentes instalaciones.

**Conclusiones:**

1. Hubo una confirmación proveniente de todas las áreas de la práctica de la importancia central y relevancia de los constructos previamente establecidos del desempeño ocupacional, incluidos los roles ocupacionales, las áreas ocupacionales, los componentes del desempeño ocupacional, los elementos centrales y el ambiente.
2. Se confirmó la presencia de una cierta jerarquía en estos constructos.
3. Hubo un fuerte apoyo para la incorporación de dos nuevos constructos, Espacio y Tiempo, particularmente por parte de la práctica basada en la comunidad y la institucional. Las nociones de espacio y tiempo eran altamente intrínsecas y parecían estar relacionadas a otros constructos del Modelo. Por ejemplo, cuando se habló acerca de los escenarios de casos, muchos terapeutas hablaron acerca de la actuación con respecto al tiempo que les llevaba a las personas llevar a cabo sus roles, actividades y tareas. A nivel de estructural, muchos terapeutas estaban preocupados no solamente por la forma de la respuesta que era observada, sino también por el ritmo de las respuestas físicas, cognitivas y psicosociales. Los terapeutas que trabajaban con personas mayores comentaron la importancia del tiempo a la hora de describir el lugar del recuerdo y la narración de la vida y la intervención. El tiempo, según era interpretado en las historias de los clientes, era una característica fundamental de intervención descrita por todos los terapeutas. El tiempo, según era descrito por las nociones de desarrollo, era enfatizado por los terapeutas que trabajaban con niños.
4. Había un respaldo a la modificación de la estructura de las "áreas de desempeño ocupacional" a través de la adición de otra área, el Descanso. Los terapeutas que trabajaban tanto con la salud mental como en instalaciones a largo

plazo identificaron aspectos de su intervención que se centraban en una búsqueda decidida del descanso y el sueño que no “encajaba” con sus percepciones del auto-mantenimiento o el ocio.

5. Las descripciones de los problemas del cliente e intervenciones por parte de los terapeutas en el área práctica de la psiquiatría apoyaron la noción de separación de la única área componente psicosocial en dos componentes definidos, el componente Interpersonal y el componente Intrapersonal.

6. Los terapeutas que dirigían un cierto número de áreas prácticas diversas fueron capaces de construir exitosamente una descripción global de los servicios de terapia ocupacional en su instalación usando el desempeño ocupacional (Colyer, 1994). En algunos casos ésta fue usada para desarrollar consignas, delinear la terapia ocupacional desde otros servicios y estructurar el contenido del material usado para promover la terapia ocupacional tanto en la instalación como en el ámbito más amplio de la comunidad.

7. Los terapeutas usaron los constructos del desempeño ocupacional para establecer jerarquías de indicadores de actuación que fueron expresados como resultados predecibles de terapia (Barnett, & Hummell, 1993).

8. Los terapeutas construyeron formatos para la documentación y orden de importancia de los servicios ocupacionales basados en los constructos del modelo (Adams, & Shepherd, 1994, Hanrahan, Jackson, Neuss & Walking, 1993).

### **Resultado:**

Como resultado de esta Fase, el modelo de Desempeño Ocupacional fue revisado para incorporar los constructos de Espacio y Tiempo. Las tres áreas del desempeño ocupacional se expandieron para incluir el Descanso. El componente psicosocial fue separado en dos componentes: función componente Intrapersonal e Interpersonal.

Este Modelo en esta Fase de desarrollo del modelo incorpora ocho constructos: desempeño ocupacional; roles ocupacionales; áreas de desempeño ocupacional

---

(auto-mantenimiento, productividad/escuela, ocio/juego, descanso); componentes del desempeño ocupacional; elementos centrales del desempeño ocupacional; ambiente; espacio y tiempo, y representa la estructura actual del Modelo (Figura 4). La estructura final ha sufrido varias revisiones desde 1992-1994. Pueden encontrarse ejemplos seleccionados de estas versiones en el Apéndice 1.

En este punto de este desarrollo, este modelo es visto como un modelo explicativo. Explica las dimensiones de las ocupaciones humanas que son inherentes a la práctica en la terapia ocupacional.

