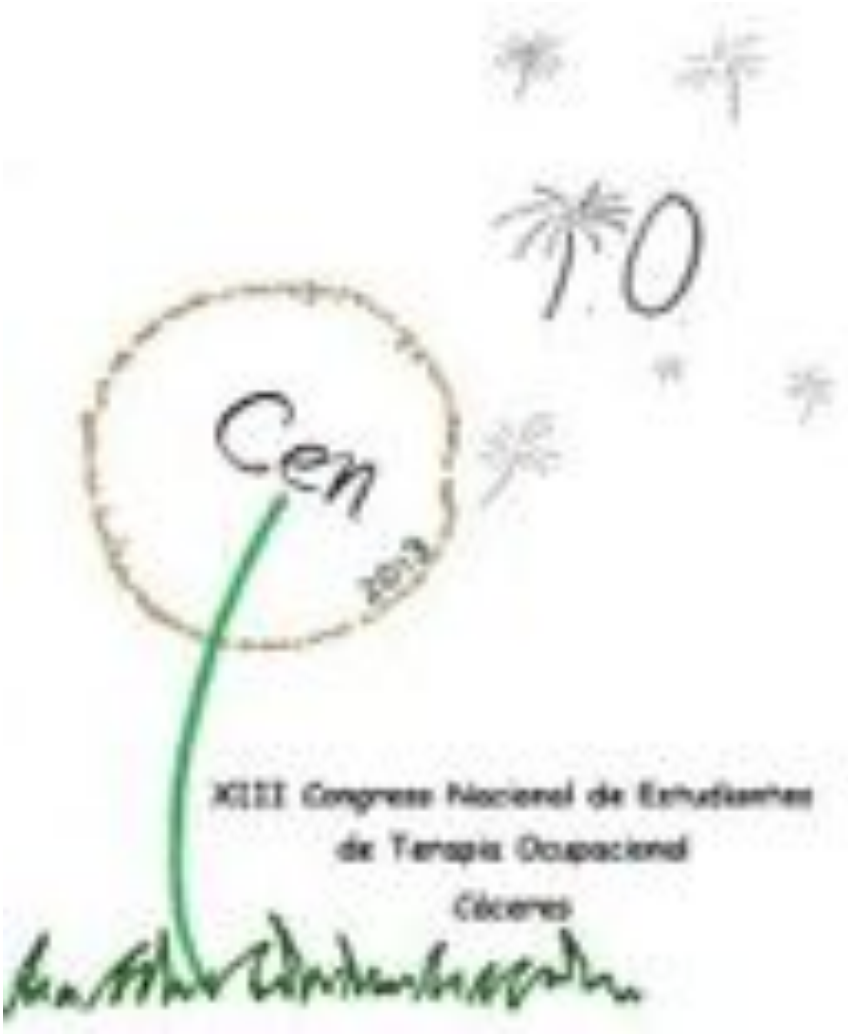

ACTAS DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Promueve y Coordina:

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

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Asociación de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Colabora:

Universidad de Extremadura. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional.

ACTAS DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones:

Touceda Rey C, Suárez Arias M, Alba García A (compiladores) Actas del XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2013 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num8/suple8.pdf

ACTAS DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Coordinadora de la edición

Dña. Cecilia Touceda Rey

Graduada en Terapia Ocupacional

Compiladoras

Dña. María Suaréz Arias

Dña. Ainhoa Alba García

Miembros del comité organizador

Dña. Ainhoa Alba García.
Dña. Sara Ballesta García.
Dña. Aroa Bautista Domínguez.
D. Manuel Bogeat Rama.
Dña. Fátima Cabello Ramiro.
Dña. Beatriz Costumero Cepeda.
Dña. María Suárez Arias.
Dña. Guadalupe Vargas González

.

Catalogación_

Touceda Rey C, Suárez Arias M, Alba García A (compiladores) Actas del XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2013 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num8/suple8.pdf

Páginas 130
Incluye Bibliografías e Índice, portada y contraportada
Versión electrónica, imprimible

ISSN 1885-527X

Título Original:

Actas del XIII Congreso Nacional de Terapia Ocupacional
Proceedings of the XIII National Congress of Occupational Therapy

Esta primera edición fue publicada en el mes de Diciembre de 2013

REVISTA TOG

www.revistatog.com

CONTACTO CON REVISTA TOG
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.

Para usar el material que se ofrece con este libro es necesaria la confirmación de Revista TOG por medio del email miguelrevistatog@yahoo.es y la referencia obligada del libro y de Revista TOG.

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.
Dña. Anastasia Fernández Lamas
Dña Iria Fernández Rivera

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. Tania Romeu Ces
Dña. Aloia Lema Tilve
Dña. Silvie Christinat Souto.
Dña. Tamara Ferrer Basanta.
Dña. Caterina Diaz Polo.
D. Luis Marquez Álvarez.

Comité de Estilo
Dña. Teresa Mejuto Martí.

Comité de Recursos Informáticos
Dña. Laura Nieto
Dña. Sonia Reboredo

Web Master.
D. Eladio Fernández Barrigüete

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

Equipo revisor de bibliografías
Grupo 1
Dña. Yoanna Corral Bergantiños
Dña. Silvia Eiroa Santos
Dña. Tania Muiño Vila
Dña. Miriam Soliño Barros

Equipo revisor de bibliografías
Grupo 2
Dña. Lydia Abad Itoiz
Dña. Eva Alba Miranda
Dña. Shere Couce Loureiro
Dña. Silvia Gerpe López
Dña. Mara José Hermida Magariños
Dña. Alba Mayán Carballa

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

Comité Científico Nacional
Dña. Adriana Avila Álvarez.
D. Pablo A. Cantero Garlito.
Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.
Dña. Nuria Garcia 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. Ines 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
D. Francisco Jose Mazorra Freire
Dña. Paloma Peña.
D. Jose Antonio Garrido.
Dña. Ana María García García
D. Francisco Javier Vidal.
Dña. Azucena Blanco.
Dña. Almudena Lamigeiro.

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

ACTA DEL XXIII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES TERAPIA OCUPACIONAL

Promueve y Coordina:

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

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Agradecimientos_

En primer lugar, queremos agradecer, como integrantes del Comité Organizador del XIII CENTO y coordinadoras de esta publicación, a nuestros compañeros del Comité y de la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional por su implicación, compromiso y trabajo para que este evento tuviera lugar.

Asimismo, dar las gracias a todos los profesionales que realizaron ponencias y talleres durante el congreso, a los compañeros de otras facultades por asistir y aportar sus comunicaciones, al Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (COPTOEX) por creer en nosotros y apoyar nuestra visión, y al resto de estudiantes que no asistieron pero nos mostraron su apoyo a través de redes sociales.

Por supuesto, también ha sido fundamental el respaldo de organismos como el Gobierno de Extremadura, el Excmo. Ayuntamiento de Cáceres, la Excma. Diputación Provincial de Cáceres y la Universidad de Extremadura.

En último lugar, agradecer a la Revista TOG por ofrecernos la oportunidad de compartir todos los conocimientos adquiridos durante el congreso y plasmarlos en esta publicación.

Muchas fueron las experiencias vividas en esos 3 días. Se establecieron y fomentaron relaciones de las que obtuvimos diferentes puntos de vista y diversa información. Sería ilógico decir que todo salió como lo planeábamos y negar la presencia de errores, pero es de sabios reconocerlos, aprender de ellos y compartirlos con los organizadores de las próximas ediciones del CENTO.

Aún así creemos que después de tantas dificultades ha merecido la pena vivir ese momento, ya que nos ha motivado para alcanzar nuestros objetivos y superar todas las dificultades que puedan presentarse a lo largo del camino ya emprendido. Como diría Nelson Mandela, "Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar".

Por todo ello, y a todos ellos: Gracias.

Coordinadoras de la publicación de las Actas del XIII CENTO.

Entidades Promotoras, Editoras, Patrocinadoras y Colaboradoras_

Acta del XXIII Congreso Nacional de Estudiantes Terapia Ocupacional

Los compiladores de este monográfico, Dña. Cecilia Touceda Rey, Dña. María Suárez Arias, Dña. Ainhoa Alba García y D. Miguel Ángel Talavera Valverde, como Director de Revista TOG, quieren agradecer el esfuerzo de las Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional, los Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional, las entidades de promoción de la Terapia Ocupacional y las Universidades donde se desarrollan los estudios de Terapia Ocupacional, así como a todos aquellos que han prestado su colaboración y apoyo a este proyecto.

Promueve y Coordina:	Editado:	Compila:	Colabora:
Revista de Terapia Ocupacional Galicia Revista TOG www.revistatog.com	Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)	Asociación de Estudiantes de Terapia Ocupacional	Universidad de Extremadura. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional

Índice_

Agradecimientos 9
(Dña Ainhoa Alba García y María Suárez Arias.)

Entidades colaboradoras 10

Índice de contenidos: 11

Presentación del suplemento 14
(Comité Organizador XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional)

Prólogo 15
(Comité de gestión de monográficos y suplementos de Revista TOG)

Prefacio 16
(Comité de edición de la Revista TOG)

Artículos:

El método Hoffmann 18
(Dña. Catalina Hoffmann Muñoz-Seca)

Terapia Ocupacional en televisión. Escúchame 24
(Dña.María del Carmen Arroyo Panadero)

Importancia del equipo multidisciplinar sociosanitario en la práctica clínica 28
(COCEMFE)

Ocupación y Juego en la Infancia 32
(D. Alberto León Collado y César Bouzón Seoane)

Razonamiento clínico y promoción de la Terapia ocupacional, estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina. 36
(D. Miguel Ángel Talavera Valverde)

Terapia Ocupacinal Basada en la Evidencia para la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido. 41
(D. Ángel Sánchez Cabeza)

Terapia Ocupacional en adicciones y psicopatología asociada 55
(Dña.Gloria Rojo Mota)

Los desastres naturales desde la perspectiva ocupacional 75
(Dña. Ana Isabel Souto Gómez, Miguel Ángel Talavera Valverde y Pedro Moruno Miralles)

Visión ocupacional del rural gallego 81
(Dña.Laura María Pedreiras Pérez, Miguel Ángel Talavera Valverde y Katerina Díaz Polo)

La importancia de la familia en personas con limitaciones en la participación social. 86
(Dña.Loreto García Alén, Miguel Ángel Talavera Valverde y Katerina Díaz Polo)

Taller: Ayúdame a comprender el mundo. Apoyos visuales para la promoción de la autonomía en personas con trastorno del espectro autista y transtornos específicos en el lenguaje 92
(Dña. Sabina Barrios Fernández)

Taller: Abordajes de Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Sobrevenido 105
(D. Albert Giménez Soria)

La relevancia del entorno físico en la realización de las actividades cotidianas de una persona con movilidad reducida 117
(Dña. Verónica Ferrándiz Vigo, Saray Bacelar Pousa y Ángela Vidal Martínez)

Influencia de los distintos procesos de recogida de información en el diagnóstico ocupacional 124
(D. Miguel A. Talavera Valverde, Loreto García Alén y Leticia Moreira Souto)

Contenidos_

ACTA DEL XXIII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES TERAPIA OCUPACIONAL

Promueve y Coordina:

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

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Prólogo_

Comité de Gestión de Monográficos y Suplementos de la Revista TOG.

Touceda Rey C, Montes Bernardo S, Esmerode Iglesias C. Actas del XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2013 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num8/prologo.pdf

Los congresos de estudiantes tienen una esencia especial. Se organizan desde la ilusión, el entusiasmo y el crecimiento. Siempre se experimentan sensaciones y se adquieren conocimientos que nos cambian, guían y hacen tener nuevas perspectivas.

En este suplemento se recoge esa ilusión con el objetivo de expandir los conocimientos allí compartidos, para que tanto alumnos como profesionales se enriquezcan. Los artículos recogen las ponencias, las comunicaciones y las crónicas del congreso (talleres impartidos en las jornadas).

El **fin último de publicar este suplemento** para la familia de los terapeutas ocupacionales se podría resumir con el precioso término, procedente de la cultura africana, "Ubuntu", que nos aporta estos bonitos valores…

"Humanidad hacia otros", "Soy porque nosotros somos", "Una persona se hace humana a través de las otras personas", "Una persona es persona en razón de las otras personas", "Todo lo que es mío, es para todos", "Yo soy lo que soy en función de lo que todos somos", "La creencia es un enlace universal de compartir que conecta a toda la humanidad.", "Humildad", y "Empatía".

Prefacio_

D. Miguel A. Talavera Valverde

Como citar este suplemento en sucesivas ocasiones: Touceda Rey C, Suárez Arias M, Alba García A (compiladores) Actas del XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional [suplemento en Internet]. TOG (A Coruña); 2013 [citado fecha mes y año]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num8/prefacio.pdf

Decidir que es lo importante de la vida nos lleva a encrucijadas en las que la toma de decisiones nos repercutirá para toda la vida. Cual de los dos itinerarios seguimos es el resultado de nuestras inquietudes, valores, necesidades y sobre todo valentía.

La valentía está presente en todo lo que hacemos y nos lleva a tomar decisiones siempre ajustadas a nuestras inquietudes personales. Una decisión tomada por uno mismo, no nos puede llevar a dudar de ella, si eso sucede la tormenta que acompañará a nuestra decisión nos abocará a un mar de incertidumbres que no nos dejará seguir avanzando en una dirección.