Aún ahora, los vínculos entre los constructos son solamente hipótesis. Sin embargo, los académicos, investigadores y profesionales de la salud están trabajando en la actualidad para validar estas hipótesis y extender aún más las nociones de cómo este modelo puede ser usado en la terapia ocupacional en Australia.

### **FASE CINCO (1994-1996):**

#### **Propósito:**

El propósito de la Fase Cinco 1) continuar testando sobre el terreno los constructos establecidos en entornos prácticos específicos, 2) consolidar el apoyo teórico para los constructos, y 3) animar a los demás a escribir sobre la aplicación del modelo a varios aspectos de la práctica.

#### **Métodos:**

Para lograr el propósito de la Fase 5, la diseminación informal del modelo llevada a cabo tuvo lugar a través de presentaciones al personal de los departamentos de terapia ocupacional (Ranka, 1995), y grupos de interés especial (Chapparo, & Ranka, 1995; Ranka, & Chapparo, 1995), y presentaciones en conferencias internacionales (Chapparo, 1996; Ranka, 1995). Se consideró que la reacción obtenida de estas actividades guardaba relación con varios aspectos del modelo.

Los terapeutas ocupacionales fueron invitados a presentar manuscritos que explicaran cómo habían estado aplicando el modelo en varios dominios prácticos.

### Resultado:

1. Hubo una confirmación de que la estructura existente podía explicar la práctica de la terapia ocupacional en diversas culturas y campos prácticos.
2. Se preparó un monográfico para la diseminación formal y el examen riguroso por parte de miembros de la profesión.

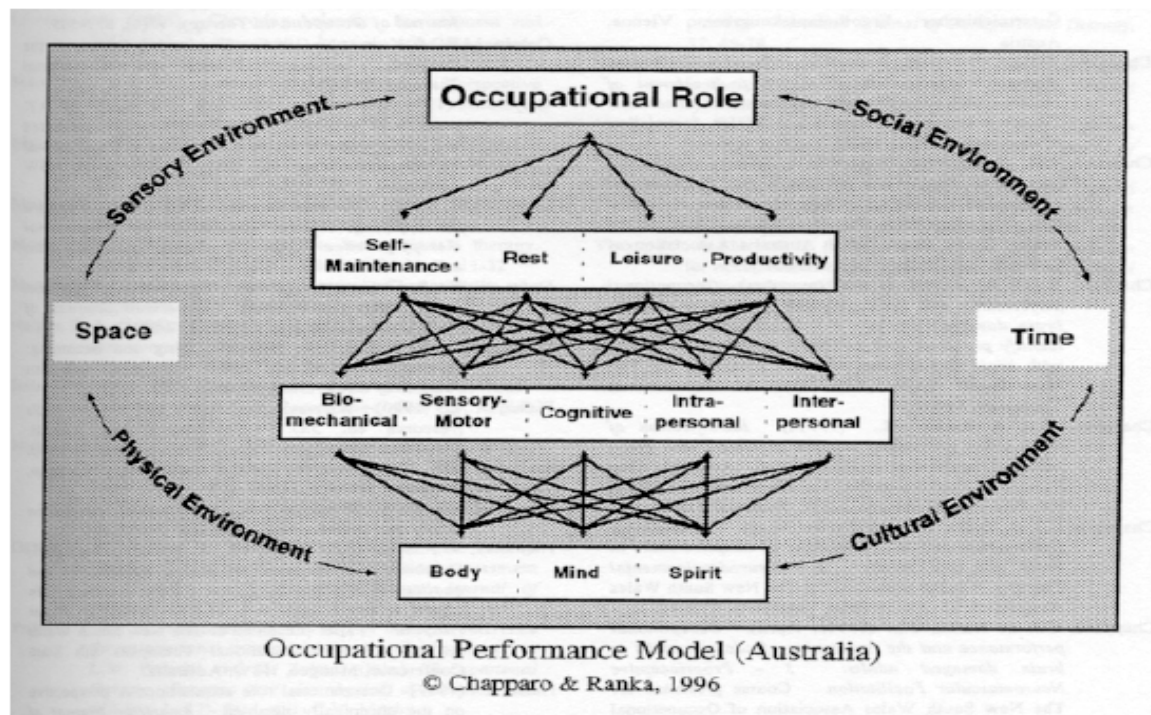


Figura 4. Leyenda de la Figura 4: El espacio y su relación con la otra construcción en el Desempeño Ocupacional. (Texto de la ilustración: Roles Ocupacionales./Autocuidados, Ocio, Productividad/ Componente Biomecánico, Componente Sensoriomotor, Componente Cognitivo, Componente Intrapersonal, Componente Interpersonal/ Elemento Cuerpo, Elemento Mente, Elemento Espiritual/ Contexto-Entorno Cultural, Contexto-Entorno Físico, Contexto-Entorno Social, Contexto-Entorno Sensorial/ Espacio, Tiempo )

---

## Bibliografía:

1. Adams, M., & Shepherd, B. (1994). Use of theoretical models in a transitional living unit. Comunicación presentada en La Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, VII Congreso Estatal, Newcastle, NSW, Australia.
2. Alexander, P., Keogh, M. & Cheesman, G. (1980). Occupational therapy workforce study. (Disponible en La Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, PO Box 142, Ryde, NSW, Australia, 2112)
3. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Inc. (1973). The roles and functions of occupational therapy personnel. Rockville, Doctor en Medicina: Autor.
4. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Inc. (1974). A Curriculum guide for occupational therapy educators. Rockville, Doctor en Medicina: Autor.
5. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Inc. (1979). Uniform terminology system for reporting occupational therapy services. Rockville, Doctor en Medicina: Autor.
6. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Inc. (1989). Uniform terminology for occupational therapy: Second edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, (12) 808-815.
7. Árnadóttir, G. (1990). The brain and behaviour: Assessing cortical dysfunction through activities of daily living. St. Louis: C.V.Mosby.
8. Barnett, D., & Hummell, J. (1993, October). Performance indicators for occupational therapists: Working with children and their families. Comunicación presentada en la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, VI Congreso Estatal, Mudgee, NSW, Australia.
9. Barris, R. (1982). Environmental interactions: an extension of the model of occupation. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 36, 637-644.
10. Chapparo, C.J. (1996, Septiembre). A model of occupational performance: expanding the concept of performance. Conferencia principal invitada presentada en el Österreichischer Ergotherapiekongress, Vienna, Austria
11. Chapparo, C.J., & Hummell, J. (1992a). Sensory integration therapy: Application of theory to treatment of children with learning and developmental disorders. Curso presentado para la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur.
12. Chapparo, C.J., & Hummell, J. (1992b). Sensory integration therapy: Application of theory to treatment of children with learning and developmental disorders. Curso presentado para el Grupo de Acción Pediátrica y Adolescente de la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Sur de Australia, Adelaide.
13. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1990, Noviembre). Occupational performance and the acquisition of adaptive skills in brain damaged adults: 1 - Using task analysis to identify problems and structure treatment for adults with brain impairment. Curso presentado para la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, Sydney.
14. Chapparo, C.J., & Ranka, J.L. (1991a). Identification of information processing