El trabajo desarrollado por los integrantes del comité organizador del 12+1 CENTO celebrado en Cáceres, no es mas que la toma de decisiones puntuales de un grupo de personas que quisieron dejar una impronta de su trabajo en la historia de la terapia ocupacional. En aquel momento, y en la actualidad, con la publicación de este suplemento, tomaron la decisión de hacer ciencia de su esfuerzo, de dejar una guía lo suficientemente sólida para que el resto de generaciones sucesivas puedan utilizarlas a la hora de tomar decisiones en su camino.

El esfuerzo de estos profesionales, junto a la aventura de las coordinadoras de monográficos y suplementos de TOG (A Coruña), en ésta su primera aventura, hace que lo que les ofrecemos en este documento esté lleno de esfuerzo, trabajo y mucho tesón que más allá de ser una compilación de documentos, es la culminación de muchos sueños.

Gracias por la ilusión demostrada al comité organizador del 12+1 CENTO, gracias al tesón mostrado por las coordinadoras de monográficos y suplementos de TOG (A Coruña). Les presentamos el Suplemento 7 de Revista TOG, que lleva por título: "Actas del XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Esperamos que les gust

Artículos_

EL MÉTODO HOFFMANN.

THE HOFFMANN METHOD.

DECS: Método Hoffmann, Intervención terapéutica, Tercera Edad, Vitalia, Innovación, Tecnología.
MESH: Method Hoffmann, therapeutic intervention, Third Age, Vitalia, innovation, technology.
PALABRAS CLAVE: Método Hoffmann, Intervención terapéutica, Tercera Edad, Vitalia, Innovación, Tecnología.
KEY WORDS: Method Hoffmann, therapeutic intervention, Third Age, Vitalia, innovation, technology.

Dña. Catalina Hoffmann Muñoz-Seca

Terapeuta Ocupacional, Consejera Delegada y socia fundadora de la red de franquicias Vitalia Centros de Día. Titulada en el Programa de Desarrollo Directivo de IESE Business School de la Universidad de Navarra, ha cursado estudios de Medicina en la Universidad de Navarra.

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:

Hoffmann C. El método Hoffmann. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 18-23. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/hoffmann.pdf

Introducción

A la hora de crear el Método Hoffmann mi intención era dar solución a las demandas y necesidades de nuestros mayores.

Creé el Método en 2004 como una alternativa al tratamiento de la Tercera Edad. En él se desarrolló una metodología de trabajo especializada que abarca a los mayores en su globalidad, ocupando aspectos físicos, cognitivos, afectivos y sociales.

Para mí, a la hora de desarrollar el Método Hoffmann, fueron fundamentales varias premisas que son la base de la metodología:

- Entender la importancia de que cada persona es única y por tanto únicas son sus necesidades.
- Establecer que los programas de tratamiento sean realizados por expertos en la Tercera Edad y estén adaptados a cada necesidad.

RESUMEN
El aumento de la esperanza de vida hace indispensable dedicar esfuerzos a estudiar a los mayores para poder ofrecer los mejores tratamientos y prevenir las complicaciones antes de que aparezcan.
El Método Hoffmann es un método de tratamiento rehabilitador y preventivo con beneficios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales especializado en personas mayores. Está registrado como obra científica en la propiedad intelectual en el 2004.
Las innovaciones científicas y terapéuticas son la base de la metodología.
Vitalia, a través del Método Hoffmann, investiga y desarrolla nuevos productos y servicios que ayuden a mejorar la calidad de vida de nuestros mayores, incluyendo las nuevas tecnologías, evitando así crear una brecha cultural en los mayores.

SUMMARY
The increase in life expectancy makes it imperative that efforts be made to study the major to be able to offer the best treatment and prevent the complications before they appear.
The Hoffmann method is a method of rehabilitative treatment and preventive benefits with physical, cognitive, psychological and social specializing in older people. Is registered as scientific work in the intellectual property in 2004. Scientific innovations and therapeutic are the basis of the methodology.
Vitalia, through the Hoffmann method, researches and develops new products and services that help to improve the quality of life for our elders, including new technologies, thus avoiding create a cultural gap in the elderly.

- Fomentar el envejecimiento activo.
- Mantener a los mayores activos durante el máximo tiempo posible y realizar actividades que les resulten satisfactorias.
- Adaptar los centros de día a los mayores y no los mayores a los centros de día.

La intervención terapéutica que propongo en el Método Hoffmann (registrado en la Propiedad Intelectual como Obra Científica) se podría resumir en el siguiente esquema (Figura 1)

Figura 1: Intervención Terapéutica método Hoffmann.
Fuente: Elaboración propia

Para ello en el equipo interdisciplinar de los centros se incluyen las figuras del médico, DUE, auxiliares de enfermería, psicólogo, neuropsicólogo,

fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social. Todos estos trabajadores tienen una estrecha relación con los mayores y sus familias.
El Método Hoffmann considera de gran importancia la comunicación con las familias de los mayores, por lo que desarrolla varias vías de comunicación con ellas. Destacaré ahora la importancia de las Escuelas de familias que ofrecen un lugar para informar, formar, compartir experiencias, aclarar dudas y ofrecer recursos y apoyo. Con ellas, las familias consiguen la información necesaria para comprender que les pasa a sus mayores y poder ayudarlos de la mejor manera posible.

Las familias también necesitan saber que cuentan con el apoyo de los profesionales del centro de día en cualquier momento y por ello pueden llamar o acudir al centro de día cuando lo necesiten.

A la hora de intervenir con los mayores el Método Hoffmann cuenta con tratamientos específicos para patologías como Alzheimer, Parkinson, ACV, entre otras.

En mi opinión la investigación es fundamental para continuar avanzando y mejorando, pudiendo de esta forma ofrecer en todo momento lo mejor en nuestros centros. Este es el motivo por el que se estudian y comprueban aspectos como la influencia de las alteraciones de ánimo en el estado cognitivo de los pacientes geriátricos, se analizan los efectos del método Hoffmann en nuestros mayores y podemos mostrar multitud de casos de éxito.

INNOVACIÓN

Sabemos que la esperanza de vida ha aumentado de 60 a 82 años y en poco tiempo llegaremos a los 100. Con estos datos se hace evidente la importancia de la investigación para comprender mejor las implicaciones que tiene el proceso de envejecimiento y ofrecer la asistencia adecuada en cada etapa.

A la hora de innovar estamos siempre detrás de lo que nuestro cliente necesita, buscamos conocer las necesidades insatisfechas de los mismos aunque estas aún no hayan sido reconocidas por ellos. Buscamos crear un nuevo concepto de desarrollo de servicios y productos, ampliando el alcance de nuestras prestaciones.

El Método Hoffmann puesto en marcha en los centros de día Vitalia, conoce la importancia de aprender a hacernos mayores. Vitalia por tanto, es una empresa que ofrece soluciones integrales para las necesidades de la tercera edad. A través de este método realizamos asesoramientos a las empresas, administraciones públicas y otros proveedores de servicios.

En Vitalia consideramos que no se puede mantener a los mayores apartados de la tecnología cuando los "jóvenes" vivimos constantemente utilizándola: teléfonos móviles, ordenadores, consolas, tabletas, etc. Por este motivo testeamos productos y los utilizamos como herramientas terapéuticas a la vez que desarrollamos aplicaciones que favorecen la estimulación cognitiva.

Un bonito ejemplo de la utilización de la tecnología en los centros Vitalia es el uso de robots terapéuticos para la estimulación cognitiva y el tratamiento de mayores con dificultades cognitivas, afectivas y conductuales. (Figura 2

Figura 2: Robot terapéutico Nuca.
Fuente: Elaboración propia

Me gustaría destacar también la utilidad de la aplicación [Re]Member para enfermos de Alzheimer y sus familias, que ayuda a estos enfermos en las fases iniciales mantener su independencia y calidad de vida. (Figura 3)

Figura 3 Aplicación [RE]Member.
Fuente: Elaboración propia

El Método Hoffmann también innova para mejorar en la asistencia dentro de los centros de día Vitalia, por lo que dispone de una plataforma tecnológica de gestión del método, que favorece el control y gestión del trabajo diario en los centros Vitalia. Esta plataforma permite unificar el historial de cada usuario, organizar el trabajo del equipo interdisciplinar, ahorrar tiempo y costes.

A nivel asistencial, desarrollamos constantemente nuevos programas terapéuticos como el de horticultura que favorece la estimulación cognitiva a través del olfato. Estudiamos los efectos de la alimentación en las diferentes etapas del envejecimiento, desarrollado una línea de dietas a domicilio adaptadas a diferentes patologías que hemos llamado Dietas del Chef en Casa.

Y como consideramos que el envejecimiento no tiene que ir ligado a la patología, nos enfocamos también en la prevención, desarrollando por ejemplo el "Programa preventivo de ictus".

Para mí, lo importante son los mayores. Por este motivo he dado un paso más allá del negocio y he creado la Fundación Catalina Hoffmann, en la que se desarrollan programas, actividades y soluciones para mejorar la calidad de vida de las personas mayores con pocos recursos económicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoffmann Muñoz-Seca C. Autoempleo y Terapia Ocupacional. En: García López MJ. Cruz Belvis E, Émeric Méaulle D, León Collado A, Sánchez Sáez I, Millán García V, el al. Investigación en Terapia Ocupacional, 90 años de historia. Actas del VII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Suplemento en Internet]; 2008 [5-2-2013]. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num3/suplemento3.pdf

2. Muñoz-Seca CH. Crónica de una jornada. Terapia ocupacional: Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. 2001; 25:(25).

3. García AF. Fundación Catalina Hoffmann de ayuda a los mayores. Sesenta y más. 2013(319):38-41.

4. Hoffmann Muñoz-Seca C. Creación y dirección de un centro de día. Minusval. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 2007; 165:24-25.

5. Hoffmann Muñoz–Seca C, Del Corral MS. Repercusión de la asistencia en el centro de día Vitalia Ferraz en la sobrecarga del cuidador principal. 2009.

TERAPIA OCUPACIONAL EN TELEVISIÓN: ESCÚCHAME

OCCUPATIONAL THERAPY IN TELEVISION: LISTEN TO ME

DECS: Experiencia personal, terapia ocupacional, diversidad funcional, medios de comunicación.

Palabras clave del Autor: Experiencia personal, terapia ocupacional, diversidad funcional, medios de comunicación.

MESH: Personal experience, occupational therapy, functional diversity, mass media.

KEYWORD: Personal experience, occupational therapy, functional diversity, mass media.

D. Mª del Carmen Arroyo Panadero

Terapeuta Ocupacional. ASPACE-Plasencia y presentadora del programa "Escúchame" realizado por la productora audiovisual Primera Generación (Mérida).

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:
Arroyo Panadero M. del C. Terapia Ocupacional en televisión: Escúchame. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 24-27. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/television.pdf

Introducción

Como diría Juan Bielsa, "Nada más satisfactorio que acabar la jornada y comprobar, con satisfacción, que hemos realizado aquello que nos propusimos. En esa sencilla satisfacción habita la felicidad." Esto mismo sentí yo al poder compartir con mis compañeros de profesión y futuros profesionales lo que ahora plasmaré en unas cuantas líneas.

Todo buen escrito comienza con un prólogo y éste no ha de ser menos.
Mi nombre es Mamen Arroyo Panadero soy terapeuta ocupacional y una persona con diversidad funcional. Desde los 8 años hasta los 14 años fui usuaria de Aspace-Cáceres y pude conocer de primera mano la labor de los muchos terapeutas ocupacionales que me ayudaron a ser una persona independiente. Estos profesionales con su buen hacer fueron sembrando en mí el gusto por la disciplina, y ya desde la adolescencia, entre mis metas personales, se encontraba la de llegar a ser una buena profesional de la Terapia Ocupacional.

RESUMEN
Desde que era una niña observé la importancia de la Terapia Ocupacional por ser una persona con diversidad funcional, y tras ejercer la profesión, romper barreras y estereotipos ha sido una máxima en mi vida. Con esa actitud he llegado a ser la cara visible de la discapacidad en Extremadura, a través de un programa de televisión "Escúchame" cuyo objetivo es demostrar que, con los apoyos necesarios, una persona con diversidad funcional tiene una vida normalizada siendo miembro activo de la sociedad.
En la actualidad, se está observando un cambio necesario en los medios de comunicación nacionales, ya que gracias al trabajo conjunto de profesionales sociosanitarios y personas con diversidad funcional, se están eliminando estereotipos en su mayoría negativos y se muestra una imagen normalizada de los distintos colectivos.

SUMMARY
Since I was a child observed at the importance of the Occupational Therapy as a person with functional diversity, and after exercising the profession, break down barriers and stereotypes has been a maximum in my life. With that attitude I have come to be the visible face of the disability in Extremadura, through a television program "listen to me" whose goal is to demonstrate that, with the supports needed, a person with functional diversity has a normal life being active member of the society.
At present, is seeing a necessary change in the national media, since thanks to the joint work of social and health professionals and people with functional diversity, eliminating stereotypes are mostly negative and shows a standard image in different groups.

Tanto me ayudaron a ser independiente que a los dieciséis años me informaron de una maravillosa beca que concedía la Fundación Once para que jóvenes con diversidad funcional realizaran sus estudios de bachillerato en uno de los centros de la Fundación Colegios del Mundo Unido, repartidos por toda la geografía y a los que acudían estudiantes de todas las nacionalidades y culturas.

Esta convivencia que duró dos años, me enseñó a romper las etiquetas que le ponemos a un determinado colectivo, a aprender que todas las personas tienen algo que aportarte y que hay que saber trasmitir nuestras ideas, pero nunca imponerlas.
Asimismo, aprendí que la educación inclusiva y normalizada de todas las personas del colectivo de personas con discapacidad debe ser considerada una prioridad, para ofrecer una verdadera igualdad de oportunidades y para que, de cara al futuro, sean realmente independientes y autosuficientes.