- deficits in adults with brain injury. Unpublished research report. (Disponible en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Sydney, P.O.Box 170, Lidcombe, NSW, Australia 2141).
15. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1991b, February). Occupational performance and the acquisition of adaptive skills in brain damaged adults: 2 – Neurodevelopmental Therapy. Curso presentado para la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, Sydney.
  16. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1991c, April). Occupational performance and the acquisition of adaptive skills in brain damaged adults: 3 – Proprioceptive Neuromuscular Facilitation. Curso presentado para la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, Sydney.
  17. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1991d, May). Occupational performance and the acquisition of adaptive skills in brain damaged adults: 4 - Upper limb orthotic systems. Curso presentado para La Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, Sydney.
  18. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1991e, June). Occupational performance and the acquisition of adaptive skills in brain damaged adults: 5 - Motor planning, motor learning and occupational performance. Curso presentado para la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, Sydney.
  19. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1991f, August). Occupational performance: A model for practice. Curso presentado para la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, Sydney.
  20. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1992a, September). Motor planning, motor learning and occupational performance. Curso presentado para la Asociación Victoriana de Terapeutas Ocupacionales, Melbourne.
  21. Chapparo, C.J. & Ranka, J.L. (1992b, September). Motor planning, motor learning and occupational performance. Curso presentado para la Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Tasmania, Launceston.
  22. Chapparo, C. J., & Ranka, J.L. (1995, September). Occupational performance. Presentación invitada al Grupo de Interés Neuro Especial de TO Australia AAOT-NSW, Sydney.
  23. Christiansen, C. (1991). Occupational therapy: intervention for life performance. In C. Christiansen, & C. Baum (Eds), Occupational therapy: overcoming human performance deficits (pp 3-44). Thorofare, NJ: Slack, Inc.
  24. Clark, F.A., Parham, D., Carlson, M.E., Frank, G., Jackson, J., Pierce, D., Wolfe, R.J. & Zemke, R. (1991). Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 45(4), 577-585.
  25. Colvin, M.E., & Korn, t.L. (1984). Eliminating barriers to the disabled. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 38, 159-173.
  26. Colyer, S. (1994, September). The use of a model of O.T. practice in a rehabilitation setting. Comunicación presentada en la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, VII Congreso Estatal, Newcastle, NSW Australia.
  27. Dunn, W.W. (1988). Uniform terminology grid: A framework for applying uniform terminology to occupational therapy practice. Unpublished grid. (Disponible por el autor)
  28. Dunn, W.W., & McGourty, (1989). Application of Uniform Terminology to

- practice. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 42(12), 817-831.
29. Fidler, G.S., & Fidler, J.W. (1978) Doing and becoming: Purposeful action and self-actualization. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 32, 305-310.
30. Fisher, A. G. (1990). Assessment of motor and process skills (research ed. 5R). Manual de prueba inédito, (Disponible en el Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Illinois en Chicago, Chicago, Illinois).
31. Fisher, A. Murray, E., & Bundy, A. (1991) Sensory integration theory and practice. Philadelphia: F.A. Davis Co.
32. Hanrahan, M., Jackson, J., Neuss, M., & Walkling, K. (1993, October). Development of a new quantitative and qualitative information system ("Stats System"): An action research approach at The Prince of Wales Hospital. Comunicación presentada en la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, VI Congreso Estatal, Mudgee, NSW, Australia.
33. Heard, C. (1977) Occupational role acquisition: A perspective on the chronically disabled. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 31, 243-247
34. Howe, M.C., & Briggs, A.K. (1982). Ecological systems model for occupational therapy. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 36, 322-327.
35. Jackoway, I. S., Rogers, J. C., & Snow, T. (1987) The Role Change Assessment: An interview tool for evaluating older adults. *Occupational Terapia en la Salud Mental*, 1, 17- 37
36. Keilhofner, G. (1985). A model of human occupation: Theory and application. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
37. Keilhofner, G., & Burke, J. P. (1985). Components and determinants of human occupation. En G. Keilhofner (Ed.), *A model of human occupation: Theory and application* (pp.17-20). Baltimore: Williams & Wilkins.
38. Keilhofner, G. Harlan, B., Bauer, D., & Maurer, P. (1986). The reliability of a historical interview with physically disabled respondents. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 40(8), 551-556.
39. King, L. J. (1978) Toward a science of adaptive responses, 1978 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 32(7), 429-437.
40. Law, M. (1991). The Muriel Driver Lecture: The environment: a focus for occupational therapy. *Revista Canadiense de Terapia Ocupacional*, 58, 171-179.
41. Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, A. (1990) The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. *Revista Canadiense de Terapia Ocupacional*, 57(2), 82-87.
42. Llorens, L. (1970). Facilitating growth and development: The promise of occupational therapy, 1969 Eleanor Clarke Slagle lecture. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 24, 93-101.
43. Llorens, L. A. (1982). Occupational therapy client sequential care record. Laurel, MD: Ramsco Pub.Co.
44. Llorens, L.A. (1984). Changing balance: Environment and individual. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 38(1), 28-34.
45. Matsutsuyu, J. (1971). Occupational behaviour - a perspective on work and play. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 25, 291-294.