He querido emplear este pequeño resumen de mi vida para poner el foco en lo importante, ¿Cuál es la función del programa Escúchame?

La visión que proyectaban los medios de comunicación, tanto nacionales como internacionales, de las personas con discapacidad siempre

había sido bastante negativa. Por ejemplo, me viene a la memoria telediarios que informaban de casos de violencia extrema cometidos por personas con enfermedad mental y que los etiquetaban como personas violentas. En otros programas más sensacionalistas mostraban a las personas con discapacidad como personas infantiles y bondadosas que demandan cariño, y por ende, a las que tener lastima. También nos han mostrado y etiquetado a otros colectivos como desconfiados o insociables.

Esta perspectiva tan negativa, que ha ido inculcando en la sociedad demasiados prejuicios, no ha beneficiado en nada a la integración social y laboral plena de estas personas, sino que todo lo contrario, ha derivado a una situación de discriminación tanto negativa como positiva.

En gran medida estos antecedentes de publicidad negativa y errónea han sido el germen de nuevos proyectos televisivos cuyo objetivo primordial ha sido desde el principio borrar de la memoria social los clichés anteriores sobre las personas con discapacidad, ya que como sociedad debemos eliminar las barreras sociales que nos han impuesto la mayoría de medios de comunicación.

Por todo lo anteriormente mencionado, en 2007 a una joven productora audiovisual llamada "Asalto Televisión", cuyo nombre en la actualidad es "Primera Generación", decide apostar por un formato de programa poco comercial pero muy innovador tanto a nivel nacional como europeo. Crean "Escúchame" con el principal mensaje social de la normalización de los distintos colectivos de personas con discapacidad a través del medio de comunicación por excelencia como es la televisión; además de esta labor social buscaron la integración laboral de personas con discapacidad para mostrar que su idea y valores eran posibles y que ellos eran los primeros en apostar por ello.

En definitiva, este programa hecho por y para las personas con discapacidad aborda cuestiones relacionadas con la dependencia y la superación de barreras.

Gracias a programas como el nuestro y algunos más que han empezado recientemente se está mostrando la discapacidad desde otra perspectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duncan B. Los medios de comunicación como motor de cambio de la percepción de la discapacidad por parte del público. Discapacidad e información. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. 1990; 14:(90).
2. Iglesias JLF. Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Patronato sobre Discapacidad; 2006.

IMPORTANCIA DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR SOCIOSANITARIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

IMPORTANCE OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM HEALTH CARE IN THE CLINICAL PRACTICE.

DECS: discapacidad, logopeda, terapeuta ocupacional, tratamiento, fisioterapeuta, trabajador social, equipo multidisciplinar, objetivos, calidad de vida, autonomía.
MESH: disability, speech therapist, occupational therapist, treatment, physiotherapist, social worker, multidisciplinary team, objectives, quality of life, autonomy.
PALABRAS CLAVE: discapacidad, logopeda, terapeuta ocupacional, tratamiento, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, trabajador social, equipo multidisciplinar, objetivos, calidad de vida, autonomía, independencia.
KEY WORDS: disability, speech therapist, occupational therapist, treatment, physiotherapist, nursing assistant, social worker, multidisciplinary team, objectives, quality of life, autonomy, independence.

En representación de COCEMFE-Cáceres:

Dña. Patricia Maestre Mateos. Terapeuta Ocupacional.

Dña. Sonia Silva Sánchez. Fisioterapeuta.

D. Juan Carlos Villa Expósito. Logopeda.

D. Julián Álvarez Delgado. Psicólogo.

Dña. Milagros Cordero Gómez-Caro. Usuaria del centro.

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones: Maestre Mateos P.,Silva Sánchez S., Villa Expóxito J. C., Álvarez Delgado J., Cordero Gómez-Caro M. (COCEMFE-Cáceres). Importancia del equipo multidisciplinar en la práctica clínica. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 28-31. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num8/multidisciplinar.pdf

Introducción

Como diría Mila, una de nuestros usuarios, "La vida puede cambiar en un solo momento".

Recuerda claramente cómo empezó todo, los síntomas, la noticia de su enfermedad… pero sobretodo el entrar al hospital caminando y salir en silla ruedas. Ahí comenzó su nueva etapa y conoció a su nueva familia.

En primer lugar, comentar que COCEMFE-Cáceres forma parte de la Confederación Coordinadora Estatal de Discapacitados Físicos de España. Además está integrada por un total de 14 Asociaciones Federadas repartidas por toda la provincia.

Es una organización sin ánimo de lucro, declarada entidad de carácter social que representa a las personas con discapacidad física. Y el objetivo de este centro tiene como fin primordial que la discapacidad deje de ser un obstáculo para la plena participación social e integración laboral.

RESUMEN

La vida puede cambiar en un sólo segundo. Mila, como otros muchos usuarios de COCEMFE-Cáceres, están aprendiendo a manejar a "Disca", pero no lo hacen solos ya que el equipo multidisciplinar sociosanitario del centro es clave para fomentar la autonomía e independencia así como la calidad de vida.

El equipo (compuesto por psicólogo, terapeuta ocupacional, logopeda, fisioterapeuta, trabajador social y auxiliares) tiene como objetivo proporcionar al usuario los mejores tratamientos para lograr una óptima recuperación funcional y emocional.

El trabajo multidisciplinar tiene numerosos los beneficios entre los que podemos destacar la calidad de atención al sujeto, fomenta la comunicación entre diferentes disciplinas, aumento de la productividad, etc.

SUMMARY

Life can change in just one second. Mila, as many other users of COCEMFE-Caceres, are learning how to manage to "Disa", but don't do it alone as the multidisciplinary team of healthcare center is key to promoting autonomy and independence as well as the quality of life.

The team (composed of psychologist, occupational therapist, speech therapist, physical therapist, social worker and auxiliary) aims to provide the user with the best treatments to achieve a optimal functional and emotional recovery.

Multidisciplinary work has many benefits among which we can highlight the quality of attention to the subject, promotes communication between different disciplines, increased productivity, etc.

Seguidamente, exponemos que la filosofía de trabajo de nuestro centro tiene como objetivo lograr la normalización del colectivo y la autonomía e independencia de todos los usuarios del centro. Todo ello, trabajando con personas con (Dis)capacidades desde la (Dis)capacidad. ello, trabajando con personas con (Dis)capacidades desde la (Dis)capacidad.

Para alcanzar todos los objetivos planteados con un sujeto, es necesario que el Terapeuta Ocupacional (o cualquier otro profesional) trabaje mano a mano con el resto de sus compañeros.

Antes de explicar los beneficios de formar un equipo multidisciplinar, mostraremos a grandes rasgos cuáles son nuestras funciones grupales:

- Colaborar con los pacientes o clientes, miembros de la familia, otros profesionales y otras personas, para determinar un plan de intervención que sea aceptable, realista, culturalmente competente y centrado en el paciente.
- Proporcionar las intervenciones de terapia necesarias para lograr las distintas metas y resultados.
- Promover la prevención, promoción de la salud y bienestar de todos los individuos.
- Mantener reuniones periódicas con familiares de usuarios y otros profesionales.

- Adaptación del medio donde se desenvuelve el usuario para maximizar la capacidad de independencia (para facilitar los comportamientos deseados).

Para unificar toda la información relevante a la evolución de un usuario, nos reunimos semanalmente todo el equipo multidisciplinar (terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas) para manifestar nuestras opiniones y dar soluciones a los problemas que se hayan podido presentar en el día a día.

Por último, plasmamos el objetivo de este monográfico y que también fue el lema de nuestra ponencia, la importancia del equipo multidisciplinar.

El trabajo en equipo permite hacer un resumen del seguimiento individualizado de los usuarios, se concretan las reuniones con los familiares, se proponen actividades de ocio y tiempo libre, y se lleva a cabo la resolución de conflictos según las observaciones de los profesionales o incidencias apuntadas en las aulas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roser S. La promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia como objetivo de la Ley 39/2006. Una visión desde COCEMFE y CERMI. Cuestiones sobre la dependencia. 2006.
2. Roser S. Propuesta de COCEMFE para proporcionar una atención integral a las personas con discapacidad en la universidad. Adaptar la igualdad, normalizar la diversidad: ponencias y resúmenes de comunicaciones, talleres y pósteres. 2006.

OCUPACIÓN Y JUEGO EN LA INFANCIA

OCCUPATION AND GAME IN CHILDHOOD

DECS: Terapia Ocupacional, juego, infancia.

MESH: Occupational Therapy, game, children.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, juego, infancia.

KEY WORDS: Occupational Therapy, game, children.

D. Alberto León Collado.

Terapeuta Ocupacional. S.T.O.I. Servicio de Terapia Ocupacional Infantil Jerez y Campo de Gibraltar. Diplomado en Terapia Ocupacional (U.C.M.)

D. César Bouzón Seoane.

Terapeuta Ocupacional. *AMENCER-ASPACE Asociación de Atención a la Parálisis Cerebral y Afines. Diplomado en Terapia Ocupacional (U.C.M.). Especialista en Neurorehabilitación (AESLEME, Madrid). Experto y Técnico en Terapia Asistida con perros (C.T.A.C, Barcelona). Colaborador como profesor de prácticas de infancia a alumnos de 2º y 4º Curso de Terapia Ocupacional (U.D.C).*

Cómo citar éste artículo en suscesivas ocasiones:

León Collado A, Bouzón Seoane C. Ocupación y juego en la infancia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 32-35. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/infancia.pdf

Introducción

Para realizar una intervención de calidad, el terapeuta ocupacional debe conocer aquellos conceptos que fundamentan el tratamiento. En muchas ocasiones, nos preocupa el qué hacer, sin embargo lo verdaderamente importante reside en el saber hacer, si tenemos los conocimientos, las técnicas, el hacer con el niño será una tarea más sencilla.

De esta forma ¿Qué es la Terapia Ocupacional? ¿Qué debe aportar la Terapia Ocupacional a la atención a la infancia? Contestadas estas preguntas, los conocimientos se deben centrar en el niño. Los ítems de desarrollo esperado en todas sus áreas, los principales diagnósticos biopsicosociales que afectan a la población infantil.

Llega entonces el momento de aplicar, relacionar conceptos. Una de las siete áreas ocupacionales (1) es el juego.

RESUMEN
La Terapia Ocupacional se convierte en una disciplina básica a la hora de que un niño /a deba ser atendido por profesionales sociosanitarios debido a la presencia de problemas en su desarrollo. Sobre todo cuando estos problemas estén interfiriendo en la evolución del juego, principal ocupación de una persona en edad infantil, y no solo existan problemas en el desempeño de las A.V.D. Por ello el terapeuta ocupacional deberá conocer por qué el juego se está viendo limitado. Basando su intervención en la ejecución de esta ocupación.

SUMMARY
The Occupational Therapy becomes a basic discipline at the time a child should be treated by health professionals due to the presence of problems in its development. Especially when these problems are interfering with the evolution of the game, the main occupation of a person during childhood, and there are not only problems in the performance of the A. V. D. For this reason, the occupational therapist must know why the game is being restricted.

Si un niño/a, debido a un problema o diagnóstico físico, psíquico y/o social, desempeña de una forma poco esperada para su edad dicha área de ocupación, es imprescindible mejorarla.

Hipótesis

¿Por qué cobra más importancia dicha área ocupacional que las seis restantes?

Basándonos en las definiciones de juego que podemos encontrar en la literatura (2) todas tienen como aspecto en común que es la principal actividad durante la edad infantil, es espontánea y significativa para el niño. Entonces, si es conocido que la T.O. Usa la actividad significativa o propositiva para el individuo, el juego será nuestra herramienta de trabajo para el niño (entendida como actividad ocupacional) y a la vez, nuestro fin (entendiendo el juego como área ocupacional a mejorar).

De esta forma, podremos intervenir sobre aquellos componentes de ejecución que está limitando el desempeño ocupacional del niño, interfiriendo de forma secundaria en el resto de áreas (3).

Objetivos

El conocimiento sobre el juego, componentes biológicos y sociales que forman parten de él, desarrollo del mismo, (4) debe ser tan importante como el conocimiento de sus componentes de ejecución. Así, aplicar el juego se convertirá en el día a día de un terapeuta ocupacional dedicado a la infancia.

Pero ¿Cómo aplicamos el juego en niños que precisamente ese es su principal problema? Trastorno de Espectro Autista, Daños neurológicos, déficit sensoriales, déficit atencionales, alteraciones cromosómicas, cambios estructurales en la familia... incluso en niños con pluridiscapacidad.

Cuando un terapeuta ocupacional tiene que jugar con un niño con pluridiscapcidad, donde no sólo está comprometida la función motora, sino también la cognitiva y la sensorial, uno de los principales muros que se encuentra es la vía de acceso para llegar a ese niño.