46. Meyer, A. (1922/1977) The philosophy of occupational therapy. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 31 (11), 639-642 (Reimpreso a partir del original)
47. Moorhead, L. (1969) The occupational history. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 23, 329-334.
48. Mosey, A. (1980) A model for occupational therapy. *Occupational Terapia en la Salud Mental*, 1, 11-32
49. Mosey, A.C. (1981). *Occupational therapy: Configuration of a profession*. New York: Raven Press Nelson, D. L. (1984). *Children with autism and other pervasive disorders of development and behaviour: Therapy through activities*. Thorofare, NJ: Slack Inc.
50. Nelson, D. L. (1988). *Occupation: Form and performance*. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 42(10), 633-641
51. Nicholls, J. (1993, October). Management of agitated behaviour in adults with traumatic brain injury: A case study. Comunicación presentada en la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, VI Congreso Estatal, Mudgee, NSW, Australia.
52. Oakley, F., Keilhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. K. (1986). The Role Checklist: Developing empirical assessment of reliability. *Revista de Investigación de Terapia Ocupacional*, 6, 157-170
53. Pedretti, L.W., & Pasquinelli, S. (1990). A frame of reference for occupational therapy in physical dysfunction. En L.W.
54. Pedretti and B. Zoltan, (Eds.), *Occupational therapy : Practice skills for physical dysfunction* (3<sup>a</sup> ed.) (pp. 1- 17). St. Louis: C.V. Mosby.
55. Ranka, J. (1995, Septiembre). Occupational performance: A model for practice in occupational therapy. Comunicación presentada en el I Congreso Asia Pacifico de Terapia Ocupacional. Kuala Lumpur
56. Ranka, J. (1995, June). Occupational performance: Application to practice. Presentación invitada a terapeutas ocupacionales en el Hospital St. George. Kogarah, NSW
57. Ranka, J., & Chapparo, C.. (1996, September). Occupational performance: Implications for occupational therapy in psychiatric settings. Presentación invitada al Grupo de Interés de Salud Mental de TO Australia AAOT-NSW,
58. Reed, K.L. (1984). *Models of practice in occupational therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
59. Reed, K. L., & Sanderson, S.R. (1980) *Concepts of occupational therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
60. Reed, K.L., & Sanderson, S. R. (1983). *Concepts of occupational therapy* (2nd Ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
61. Ryan, L., & Nicholls, J. (1993, October). Dysautonomia: It's effect during upper limb splinting of comatose patients with traumatic brain injury. Comunicación presentada en la Nueva Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Gales del Sur, VI Congreso Estatal, Mudgee, NSW, Australia.
62. Escuela de Terapia Ocupacional (1975). Stage III submission: Proposal for a degree course in occupational therapy.
63. (Disponible en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Sydney, PO Box 170, Lidcombe, NSW, Australia 2141)
64. Escuela de Terapia Ocupacional (1986). Stage IV review: Bachelor of applied science (occupational therapy). (Disponible en la Facultad de Ciencias de



- la Salud, Universidad de Sydney, PO Box 170, Lidcombe, NSW, Australia 2141)
65. Townsend, E., Brintnell, S., & Staisey, N. (1990). Developing guidelines for client-centered occupational therapy practice. *Revista Canadiense de Terapia Ocupacional*, 57, 69-76.
66. Vause-Earland, T. (1990). Perceptions of role assessment tools in the physical disability setting. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 45(1), 26-31
67. Versluys, H. P. (1980). The remediation of role disorders through focused group work. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 34(9), 609-614.
68. West, W.L. (1984). A reaffirmed philosophy and practice of occupational therapy for the 1980's. *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 38(1), 15-23.
69. Yerxa, E.J., & Sharrott, G. (1986). Liberal arts: The foundation for occupational therapy education, *Revista Americana de Terapia Ocupacional*, 40(3), 153-159.

ANEXO 1:

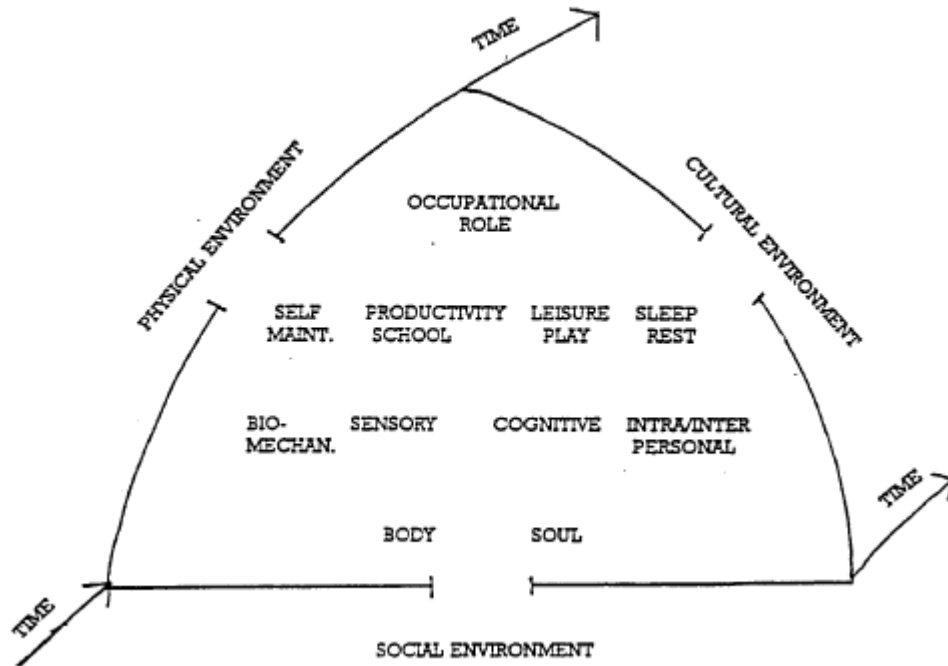


Figura 1: Diagrama Esquemático de Desempeño Ocupacional (1992a). Leyenda de la Figura 1: Ambiente físico, ambiente cultural, rol ocupacional, auto-mantenimiento, productividad, ocio, sueño, escuela, juego, descanso, biomecánico, sensorial, cognitivo, intra/inter personal, cuerpo, alma, tiempo, ambiente social, tiempo.

ANEXO 2:

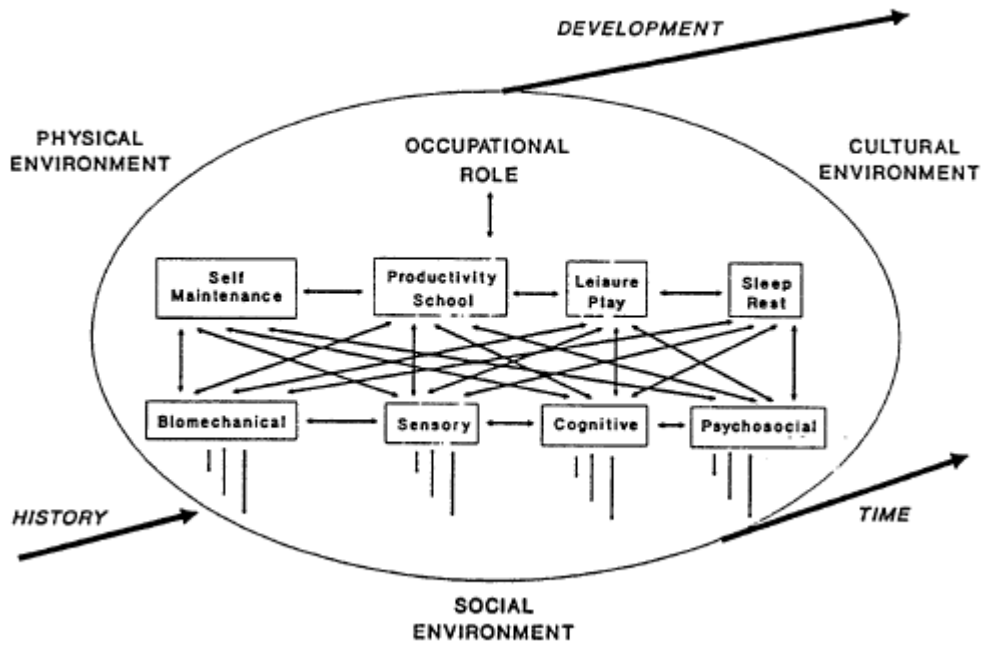


Figura 2: Diagrama Esquemático de Desempeño Ocupacional (1992b) Leyenda de la Figura 2: Desarrollo, Ambiente físico, ambiente cultural, rol ocupacional, auto-mantenimiento, productividad, ocio, sueño, escuela, juego, descanso, biomecánico, sensorial, cognitivo, Psicosocial, Historia, ambiente social, tiempo.