Con un niño sin discapacidad, enseguida podemos encontrar el juguete adecuado para que comience la fantasía del juego, pero con un niño con pluridiscapacidad todo cambia y el terapeuta ocupacional tiene un papel muy importante en ese cambio. Si partimos de la base, que el juego es la principal ocupación del niño, ¿cómo hacer para que un niño que no interacciona voluntariamente con el entorno y que apenas recibe estímulos juegue? El Terapeuta Ocupacional no solamente es el profesional de rehabilitación que atiende al niño, sino que, en este caso, se convierte un "mediador", es decir es la persona, junto con la ayuda de la familia y del equipo, que se encarga de interpretar los estímulos que le gustan al niño, los estímulos que hacen que el niño disfrute de verdad y muestre el gesto principal universal y que hace que toda persona sepa que algo realmente le es agradable y por lo tanto preludio del juego "la risa". ¿Pero cómo llegamos a esto?, pues conociendo al niño, empatizando con él, probando con todos aquellos estímulos que nos han informado que le gustan, realizando una valoración exhaustiva de las capacidades del niño, ¿puede hacer seguimiento visual?, ¿puede mover sus brazos?, ¿tiene alguna alteración sensorial?, etc . Una vez que conocemos lo que le gusta al niño y sus capacidades, buscamos una ocupación, buscamos el juego que mejor le pueda ir, así pues un muñeco que tiene luces y que es suave al tacto, puede convertirse en el muñeco que hay que seguir con la cabeza porque vuela y atraparlo para poder tocar y comerle una oreja etc. En definitiva jugar. (5)

BIBLIOGRAFÍA

1. Anthony P, Brinson CM, Brownrigg S, Clark GF, Desmarais SM, Sellers J, et al. Occupational Therapy practice framework: Domain and Process. Occupational Therapy Practice; 2002.
2. Díaz J. El juego y el juguete en el desarrollo del niño. México DF: Trillas; 1997.
3. Garvey C. El juego infantil. Ediciones Morata; 1985.
4. Huizinga J. Homo Ludens: el elemento lúdico de la cultura. 1972.
5. Von Bertalanffy L. General system theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller ;1968.

RAZONAMIENTO CLÍNICO Y PROMOCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL, ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA EL DESARROLLO DE LA DISCIPLINA.

CLINICAL AND PROMOTION OF OCCUPATIONAL THERAPY, QUALITY STANDARDS FOR THE DEVELOPMENT OF THE REASONING DISCIPLINE.

DECS: Terapia Ocupacional, Toma de decisiones, Competencia clínica.

Mesh: occupational therapy, Decision Making, Clinical Competence.

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Toma de decisiones, Competencia clínica, Razonamiento Clínico, Razonamiento Profesional.

Keywords: occupational therapy, Decision Making, Clinical Competence, Clinical Reasoning, Profesional Reasoning.

D. Miguel Ángel Talavera Valverde

Terapeuta Ocupacional. Área Sanitaria de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Profesor Asociado Universidad de la Coruña. Facultad Ciencias de la Salud. Director de Revista TOG www.revistatog.com

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Talavera Valverde MA**.** Razonamiento clínico y promoción de la terapia ocupacional, estándares de calidad para el desarrollo de la disciplina. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2013 [fecha de la cita]; Vol 10, Supl 8: p 36-39 Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num8/razonamiento.pdf

Introducción

El desarrollo de la Terapia Ocupacional, ha sido exponencialmente superior en la actualidad, de lo que lo fue hace unos años. La revolución teórica y práctica, el movimiento estudiantil y profesional, el desarrollo de universidades y programas de formación ajustados a estándares de calidad, el desarrollo del cuerpo de la disciplina y de los principios por los que se gestiona la misma, son entre otros, pilares de una disciplina que está en crecimiento.

Pero, ¿de que forma los terapeutas ocupacionales estamos sabiendo digerir este proceso?, ¿Cual es la fundamentación que realizamos del mismo?. Estas dudas serán el objeto de este documento. (1, 6, 7)

Metodología

Se ha realizado una revisión teórica en bases de datos, reponedores institucionales, monografías y literatura gris de alcance, para dar respuesta a las hipótesis anteriormente mencionadas.

RESUMEN
El razonamiento clínico o profesional en ter ocupacional, es la clave para el desarrollo de la disci ya que solo de esta forma podremos articular nue pensamiento hacia el orden de nuestra gestión. Todo se alcanza desde el momento en el que la ident profesional se enfatiza en el desarrollo educativo de estudiante. Tras los resultados obtenidos, es nece generar un cuerpo sólido de desarrollo desde pensamiento crítico y un razonamiento clínico o profes ordenado.

SUMMARY
Clinical or professional reasoning in occupational therapy is the key to the development of the discipline, as only in this way we articulate our thoughts to the order of our management. All this is achieved from the moment in which professional identity is emphasized in the educational development of a student. After the results obtained, it is necessary to create a solid body from developing critical thinking and an ordained or professional clinical reasoning.

Resultados

Nos encontramos con una disciplina, en la que aunque cada vez menos, si existe una ausencia de ajustes sólidos centrados en la práctica, donde en ocasiones, debido a la formación recibida, en manos de otros profesionales, se genera una cierta confusión de rol, donde se mezclan intervenciones obtenidas de otras disciplinas en pro de un alejamiento de las propias y donde esta situación es difícil de gestionar debido a la falta de supervisión a los que los terapeutas ocupacionales no estamos acostumbrados una vez finalizados nuestros estudios. Todo ello en ausencia de un pensamiento estructurado, ordenado y metodológicamente adecuado, genera que nuestro pensamiento-acción no se realice de forma lógica y nos perdamos en la inercia de entender lo que sucede para poder actuar sobre ello.

Discusión

Es necesario ser capaces de generar sinergias en las esferas de trabajo, de capacitar encuentros donde aparezcan nexos y sobre todo de hilvanar de forma clara y metódica niveles de promoción, de desarrollo y de construcción de una disciplina que por ende, pasa a ser un estilo de vida en las personas que deciden ser terapeutas ocupacionales. Entender lo que sucede alrededor de lo cotidiano nos hace mejorar en el pensamiento y cuando se ordena hace que lo cotidiano cobre sentido, por ello es necesaria una evolución del pensamiento

crítico, sobre nuestra realidad y nuestra práctica, al que se llega desde el razonamiento clínico o profesional.

Conclusiones:

El pensamiento crítico, el razonamiento, el valor de lo cotidiano, la promoción, la creatividad y la claridad en nuestros procedimientos, son entre otros, el mayor de los beneficios que como profesionales deberíamos ser capaces de manejar. Esta situación genera que nuestra disciplina avance en un estándar de calidad y eficiencia en pro de conseguir los objetivos de nuestro trabajo

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohn ES. Fieldwork education: Shaping a foundation for clinical reasoning. Am J Occup Ther.1989; 43 (4): 240-244.

2. Dutton R. Clinical reasoning in physical disabilities. 1ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.

3. Rassafiani M, Ziviani J, Rodger S. Occupational Therapist´s Decisión Making in Three Therapy Settings in Australia. Asian J Occup Ther. 2006; 5 (1): 29-39

4. Schell BA, Cervero, RM. Clinical reasoning in occupational therapy: An integrative review. Am J OccupTher. 1993; 47 (7): 605-610.

5. Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991; 45 (11): 988-1005.

6. Rogers JC, Holms MB. Occupational Therapy Diagnostic Reasoning: A Component of Clinical Reasoning. Am J Occup Ther. 1991; 45 (11): 1045-1053.

7. Mattingly C, Fleming MH. Interactive reasoning: Collaborating with the person. In C. Mattingly & Fleming (editores). Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice.1ª ed. Philadelphia: F. A. Davis; 1994. 37-63

8. Roberts AE. Clinical reasoning in occupational therapy: Idiosyncrasies in content and process. Br J Occup Ther., 1996; 59(8): 372-376.

9. Unsworth CA. Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, worldview and cllient-crentredness fit?. Br J Occup Ther. 2004; 67(1); 10-19.

10. Chung JCC. Using problem-based learning (PBL) with Hong Kong Occupational Therapy Students: Opportunities and Challenges. Asian J Occup Ther. 2003; 2(1): 10-22.

11. 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): 160-176

12. Schell BA. Professional Reasoning in Practice. En: Willard & Sparkman's Occupational Therapy. 11ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 133-143

13. Liu K, Chan C, Hui-Chan C. Clinical reasoning and the occupational therapy curriculum. 2000. Occup Ther Int. 2000; 7: 173–83.

14. Harries A, Harries P. Studying Clinical Reasoning, Part 1: Have we been taking the Wrong "Track"?. Br J Occup Ther. 2001; 64(4): 164-168.

15. Mitchell R, Unsworth CA. Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. Aust Occup Ther J. 2004; 51 (1): 13–24

16. Harries P, Harries A. Studying Clinical Reasoning, Part 2: Applying Social Judgement Theory. Br J Occup Ther. 2001; 64(6): 285-292.

17. McCarron K, D'Amico F. The impact of problem-based learning on clinical reasoning in occupational therapy education. Occup Ther Health Care. 2002 16: 1–13.

18. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, Cantero Garlito PA. Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. WFOT Bull. 2009; 59(1): 1-

TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA PARA LA REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.

OCCUPATIONAL THERAPY EVIDENCE BASED REHABILITATION FOR ACQUIRED BRAIN INJURY.

DECS: terapia ocupacional, práctica basada en la evidencia, ictus, traumatismo craneoencefálico.

MESH: occupational therapy, evidence based practice, stroke, brain injuries.

PALABRAS CLAVE: terapia ocupacional, práctica basada en la evidencia, ictus, traumatismo craneoencefálico.

KEY WORDS: occupational therapy, evidence based practice, stroke, brain injuries.

D. Ángel Sánchez Cabeza.

Terapeuta Ocupacional. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Especialista en daño cerebral adquirido. Dr. en Patología Neurológica. Universidad Rey Juan Carlos.

Profesor asociado. Universidad Rey Juan Carlos. Experto en evaluación y rehabilitación Neuropsicológica y Neurolingüística. Experto en ortopedia y ayudas técnicas. Terapeuta y reeducador de mano.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Sánchez Cabeza Á. Terapia Ocupacional basada en la evidencia para la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 40-53. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/rehabilitacion.pdf

Introducción

La Terapia Ocupacional constituye el uso propositivo de la actividad o intervenciones diseñadas para lograr objetivos funcionales que promuevan la salud, prevengan la enfermedad y que desarrollen la mejora, mantenimiento o recuperación del más alto nivel de independencia posible para cualquier sujeto que haya sufrido una lesión, enfermedad u otras dificultades, en este caso de los pacientes que presentan daño cerebral adquirido.

Las actuales teorías basadas en el control motor, cognición y aprendizaje están influenciando en las estrategias terapéuticas aplicadas para la mejora funcional tras el daño cerebral. Se acepta generalmente que el desempeño humano (actividades de la vida diaria) requiere de la interacción compleja de los sistemas motor, cognitivo, perceptivo en relación con la actividad que se lleve a cabo y el contexto donde ésta se produzca. El objetivo fundamental de la Terapia

RESUMEN
La práctica basada en la evidencia en terapia ocupacional constituye una de las herramientas más importantes a la hora de llevar a cabo el tratamiento con los pacientes que han sufrido daño cerebral adquirido. En este trabajo se exponen las principales pruebas que apoyan el uso de la terapia ocupacional en los diferentes ámbitos de intervención teniendo en cuenta las fases de recuperación del paciente con daño cerebral adquirido.

SUMMARY
The evidence-based practice in occupational therapy is one of the most important tools for the treatment of patients who have suffered an acquired brain injury. In this paper it describes the main evidence supporting the use of occupational therapy in different areas of intervention taking into account the patient´s recovery phases with acquired brain injury.

Ocupacional consiste en capacitar al individuo para poder llevar a cabo aquellas actividades que considera esenciales en su vida. El terapeuta ocupacional evalúa las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas e interpersonales subyacentes, así como, la actividades y roles personales. Dependiendo del potencial de la persona para su través de la mejora de las habilidades, enseñando y desarrollando estrategias compensatorias y recuperadoras para poder mantener la independencia personal.

Dicha intervención se caracteriza por poseer unos rasgos inherentes a la práctica profesional de la
Terapia Ocupacional, a destacar entre otros: (1)

- Capacitar al paciente con daño cerebral adquirido para ser independiente en sus actividades de la vida diaria (en adelante, AVD).
- Establecer nuevos roles y actividades significativas para el paciente.
- Proporcionar estrategias que facilitarán la generalización de aprendizajes desde el ámbito clínico al cotidiano.
- Utilizar el análisis, selección y elaboración de actividades como proceso de intervención terapéutica para contribuir al logro de los objetivos relevantes del paciente.

Existen cuatro tipo de intervenciones (selección de objetivos de forma activa con el paciente, estrategias compensatorias, adaptaciones del entorno y nuevas tecnologías, práctica intensiva) que muestran beneficios para la participación en ocupaciones significativas (AVD básicas e instrumentales); aunque la

fuerza de estas evidencias tiene limitaciones fundamentalmente relacionadas con el diseño y la metodología de los estudios. De esta forma, la práctica centrada en el paciente facilita la adherencia y el establecimiento de los objetivos durante el proceso de terapia ocupacional, aspecto que muchas veces no es posible porque pueden presentar una clara falta de conciencia sobre sus limitaciones lo que determinará en cierta medida el éxito de las intervenciones. Por otra parte, aquellas intervenciones que incorporan estrategias compensatorias, modificaciones del contexto y práctica intensiva para la selección de los objetivos, conductas y tareas a rehabilitar tienen mayor potencial para la mejora en la participación en las AVD. Así, los terapeutas ocupacionales necesitamos revisar continuamente la búsqueda para la combinación ideal de intervenciones donde seleccionemos los elementos cruciales que faciliten el éxito de la práctica de la terapia ocupacional.

Metodología

Para la realización del presente trabajo se identificaron los ensayos relevantes a través de las búsquedas electrónicas en MEDLINE (1966 a 2013), EMBASE, (1966 a 2013), CINAHL (1982-2013), Psycinfo (1990-2013), ISI Web of Knowledge (1981-2013), descriptores de literatura como ScienceDirect y Proquest (1990-2013) y bases de datos de rehabilitación: AMED (1990-2013) REHABDATA (1990-2013).Con el propósito de seleccionar la mejor información también fueron realizadas búsquedas manuales de ensayos clínicos relevantes en las principales revistas relacionadas con la materia, así como, trabajos originales.

Se utilizaron diferentes combinaciones de palabras clave como: occupational therapy, brain injury, stroke, rehabilitation, randomized controlled trial, evidence-based intervention.

De todos los resultados obtenidos se siguieron para su clasificación los criterios propuestos por el "US Preventive Task Force" en cuanto al diseño de los

estudios y la clasificación de la evidencia científica y los grados de recomendación basados en la evidencia disponible. (Figura 1 y 2) (2)

Clasificación de la evidencia científica según el diseño de estudio* (tomado de US Preventive Task Force[1])	
I.	Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada
II. 1.	Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñados, sin randomicación
2.	Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación
3.	Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención[b].
III.	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

a.- De mayor (I) a menor (III) calidad
b.- Este tipo de evidencia también incluye resultados muy llamativos en experimentos sin grupo control, como los derivados de la introducción de la penicilina en los años cuarenta.

Figura 1. US Preventive Task Force. Fuente: www.ahcpr.gov/clinic/cpsix.htm

Grados de Recomendación basados en la Evidencia disponible		
	Nivel de evidencia sobre la que se basa	Significado
Grado A	Existe evidencia satisfactoria, por lo general de nivel 1 (meta-análisis o ensayos clínicos randomizados y controlados) que sustenta la recomendación. (*)	Hay buena o muy buena evidencia para recomendarla.
Grado B	Evidencias de nivel 2 (ensayos clínicos bien diseñados y controlados aunque no randomizados)	Existe evidencia razonable para recomendarla.
Grado C	Existe pobre evidencia. Hallazgos inconsistentes. Deben ser sometidas a la aprobación del grupo de consenso.	Después de analizar las evidencias disponibles con relación a posibles sesgos, el grupo de consenso las admite y recomienda la intervención.
Grado D	Existe muy pobre evidencia. Evidencia empírica pobre o no sistemática.	Los estudios disponibles no pueden ser utilizados como evidencia, pero el grupo de consenso considera por experiencia que la intervención es favorable y la recomienda
(*) En situaciones muy especiales, cuando el evento es mortalidad, especialmente ante una enfermedad previamente fatal, ésta puede deberse a evidencias de menor nivel.		

Figura 2. US Preventive Task Force. Fuente: www.ahcpr.gov/clinic/cpsix.htm

Resultados

Los datos obtenidos tras su análisis son presentados en función de la fase de intervención en la cual tendrá lugar el proceso de terapia ocupacional.

- Fase de recuperación del coma:

La intervención de la terapia ocupacional en esta fase del daño cerebral adquirido se concentra fundamentalmente en: restaurar los déficits, prevenir las complicaciones secundarias que puedan ocurrir, mantener y estimular las funciones cognitivas fundamentalmente el nivel de consciencia y el de alerta. Para el desarrollo de estos objetivos se emplean "programas de estimulación sensorial", basándonos en la premisa básica que constituye el saber que los sentidos son la vía hacia la consciencia, por lo tanto la aplicación controlada de estímulos sensoriales de manera organizada tendrá un efecto terapéutico sobre la condición actual del paciente. (3)

Al estudiar estos programas podemos confirmar que la mayoría de ellos varían ampliamente en: la intensidad del programa, la modalidad sensorial estimulada, la inclusión o no de cuidadores en su realización y los criterios de inclusión del usuario. Sin embargo, todos ellos tienen en común: la implementación de sesiones breves (más o menos de 15 minutos), la aplicación de estímulos multimodales sensoriales, la observación de la respuesta conductual como parámetro de valoración y la aplicación de refuerzos verbales y técnicas basadas en la repetición.

De estos datos deducimos varios aspectos. Por una parte, existen grandes dificultades metodológicas y éticas para la realización de ensayos clínicos aleatorizados en este tipo de situación clínica; la comparación de programas de estimulación sensorial frente a la estimulación natural del entorno entraña inherentemente este tipo de cuestiones clínicas. Por otra parte, la sensibilidad de los sistemas de evaluación para la medición del cambio en los estadios de coma es muy heterogénea y produce la dependencia de esta cualidad del test para establecer si realmente se están produciendo cambios o no. Además, es cuestionable la aplicación de programas de estimulación sensorial para determinar si acortan el tiempo de duración del coma, o si facilitan la recuperación de la consciencia.

Sí hay suficientes pruebas, que indican un efecto positivo de una intervención intensiva y precoz para la recuperación funcional en pacientes que están saliendo del coma, así como, la facilitación que pueden provocar para detectar la actividad voluntaria de la que no lo es y sus implicaciones clínicas para la rehabilitación. (4, 5, 6, 7, 8, 9)

Por lo tanto, en función de estos datos, podemos afirmar que: no existe evidencia clínicamente fiable y relevante que justifique el rol de los programas de estimulación sensorial para pacientes en coma o estado vegetativo persistente; existe evidencia de que estos programas no tienen un efecto negativo en los pacientes donde son aplicados; hay mínima evidencia para la disminución del tiempo en coma medida a través de la Disability Rating Scale. (10, 11)

Desde un punto de vista clínico, sabemos que el arousal es el paso previo a la participación en actividades ocupacionales por lo que podría justificarse su aplicación.

En esta fase de recuperación del coma, también son tratadas por parte de la terapia ocupacional alteraciones que afectan al sistema neuromuscular, para lo cual se emplean "programas de rehabilitación neuromuscular". Dada la situación clínica definida, estos son pasivos por naturaleza, teniendo como fin la capacidad de constituir métodos preparatorios para el rango articular de movimiento. Los objetivos se basan en el tratamiento de las complicaciones primarias tras la lesión (alteraciones del control motor, tono muscular, y equilibrio) y la prevención de las complicaciones musculares secundarias (contracturas, acortamientos musculares, etc). (12, 13)

Existe evidencia moderada (nivel II) de que el uso de una ortesis nocturna para la mano espástica junto con un tratamiento convencional no mejora el rango articular de movimiento, la función motora o el dolor. Además, hay fuerte

evidencia (nivel I) sobre la reducción de las contracturas de tobillo a través de ortesis estáticas progresivas y evidencia limitada en el miembro superior (debido a espasticidad). (14, 15)

- Fase aguda de intervención:

Clínicamente nos referimos a un usuario que no está en coma, estable desde un punto de vista médico y que probablemente presente alteraciones en diferentes dominios (físico, cognitivo, conductual y comunicación), así como en sus actividades de la vida diaria básicas y/o instrumentales.

- Alteraciones sensorio-motoras:

La investigación actual en neurorrehabilitación sugiere que la neuroplasticidad tras el daño cerebral adquirido puede ser influida por varios aspectos relevantes: cómo se adquieren las habilidades motoras, cómo es el aprendizaje tras la lesión, y las características de la actividad que ha de ser entrenada. Los terapeutas ocupacionales aplicamos los principios de la práctica del control motor, la retroalimentación, las actividades específicas y el entrenamiento intensivo cuando el objetivo se basa en la recuperación de las habilidades motoras. En este sentido destacan dos técnicas utilizadas en el ámbito de la terapia ocupacional, una propia, las técnicas de control motor orientadas a actividades y otra del ámbito de la rehabilitación física general, la terapia por restricción del lado sano.

La evidencia actual nos indica que los tratamientos basados en actividades funcionales (actividades de la vida diarias) podrían ser más efectivos que los basados en la recuperación del déficit a través de actividades seleccionadas (no funcionales) para las destrezas motoras finas en adultos con daño cerebral. Por otra parte, la terapia por restricción del lado sano muestra (nivel I) un aumento de la calidad y cantidad de movimiento, así como del uso espontáneo del miembro superior afecto. (16, 17, 18, 19)

Existe un nivel de evidencia "fuerte" (nivel I) sobre el conocimiento que tienen las técnicas denominadas del neurodesarrollo para el tratamiento del miembro superior, no siendo superiores a ningún otro abordaje rehabilitador. En este sentido hay evidencia moderada (nivel Ib) cuando se compara el abordaje de tratamiento "Bobath" con los programas de aprendizaje motor orientados a la actividad, estos últimos, obtienen mejoras antes, reducen la estancia hospitalaria y obtienen mejor calidad del movimiento. (20, 21, 22, 23)

- Alteraciones cognitivas:

La rehabilitación cognitiva es efectiva tras el daño cerebral adquirido, aunque ninguna intervención puede ser considerada más efectiva que otra para dominios cognitivos como la memoria (nivel I). También sabemos que, la rehabilitación multidisciplinar cognitiva es más efectiva que la unidisciplinar (nivel I). El aprendizaje sin errores es más efectivo que otras estrategias neuropsicológicas (desvanecimiento o ensaño error) para las alteraciones de memoria y los trastornos del control motor adquirido voluntario (praxias) (nivel I). (24, 25, 26)

Por otra parte el tratamiento centrado en el reaprendizaje de habilidades funcionales a través del entrenamiento específico en tareas o mediante aprendizaje por compensaciones es más efectivo que el dirigido a la recuperación del déficit cognitivo (nivel I). Además, los resultados en las mediciones neuropsicológicas no se correlacionan con las mejoras en las actividades de la vida diaria, hecho especialmente relevante para los terapeutas ocupacionales a la hora de interpretar los datos del paciente y establecer el adecuado trabajo transdisciplinar con el objetivo de mejorar la cognición en las funciones cotidianas del usuario. (27)

Existen evidencias límites o insuficientes con relación a los tratamientos conductuales basados en refuerzos positivos, el entrenamiento en pensamiento positivo, las actividades motoras groseras para la mejora de la capacidad

atencional, así como, las actividades de ordenador para la mejora de los componentes sociales.

- Alteraciones en las actividades de la vida diaria:

La intervención sobre estas actividades es algo inherente a la terapia ocupacional, pero cuando estudiamos este parámetro funcional por excelencia, encontramos datos contradictorios en cuanto a la definición del concepto "funcional", lo que contribuye a confundir la esencia del proceso rehabilitador, el cual, ha de ser mejorar la condición del usuario con daño cerebral en su funcionamiento cotidiano, es decir, en sus actividades básicas e instrumentales.

Con relación a los datos obtenidos podemos afirmar que: la terapia ocupacional capacita al individuo para participar en sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, con un nivel de evidencia excelente (nivel I). Sabemos también, que el tratamiento en esta área ha de estar centrado en la selección de objetivos por parte del cuidador o del usuario con el fin de lograr la máxima eficacia y significación de la intervención terapéutica. En este sentido las recomendaciones actuales nos orientan a que el complejo formado por estrategias rehabilitadoras más las compensaciones del paciente sumando a las adaptaciones del entorno y el entrenamiento específico hacia una meta, es la fórmula con mayor éxito para el logro de los objetivos durante el proceso de intervención. (28, 29)

Discusión

Actualmente la terapia ocupacional como el resto de profesiones relacionadas con la salud ha sido llamada a realizar una práctica basada en la evidencia. La "práctica basada en la evidencia" se define como "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor prueba actual para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de los pacientes". De acuerdo con Law y Baum, este hecho implica poner mayor énfasis en la adaptación y la transferencia del conocimiento en investigación para la práctica clínica y su uso como elemento de juicio clínico,

respetando las preferencias del paciente y el ejercicio profesional. (30, 31)

La diversidad que existe en la presentación del daño cerebral adquirido hace que la investigación sobre los ensayos clínicos relacionados con el pronóstico, las medidas de resultados sensibles y la efectividad del proceso rehabilitador, cambien a lo largo del tiempo. Cuando investigamos la extensión de la lesión y la recuperación tras el daño cerebral nos enfrentamos a un daño cerebral primario que normalmente se acompaña de otro secundario fruto de las reacciones bioquímicas y neurológicas desencadenadas que además debe considerarse junto con las características previas del paciente así como, los factores contextuales que pueden influir tanto en el funcionamiento cognitivo como sensoriomotor del paciente. Además, existen otros factores que dificultan el estudio de investigación con el paciente que presenta daño cerebral adquirido, como por ejemplo, la selección de los parámetros para la obtención de la muestra de estudio, puede estar basada en un criterio anatómico o bien en un criterio conductual. En este sentido, sabemos actualmente que lesiones idénticas identificadas a través de instrumentos de diagnóstico por imagen pueden generar cuadros clínicos muy diferentes en distintos pacientes, así como, patrones conductuales similares pueden ser atribuidos a lesiones cerebrales muy distintas. (31, 32)

La naturaleza multidisciplinar que presenta la rehabilitación del daño cerebral adquirido donde el terapeuta ocupacional forma parte habitual de estos equipos, combinado con la individualización de los tratamientos en función de las variables personales de la lesión, las características del paciente y los tratamientos aplicados, dificultan también poder determinar qué componentes particulares del proceso de rehabilitación son críticos para obtener resultados positivos. Evaluar la efectividad de los programas multidisciplinares es difícil ya que se produce el solapamiento en muchas ocasiones sobre las áreas de intervención y es muy complicado medir el efecto de una única intervención atribuible a una profesión en particular. Además, la rehabilitación en terapia

ocupacional es compleja, el objetivo basado en la mejora funcional del paciente demanda intervenciones simultáneas tanto en el dominio de las habilidades cognitivas como en el dominio de las habilidades motoras, así como, la individualización de las estrategias a sus características particulares. Por otra parte, diferenciar los efectos de la recuperación natural o espontánea de la producida por la rehabilitación es un elemento difícil de analizar y que implica en el ámbito investigador criterios éticos, sin embargo, aquellos pacientes que han sido sometidos a intervenciones varios años tras el daño cerebral han demostrado mejoras causadas por las estrategias rehabilitadoras. (33)

La rehabilitación de los pacientes con daño cerebral adquirido es compleja ya que requiere del esfuerzo y las habilidades integradas de varias especialidades dedicadas a la rehabilitación. El éxito de las intervenciones es más probable cuando se ponen en común diferentes estrategias y se comparten objetivos entre diferentes disciplinas. El equipo multidisciplinar es esencial como elemento clave para la coordinación del proceso de rehabilitación a lo largo de las distintas fases. Esta multidisciplinaridad y transdisciplinaridad demanda a los terapeutas ocupacionales y al resto de profesionales habilidades de interacción, capacidad para aceptar críticas y compartir conocimientos y experiencias, así como, esfuerzo por contribuir cada uno de los miembros del equipo a mejorar la atención del paciente con daño cerebral adquirido.