AÑEXO 3:

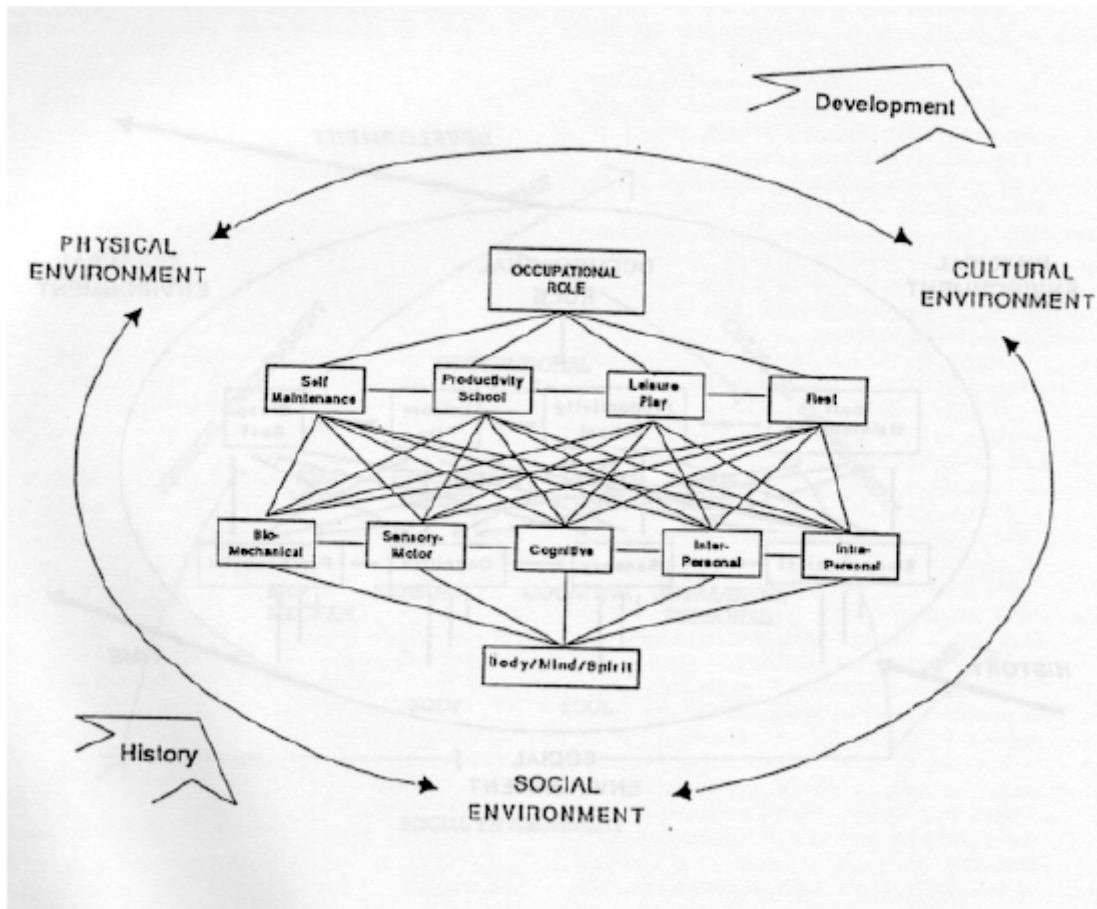


Figura 3: Diagrama Esquemático de Desempeño Ocupacional (1992c). Leyenda de la Figura 3: Desarrollo, Ambiente Físico, Ambiente Cultural, Rol Ocupacional, Auto-Mantenimiento, Productividad/ESCUELA, Ocio/Juego, Descanso, Biomecánico, Sensorial, Cognitivo, Interpersonal, Intrapersonal, Cuerpo/Alma/Espíritu, Historia, Ambiente Social.