Los terapeutas ocupacionales especializados en daño cerebral adquirido necesitan ser críticos con la información que manejan relacionada con las guías de práctica clínica y las investigaciones clínicas recientes con el fin de integrar la mejor información para el cuidado y rehabilitación de sus pacientes. Debemos evaluar constantemente si la evidencia disponible es aplicable a las necesidades particulares del paciente que estamos tratando y si ésta es viable teniendo en cuenta las características de nuestro entorno rehabilitador. Cualquier toma de decisiones clínica no debe considerar sólo las investigaciones seleccionadas sino también las preferencias individuales del paciente y la

experiencia del terapeuta ocupacional. Investigaciones recientes muestran que determinados pacientes con daño cerebral adquirido responden de manera diferente en función de las intervenciones que son seleccionadas. (34)

Los terapeutas ocupacionales debemos revisar y extrapolar los elementos que son comunes a la filosofía de la práctica de la terapia ocupacional además de estimular la investigación sobre la eficacia de estas intervenciones sobre los componentes del desempeño ocupacional. Puesto que la rehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido es un proceso largo (crónico), la evaluación periódica de sus rutinas podría ser beneficiosa para determinar si se están produciendo cambios que podrían requerir servicios de rehabilitación a corto plazo para mejorar o mantener su capacidad para participar en ocupaciones significativas. Además, los pacientes con daño cerebral adquirido podrían presentar nuevas necesidades rehabilitadoras una vez asumen sus nuevos roles o los cambios que se producen en su entorno más próximo.

Conclusiones

Los criterios de la práctica basada en la evidencia deben ser la guía de los terapeutas ocupacionales con el fin de mejorar el cuerpo de conocimiento de la terapia ocupacional, conocer sus efectos, y sus necesidades para lo cual, son necesarias mejoras tanto en la cantidad como en la calidad de los estudios de intervención llevados a cabo en el ámbito del daño cerebral adquirido, a pesar de las dificultades metodológicas existentes.

En el momento actual existe un cuerpo de conocimiento creciente que proporciona evidencia sobre la recuperación de las alteraciones motoras y cognitivas de los pacientes con daño cerebral adquirido. En este entorno y basándonos en las mejores pruebas disponible, la terapia ocupacional es un elemento clave basado en la evidencia para la rehabilitación del daño cerebral adquirido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Cabeza A. Terapia ocupacional para la rehabilitación del control motor. Tratamientos basados en actividades para pacientes con daño cerebral adquirido. Editorial Académica Española. Alemania. 2011.
2. U.S. Preventive Services Task Force.Guide to Clinical Preventive Services. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health; 2012.
3. Kearns Y. Coma stimulation: What, why, and how? Physical Disabilities Special Interest Section Quarterl 2005;28(1):1-3.
4. Cope N, Hall K. Head injury rehabilitation: benefit of early intervention. Arch Phys Med Rehabil1982;63:433-437.
5. Mackay EL et al. Early intervention in severe head injury: long term benefits of a formalized program. Arch Phys Med Rehab 1992; 73:635-641.
6. Sirois MJ et al. Impact of transfer delay to rehabilitation in patients with severe trauma. Arch Phys Med Rehab 2004;85:184-191.
7. High WM et al. Early versus later admission to postacute rehabilitation:Impact on functional outcome after traumatic brain injury.
8. Arch Phys Med Rehab 2006;87:334-342.
9. Mysiw WJ et al. Assessment , early rehabilitation, and tertiary prevention. En Zasler ID, Katz DI, Zafonte RD (Eds). Brain injury medicine: Principles and practice. New York: Demos. 2007; p.283-301.
10. Zhu XL et al. Does intensive rehabilitation improve the functional outcome of patients with traumatic brain injury (TBI)? A randomized controlled trial. Brain Injury 2007;21:681-690.
11. Lombardi F, Taricco M et al. Sensory stimulation of brain injured individuals in coma or vegetative state: results of a Cochrane systematic review. Clinical Rehabil 2002; 16:464-472.
12. Lombardi F, Taricco M et al. Sensory stimulation of brain injured individuals in coma or vegetative state (Cochrane Review). En The Cochrane Library 2004;4. Chichester, UK: Wiley.
13. Mysiw WJ et al. Assessment , early rehabilitation, and tertiary prevention. En Zasler ID, Katz DI, Zafonte RD (Eds). Brain injury medicine: Principles and practice. New York: Demos. 2007; p.283-301.

14. Sullivan KJ. Therapy interventions for mobility impairments and motor skill acquisition after TBI. En Zasler ID, Katz DI, Zafonte RD (Eds). Brain injury medicine: Principles and practice. New York: Demos. 2007; p.929-946.

15. Lannin NA et al. Splinting the hand in the functional position after brain impairment:A randomized controlled trilal. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:297-302.

16. Marshall S, Teasell R, Bayona N, Lippert C et al. Motor impairment rehabilitation post acquired brain injury. 2007; 21:133-160.

17. Neistadt ME. The effects of different treatment activities on functional fine motor coordination in adults with brain injury. Am J Occup Ther 1994;48:877-882.

18. Sullivan KJ. Therapy interventions for mobility impairments and motor skill acquisition after TBI. En Zasler ID, Katz DI, Zafonte RD (Eds). Brain injury medicine: Principles and practice. New York: Demos. 2007; p.929-946.

19. Wolf SL et al . Retention of upper limb function in stroke survivors who have received CIMT: the EXCITE randomized trial. Lancet Neurology 2008;7(1):33-40.

20. Wu CY et al. Effects of modified CIMT on movement kinematics and daily function in patients with stroke: A kinematic study of motor control mechanisms. Neurorehabiilitation and Neural Repair 2007;21:460-466.

21. Langhammer B, Stanghelle JK. Bobath or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation. A RCT. Clin Rehabil 2000;14:361-9.

22. Langhammer B, Stanghelle JK. Bobath or motor relearning programme? A follow–up one and four years post stroke. Clin Rehabil 2003;17:731-734.

23. Langhammer B, Stanghelle JK. Can physiotherapy after stroke based on the Bobath concept resulting improved quality of movement compared to the motor relearning programme. Physiother Res Int 2011;16:69-80.

24. Van Vliet PM, Linclon NB, Foxall A. Comparison of Bobath based and movement science based treatment for stroke: a RCT. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:503-508.

25. Cicerone KD et al. Evidence based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1681-1692.

26. Cicerone KD et al. Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive

rehabilitation for traumatic brain injury.Arch Phys Med Rehabil 2004;85:943-950.

27. Kessels RP et al. Implicit learning in memory rehabilitation: A metanalalysis on errorless learning and vanishing cue methods. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2003;25:805-814.

28. Ho MR, Bennett TL. Efficacy of neuropsychological rehabilitation for mild-moderate traumatic brain injury. Archives of Clinical Neuropsychology, 1997;12:1-11.

29. Powell J. Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: A randomized controlled trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;72:193-202.

30. Vanderploeg RD. Rehabilitation of traumatic brain injury in active duty military personnel and veterans: Defense and Veterans´ Brain Injury Center randomized controlled trial of two rehabilitation approaches. Arch Phys Med Rehab 2008; 89:2227-2238.

31. Sacket DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it is not. British Medical Journal 1996;312:71-72.

32. Law M, Baum C. Evidence-based occupational therapy. Can J Occup Ther 1998;65:131-135.

33. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institute of Health. Cognitive rehabilitations interventions: moving from bench to bedside. 2005.

34. Parish L, Oddy M. Efficacy of rehabilitation for functional skills more than 10 years after extremely severe brain injury. Neuropsychological Rehabilitation 2007;17:230-243.

35. Vanderploeg RD, Schwab K, Walker WC, Fraser JA, Sigford BJ, Date ES et al. Rehabilitation of traumatic brain injury in active duty military personnel and veterans: Defense and Veterans Brain Injury Center randomized controlled trial of two rehabilitation approaches. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2008;89:2227-2238.

TERAPIA OCUPACIONAL EN ADICCIONES Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

OCCUPATIONAL THERAPY IN ADDICTIONS AND ASSOCIATED PSYCHOPATHOLOGY

DECS: Terapia Ocupacional, Trastornos Relacionados con Sustancias, Rehabilitación.
MESH: Occupational Therapy, Substance-Related Disorders, Rehabilitation.
PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, Trastornos Relacionados con Sustancias, Rehabilitación.
KEY WORDS: Occupational Therapy, Substance-Related Disorders, Rehabilitation.

Dña. Gloria Rojo Mota
Terapeuta ocupacional. Tratamiento ambulatorio de personas con adicción en el Centro de Atención a Drogodependientes de San Blas Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Cómo citar éste artículo en suscesivas ocasiones:
Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en adicciones y psicopatología asociada. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 55-74. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/adicciones.pdf

Introducción

El concepto de adicción, y los sucesivos sinónimos que han sido utilizados, ha ido variando según el contexto sociopolítico en el que se estudiaba el problema. El hecho de que determinadas personas se impliquen en conductas, que pueden requerir o no el uso de sustancias, más allá de lo que parece razonable en función de sus consecuencias es un hecho observado desde hace muchos siglos, pero que ha alcanzado unas dimensiones desconocidas en el siglo XX, como consecuencia de los avances técnicos y las comunicaciones, hasta alcanzar categoría de problema global.

Como corresponde a un fenómeno relativamente novedoso en el contexto de un mundo globalizado, el adicto ha sido sucesivamente contemplado como enfermo mental, delincuente, marginado, desadaptado, enfermo cerebral o, simplemente, como una persona normal que padece una alteración de su comportamiento (Tabla 1). Esto es consecuencia de que la adicción no es otra cosa que una construcción social; como explica Oriol Romaní, las drogas son "*sustancias químicas, que se incorporan al*

RESUMEN
Las dos últimas décadas han supuesto un enorme incremento de la investigación científica sobre el funcionamiento cerebral y las bases neurocomportamentales de la adicción. Más allá de concepciones previas sobre el carácter de "enfermedad mental" atribuido a la adicción, en el momento actual la adicción, con o sin sustancias, se conceptualiza como un hábito arraigado en el funcionamiento cerebral que provoca cambios y alteraciones en el comportamiento y comporta consecuencias negativas que alteran el funcionamiento cotidiano de la persona afectada. La Terapia Ocupacional es una disciplina, inscrita en el marco teórico y metodológico de la Ciencia de la Ocupación, que lleva muchos años interviniendo en los equipos de tratamiento de personas con adicciones, pero ello no se refleja en el volumen de publicaciones producido por los profesionales. Se constata la carencia casi completa de instrumentos de evaluación y estimación del cambio producido por la intervención ocupacional, aunque se hacen constar algunos trabajos recientes que empiezan a llenar el hueco y a posibilitar la evaluación de los individuos y los resultados de los tratamientos. Se traza también un esbozo de intervención con estos pacientes, a partir de la experiencia acumulada en otras alteraciones del funcionamiento cerebral, específicamente a través de la rehabilitación funcional. Se advierte de la necesidad de que los terapeutas diseñen trabajos de investigación y publiquen en prensa científica de calidad para alcanzar el prestigio y reconocimiento que merece una profesión con tan larga trayectoria en éste y otros ámbitos clínicos.

SUMMARY
In the last two decades it have been a huge increase in scientific research on brain functioning and neurobehavioral bases of addiction. Beyond preconceptions about the nature of "mental illness" attributed to addiction, at the present time addiction, with or without substances, is conceptualized as an ingrained habit in brain function that cause changes and alterations in behavior and causes negative consequences that alter the daily functioning of the affected person. Occupational Therapy is a discipline, belonging to the theoretical and methodological framework of Occupational Science, which has long been intervening in teams treating people with addictions, but this is not reflected in the volume of publications produced by professionals. It notes the almost complete lack of assessment and estimation of change instruments produced by the occupational intervention, although there have been some recent studies begin to fill the gap and allow assessment of individuals and the results of the treatments. It also draws an outline of intervention with these patients, from the experience gained in other disorders of brain function, specifically through functional rehabilitation. It claims the need for therapists to design and publish research papers in quality scientific press to achieve the prestige and recognition it deserves as a profession with long experience in this and other clinical settings.

organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan" (1). Del mismo modo, Griffiths remarca que "*el término* [adicción]*, tal y como se comprende tanto en ámbitos cotidianos como académicos, es una construcción contextual y social*" y "*cualquier actividad reforzante puede ser contemplada como potencialmente adictiva, pero sólo las actividades socialmente reprobadas por su 'riesgo' asociado son percibidas como adicciones, mejor que como meros hábitos. Este es un argumento de gran peso para una mejor comprensión del concepto de adicción*" (2). Y, desde un punto de vista meramente científico, el concepto de adicción no es otra cosa que "*una hipótesis que presume que un grupo de fenómenos conductuales correlacionados están vinculados por un proceso subyacente*" y que "*sólo puede ser estudiado bajo la consideración de que el comportamiento humano es la interacción permanente entre el sujeto y el medio en el que se desenvuelve*" (3)

Tal hipótesis ha sido en gran parte ratificada por la investigación desarrollada en las dos últimas décadas. En efecto, en la última década del siglo XX, y a partir del impulso recibido por la consideración de "década del cerebro", la investigación científica ha sentado las bases para la consideración de la adicción como un fenómeno unitario, que subyace a comportamientos como la dependencia de sustancias, las conductas de juego y cualquier otra actividad gratificante que se repite y se transforma en un hábito. De este modo, la adicción se considera, en el momento actual, como un hábito, con bases neurobiológicas similares a cualquier otro hábito que el cerebro establece en su relación con el ambiente en el que se desenvuelve. La primera década del siglo XXI, declarada como "la década de la conducta", ha aportado ingente evidencia científica para apoyar esta consideración. Otras conceptualizaciones, como la de "enfermedad cerebral" pueden tener justificaciones políticas, económicas, comerciales o corporativistas, pero carecen del soporte científico suficiente como para ser consideradas en el momento actual. (4)

Tabla 1 Sucesivas consideraciones del adicto. Fuente: Elaboración propia

FASE	PERIODO	ENFOQUE	IMAGEN
1ª	Años 70	Médico	El toxicómano como enfermo mental
2ª	Primeros 80	Jurídico	El toxicómano como delincuente
3ª	Primeros 80	Sociológica	El drogadicto como marginado
4ª	Últimos 80	Biopsicosocial	El drogodependiente como desadaptado
5ª	Década de los 90	Psiquiátrico	El drogodependiente como enfermo mental
6ª	Primeros 2000	Neuropsiquiátrico	El drogodependiente como enfermo cerebral
7ª	Últimos 2000	Neurocientífico	El adicto como persona normal con funcionamiento alterado

La adicción desde la neurociencia

En tiempos pasados, cada disciplina promovía la investigación sobre la adicción desde presupuestos propios, de modo que, en ocasiones, los hallazgos resultaban contradictorios entre disciplinas, y, en otras, los estudios corrían caminos paralelos sin llegar a encontrarse por los límites conceptuales de cada una de ellas.

La neurociencia es el territorio transdisciplinar en el que la investigación ha abordado el conocimiento de la adicción en las últimas décadas. Los hallazgos científicos nos permiten conocer, en el momento actual, los circuitos cerebrales implicados, que son comunes para la adicción a sustancias y las denominadas "adicciones sin sustancia" o "adicciones comportamentales", de modo que ahora sabemos que la adicción, como proceso, se manifiesta en determinadas alteraciones, déficits o modificaciones del funcionamiento cerebral, en tanto que cada sustancia sólo aporta ciertos elementos propios al proceso común. Estas alteraciones, déficits o modificaciones del funcionamiento cerebral que suceden en el cerebro del adicto no son, en esencia, diferentes de las que suceden en otros procesos considerados normales, como el enamoramiento romántico, ni son independientes de procesos, también normales, como el estrés psicosocial. (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Sin embargo, estos cambios, patológicos o no, del funcionamiento cerebral que se producen cuando una persona ha desarrollado un proceso adictivo no explican qué es la adicción. Sólo proporcionan información sobre los procesos neurobiológicos que subyacen a la conducta adictiva. En otras palabras, la adicción no es un proceso cerebral, sino un proceso del individuo, tomado en su globalidad, que sólo se explica a partir de su historial de aprendizaje, sus experiencias en la interacción con el ambiente, su dotación genética y los factores epigenéticos que modifican su expresión y, en definitiva, en el proceso de desarrollo del individuo. Así, como explica Marino Pérez Álvarez para la esquizofrenia, pero extrapolable a cualquier otro problema de conducta, como es el caso de la adicción, estos cambios en el funcionamiento cerebral están más para ser explicados que para ser tomados como explicación, y sólo una perspectiva socioevolutiva puede dar cuenta de por qué una persona en un contexto determinado ha desarrollado una conducta adictiva que ha provocado tales cambios en su funcionamiento cerebral. Es desde esta perspectiva desde la que la Terapia Ocupacional cobra una importancia clave en la comprensión de los fenómenos adictivos y la intervención encaminada a su rehabilitación. (12)

Terapia ocupacional y adicción

La Terapia Ocupacional es "*la disciplina que utiliza la actividad propositiva, con individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud*". Dicho de otro modo, la Terapia Ocupacional es "*la disciplina sociosanitaria 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. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración*". La adicción, como disfunción psicosocial que afecta al desempeño en la vida diaria, es incuestionablemente un foco de atención y un campo de intervención de la Terapia Ocupacional. (13, 14)

La Terapia Ocupacional es una disciplina implicada en el tratamiento de los problemas adictivos, aunque, sin embargo, su rol profesional no siempre ha sido bien entendido por otros profesionales ni bien defendido por los propios terapeutas. El rol subsidiario de la Terapia Ocupacional en relación a otras disciplinas deriva de una pretendida carencia de lenguaje, conceptos, estrategias y modelos propios que, sin embargo, no se corresponde con el conocimiento actual. (15)

El concepto de hábito está claramente formulado desde la Terapia Ocupacional, como la "*pauta de desempeño en la vida diaria que se adquiere mediante repeticiones frecuentes, requiere una atención mínima y proporciona una función eficaz*". Disponemos de modelos de la adicción formulados desde la Terapia Ocupacional, que permiten describir, en términos estrictamente propios de la disciplina, el problema a abordar y los componentes que son objeto de atención ocupacional para la comprensión y el abordaje del problema. Disponemos de estudios que exploran las bases neurobiológicas de la ocupación, su relación con la

adicción y los principios básicos para su aplicación desde una perspectiva neurocientífica. (16, 17, 18, 19, 20)

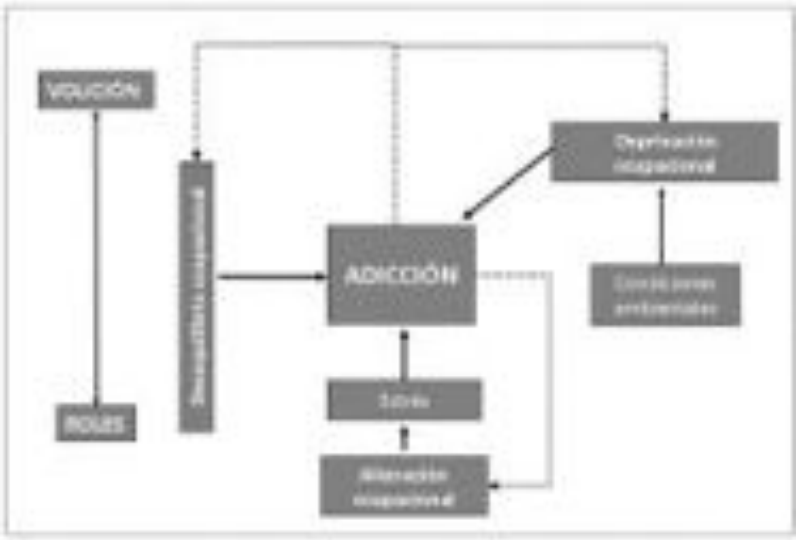

Figura 1 Modelo Ocupacional de la Adicción de Helbig y McKay (2003).
Fuente: Elaboración propia

La Terapia Ocupacional tiene una enorme experiencia acumulada en el tratamiento del daño cerebral de muy diferentes etiologías. Su función no es sólo la recuperación de las lesiones o alteraciones en el funcionamiento de las zonas cerebrales afectadas, sino, y principalmente, la recuperación del funcionamiento normal o en las mejores condiciones posibles en actividades de la vida diaria. Por tanto, la Terapia Ocupacional se alinea con el resto de las neurociencias en la consideración del cerebro como un órgano plástico, en constante interacción con el ambiente con el que se relaciona, transformándolo y transformándose con cada acción y nuevo aprendizaje. En este sentido, la Terapia Ocupacional es la disciplina central de lo que ya se denomina la Ciencia Ocupacional. (21)

Rehabilitación funcional

Existen dos enfoques claramente diferenciados de abordar la rehabilitación de las funciones alteradas en la adicción: A) el primero, centrado en el entrenamiento de las funciones cerebrales alteradas; B) el segundo, centrado en el funcionamiento cotidiano. La primera, la rehabilitación neurocognitiva, es propia de neuropsicólogos y persigue recuperar un adecuado funcionamiento de la memoria, la atención, las

funciones ejecutivas, etc. La segunda, la rehabilitación funcional, es propia de la Terapia Ocupacional, y persigue una mejora gradual del desempeño, afectado por las alteraciones cerebrales, pero siendo el funcionamiento diario la diana de la intervención. Se dispone de estudios en el ámbito del daño cerebral que avalan la efectividad de ambas que, lejos de ser excluyentes, se muestran complementarias y mutuamente potenciadoras. En el ámbito de la adicción, sólo contamos con estudios sobre la rehabilitación neurocognitiva, constituyéndose en un reto inmediato para la Terapia Ocupacional la producción de estudios de resultados sobre la rehabilitación funcional. En todo caso, existe amplia evidencia científica sobre la utilidad de la rehabilitación cognitiva en múltiples afecciones que avala su aplicabilidad en el tratamiento de la adicción. (22, 23, 24, 25, 26)

La Terapia Ocupacional parte de la consideración de que la adicción como proceso no puede reducirse a sus bases neurológicas, condiciones necesarias, pero no suficientes, para explicar un proceso interactivo complejo que implica la participación de múltiples niveles: intra e interpersonal, factores genéticos y ambientales, disposiciones previas y efectos postexposición. De este modo, la Terapia Ocupacional se interrelaciona con el resto de disciplinas desde la consideración de los hallazgos biológicos y psicológicos, pero proyectando su evaluación y la consiguiente intervención a los intereses personales, competencias ocupacionales, valores asumidos, roles a desempeñar y limitaciones/potencialidades del ambiente real en el que el individuo debe desarrollarse y recuperar el mejor nivel de funcionamiento posible. (Figura 2)

En definitiva, el aporte de la Terapia Ocupacional se estima en términos de validez ecológica de su intervención, esto es, "*la medida en que el ambiente que los sujetos experimentan en una investigación* [o intervención] *científica tiene las propiedades que el investigador piensa o supone que tiene (…) La validez ecológica de todo esfuerzo científico se cuestiona en cuanto aparece una discrepancia entre la percepción de la situación en la investigación, por parte del sujeto, y las condiciones ambientales que el investigador intenta o supone. Esto significa que ya no es sólo deseable sino fundamental, en toda indagación científica sobre la conducta y el*

desarrollo humano, que se tenga en cuenta el modo en que los sujetos del estudio percibieron e interpretaron la situación de la investigación", de modo que "*una investigación se considera como válida ecológicamente si se lleva a cabo en un ambiente naturalístico y con objetos y actividades de la vida de cada día*" (27). Así, la Terapia Ocupacional tiene en consideración los diferentes ambientes reales en los cuales existe un déficit funcional e interviene para mejorarlo hasta niveles óptimos, si es posible mejorando aquellos que favorecieron la instauración y mantenimiento de la adicción. (Figura 3)

Figura 2 Interrelación de la Terapia Ocupacional con otras disciplinas.
Fuente: Elaboración propia

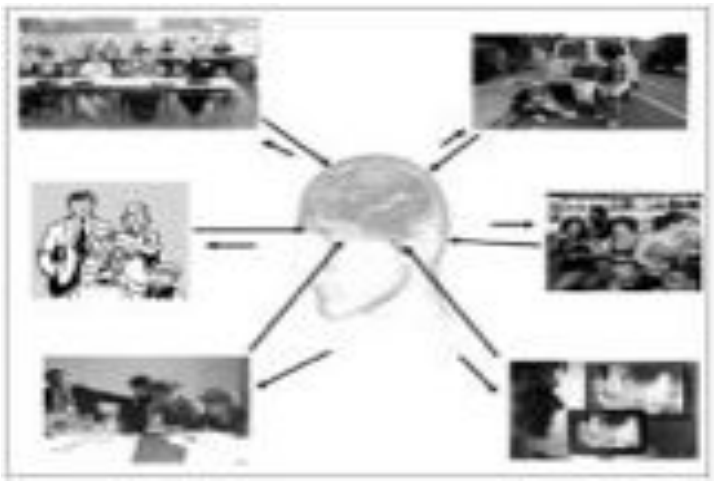

Figura 3 El cerebro modifica el ambiente y es modificado por las consecuencias. Ello sucede en todos los contextos reales en los que se desenvuelve el sujeto.
Fuente: Elaboración propia

Evaluación de Terapia Ocupacional en la adicción

Un programa de terapia no puede partir sino de una buena evaluación, que defina las áreas que deben ser reforzadas y permita evaluar el resultado de la intervención una vez aplicada. Para ello, la Terapia Ocupacional cuenta con un buen número de instrumentos de evaluación. No obstante, apenas ninguno de ellos ha sido utilizado en sujetos con adicciones. La carencia de instrumentos validados en esta población es un gran obstáculo a la investigación científica para la disciplina y se requieren con urgencia trabajos que propongan viejos instrumentos, validados para otras poblaciones, o instrumentos específicamente diseñados para la evaluación de sujetos adictos. Contamos con propuestas de evaluación amplias, que permiten delimitar los dominios que han de ser valorados y que especifican los instrumentos más adecuados para cada paso evaluativo. (Figura 4) (4, 28, 29)

Figura 4 Proceso de evaluación cognitiva funcional
(modificado de Hartman-Maeir, Katz y Baum, 2009).
Fuente: Elaboración propia

A continuación nombraremos algunos de los instrumentos que ya pueden ser utilizados porque cuentan con algún trabajo que avala su fiabilidad y validez en el tratamiento de la adicción.

El primer paso puede consistir en un screening o cribado del funcionamiento cognitivo general. La Evaluación Cognitiva de Montreal (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) es una prueba rápida, sencilla, que no requiere especial

entrenamiento y que se realiza con lápiz y papel. En no más de 10 minutos se puede obtener una estimación sobre si el rendimiento cognitivo es el esperado para las condiciones del sujeto (nivel académico y edad) o bien puede considerarse deficitario. Se ha aplicado con éxito y adecuadas propiedades psicométricas en un buen número de patologías y disfunciones psíquicas y físicas y disponemos de un estudio de aplicación en población de adictos en tratamiento en España que mostró que un 70% de estos sujetos presentaban déficits entre leves y graves en su funcionamiento cognitivo (Figura 5) (5, 31).

Figura 5 Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) y algunos resultados obtenidos en sujetos adictos que inician tratamiento (modificado de Rojo-Mota G, Pedrero-Pérez EJ et al., 2013).
Fuente: Elaboración propia

Otra perspectiva de estudio es la exploración de dificultades en la vida diaria que pueden atribuirse a las alteraciones del funcionamiento frontal (funciones ejecutivas y de control emocional), que son las más frecuentes entre los adictos. En este caso pueden ser útiles dos tipos de autoinformes: aquellos que están más dirigidos a explorar qué funciones pueden estar en la base de tales dificultades y aquellos otros más centrados en los aspectos relacionados con el desempeño que pueden estar afectados por ellas.

Entre los primeros, el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP), es un cuestionario de 46 ítems, que se cumplimenta en un tiempo máximo de 10 minutos, que explora

síntomas de mal funcionamiento prefrontal en actividades de la vida diaria correspondientes a tres dominios: fallos en el control ejecutivo, en el control emocional y en la conducta social. Ha mostrado adecuados indicadores de fiabilidad y validez, y buena convergencia de medida con otras pruebas diseñadas para el mismo fin en otras disfunciones cerebrales. A diferencia de éstas, el ISP se ha concebido desde la clínica de la adicción y se ha mostrado útil para esta población y también para población no clínica, lo que permite la comparación con los valores esperados. Puede aplicarse al propio paciente y también a algún familiar y/o conviviente, permitiendo, a partir de la discrepancia observable, la estimación del grado de anosognosia o falta de conciencia de problema. (33)

En cuanto a los segundos, disponemos del Autoinforme de Desempeño Ocupacional, test compuesto de dos partes con dos estimaciones cada una. La primera parte consiste en una Autoevaluación Ocupacional, en la que los participantes estiman su grado de competencia en 25 ítems; posteriormente, los sujetos deben valorar la importancia que cada ítem representa para sí mismo. La segunda parte es la Autoevaluación Ambiental, en la que los sujetos evalúan diferentes aspectos del ambiente. Como en el caso anterior, la prueba puede aplicarse al propio paciente y también a algún familiar y/o conviviente. Permite diseñar el programa de tratamiento a partir de las debilidades, pero también de las fortalezas, que declaran los sujetos en su desempeño cotidiano. (34)

Disponemos también de pruebas que permiten clasificar a los sujetos en función de su rendimiento en tareas que requieren fuerte inversión de componentes cognitivos y que pertenecen al amplio bagaje de la Terapia Ocupacional en otras áreas y patologías, pero que cuentan también con algún estudio de aplicación en población adicta.

Otro instrumento de interés en este nivel es la Clasificación de los Niveles Cognitivos de Allen-5 (*Allen Cognitive Level Screen-5*, ACLS-5). Si el MoCA es un instrumento más propio de la Neuropsicología, en la medida en que explora diferentes funciones

cognitivas, el ACLS es una prueba surgida de la propia Terapia Ocupacional, que explora el rendimiento del sujeto en una tarea compleja, novedosa,
pero ecológica, y nos informa no sólo de su nivel de funcionamiento actual, sino de sus potencialidades de aprendizaje de nuevas tareas. Creado en el contexto teórico del Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva (MRDC) de Claudia K. Allen, la prueba consiste en el aprendizaje de tres tareas visomotoras (puntos de costura con cuero) con un aumento de la complejidad en las actividades. Para completar las tres tareas, es necesario que la persona preste atención, entienda y use las señales sensoriales de los objetos materiales (cuero, cordón y agujas), las instrucciones y señales verbales y demostrativas del evaluador, y la retroalimentación de las acciones motrices durante la práctica de los puntos. Las puntuaciones obtenidas son interpretadas usando la escala Allen de niveles cognitivos y modos de desempeño. Se dispone de una validación preliminar y los resultados apuntan a que en torno a un 80% de los pacientes adictos presentan diferentes grados de disfunción cognitiva que requiere intervención rehabilitadora. (35, 36)

Finalmente, también puede evaluarse la calidad del desempeño de tareas en la vida diaria. Para ello, la Terapia Ocupacional cuenta con el instrumento que es actualmente considerado como el *gold standard* en la clínica neurológica: la Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (*Assessment of Motor and Process Skills*, AMPS). Se dispone también de una validación preliminar en población adicta, que muestra adecuados indicadores de fiabilidad y validez, y ha permitido estimar que en torno a un 60% de los sujetos adictos obtienen puntuaciones inferiores a lo que cabría esperar según sus características sociodemográficas. Esta prueba, a diferencia de las anteriores, es más compleja, requiere de una capacitación y adiestramiento del terapeuta, la disposición de un espacio para la evaluación en el centro de trabajo y un mayor tiempo de evaluación, en torno a una hora. Por ello, su uso está sujeto a mayores limitaciones, pero debe ser considerada su aplicación teniendo en cuenta la calidad reconocida de la prueba. (36, 37)

Tratamiento ocupacional en la adicción

Contamos, pues, con suficientes pruebas de evaluación que pueden informarnos del estado cognitivo del sujeto de la intervención. A partir de los resultados obtenidos, puede trazarse un plan de tratamiento individualizado que persiga los niveles de funcionamiento óptimo para cada persona. En este punto, el tratamiento que puede desarrollar el terapeuta no difiere, en lo conceptual, del que debe llevar a cabo en cualquier otro ámbito clínico.

La evaluación puede permitir la clasificación de los sujetos en dos grupos bien diferenciados, en función de sus necesidades:

- Grupo de Rehabilitación Cognitiva de Baja Exigencia (Supervisión), con un estilo de intervención más próximo y directivo, con una supervisión continua, mediante tareas de dificultad graduada, sencillas y con éxito garantizado.
- Grupo de Estimulación Cognitiva de Exigencia Moderada (Orientación), mediante el seguimiento autónomo de pautas, autoplanificación de tareas y adquisición progresiva de independencia.

Debe tenerse en cuenta que las tareas que se propongan y las experiencias que proporcione el tratamiento, para que produzcan una marcación positiva, deben contar con significación (que tengan un valor para la persona), vinculación a su realidad diaria y graduación, relacionando dificultad y capacidades, de forma que se garantice el éxito en su ejecución.

Las actividades se dividen, según sus objetivos y contenidos, así como su secuencia temporal en: (Figura 6)

- Actividades preparatorias, creando un clima cognitivo que permita eliminar las interferencias previas y centrarse en la tarea específica que se presentará a continuación (p. ej., relajación o ejercicio físico suave);
- Actividades habilitadoras, que preparan a la persona para asegurar cada nivel de aprendizaje y avanzar hacia el siguiente (p. ej., ejercicios preparatorios de memoria).

- Actividades propositivas, comportamientos o actividades diseñadas en un contexto terapéutico, con el objeto de entrenar funciones concretas (p. ej., juegos para entrenar la amplitud atencional);
- Ocupaciones, que no son ya meras actividades terapéuticas, sino verdaderas ocupaciones de la vida real; requieren la participación supervisada en tareas que se desarrollan habitualmente en su propio contexto, aunque siguen realizándose en un entorno terapéutico (p. ej., preparar un café para el grupo en el departamento de Terapia Ocupacional).

El logro último y máximo del proceso será la generalización de los avances a los contextos reales, mediante tareas cuyo desempeño se encarga al final de cada sesión para su realización en un contexto plenamente real, de modo que las dificultades percibidas puedan ser trabajadas durante la siguiente sesión.

Figura 6 Ejemplos de actividades de Terapia Ocupacional.
Fuente: Elaboración propia

Psicopatología asociada: intervención de Terapia Ocupacional

Es conocido que la adicción se presenta en la clínica frecuentemente asociada a otras manifestaciones psicopatológicas que pueden ser vulnerabilidades para la adicción, factores que favorezcan el mantenimiento de la conducta adictiva o consecuencias de ésta. El terapeuta debe conocer los diagnósticos que sean formulados sobre cada sujeto, en la medida en que puedan complicar el curso y el pronóstico de la intervención o puedan suponer características personales a tener en cuenta en el trabajo individualizado con cada paciente.

Sin embargo, el modelo de evaluación y tratamiento que se ha propuesto no varía demasiado en función de la existencia de otros diagnósticos psicopatológicos, y ello por dos razones principales:

- La mayor parte de los trastornos que suelen acompañar a la adicción se sustentan en las mismas bases biológicas que el proceso adictivo, implicando principalmente un mal funcionamiento de la corteza prefrontal y sus funciones de control ejecutivo y emocional. La mayor parte de los trastornos del Eje I y del Eje II comparten vías neuronales y manifestaciones comportamentales con la adicción. (38, 39)
- La rehabilitación cognitiva cuenta con sobrada evidencia de efectividad en todos estos trastornos coexistentes con la adicción. (26)

De este modo, la Terapia Ocupacional se desmarca de la cuestión del diagnóstico dual, en la medida en que, como sucede en otras patologías (p. ej., el daño cerebral), una alteración del funcionamiento cerebral cursa con sintomatología diversa, explicable y abordable desde el conocimiento neurológico como base de la conducta.

Conclusiones

La Terapia Ocupacional es una disciplina emergente en el marco de la Ciencia Ocupacional, incorporándose, en el momento actual, a multitud de campos de la clínica y de la salud. Son muchos años ya los que esta disciplina lleva trabajando en el ámbito del tratamiento y rehabilitación de la adicción, aunque su papel no siempre ha sido comprendido y reconocido por otras disciplinas preeminentes y por los gestores de programas. En ocasiones, su rol ha sido secundario y subordinado, confundiéndose el "trabajo ocupacional" Como señalaba Madrid-Mazorra, "*la terapia ocupacional 'antigua', debe ser superada en principios filosóficos y no quedarse en la anterior concepción de mero ejecutor de actividades, que cree que por hacer 'cestos' va a mantener la mente ocupada del enfermo mental*". Es hora de reivindicar el rol profesional como disciplina científica de la única manera posible: desarrollando trabajos de investigación y publicándolos en prensa científica de calidad. En el campo de las adicciones contamos con modelos teóricos propios, con un pequeño, pero creciente, número de publicaciones sobre instrumentos de evaluación. A partir de estos elementos, es necesario diseñar estudios que acrediten la efectividad y la eficiencia de las intervenciones ocupacionales y el beneficio que de ello pueden obtener las personas que han quedado atrapadas en un proceso adictivo. No es sólo un desafío, es una obligación profesional. (40)

BIBLIOGRAFÍA

1. Romaní O. Las drogas: sueños y razones. Barcelona: Ariel; 1999.

2. Griffiths MD. The biopsychosocial and "complex" systems approach as a unified framework for addiction. Behav Brain Sci. 2008;31:415-87.

3. Gifford E, Humphreys K. The psychological science of addiction. Addiction. 2007;102:352–61.

4. Newlin DB, Strubler KA. The habitual brain: an "adapted habit" theory of substance use disorders. Subst Use Misuse. 2007;42(2-3):503-26.

5. Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones desde las Neurociencias. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías SET; 2009 [consultado el 2 de mayo del 2013]. Disponible en: http://set.org.es/.

6. Pedrero Pérez EJ. Neurociencia y Adicción. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías SET; 2011[consultado el 2 de mayo del 2013]. Disponible en: http://set.org.es/ .

7. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacol. 2010;35:21 7–38.

8. Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology of substance and behavioral addictions. CNS Spectr. 2006;11(12):924-30.

9. Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Verdejo-García A. What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? Neurosci Biobehav Rev. 2011;35(3):377–406.

10. Fisher HE, Brown LL, Aron A, Strong G, Mashek D. Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. J Neurophysiol. 2010;104(1):51-60.

11. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. New York; Acad Sci. 2008;1141:105-30.

12. Pérez-Álvarez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. Psicothema. 2012;24(1):1-9.

13. American Occupational Therapy Association. Representative Assembly. Am J Occup Ther. 1981;35(12):792-803.

14. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Documento Técnico sobre Terapia Ocupacional. Madrid; 1999. [consultado el 2 de mayo del 2013] Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml.

15. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. Trastornos Adictivos. 2008;10:88-97.

16. Brea Rivero M. Terminología consensuada en Terapia Ocupacional: marco para el entendimiento. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [consultado el 2 de mayo del 2013]; 5(1). Disponible en: http://revistatog2.3owl.com/num7/revision1.htm.

17. Helbig K, McKay E. An exploration of addictive behaviours from an occupational perspective. J Occup Sci. 2003;10(3):140-5.

18. Gutman SA, Schindler VP. The neurological basis of occupation. Occup Ther Int. 2007;14:71-85.

19. Gutman SA. Why addiction has a chronic, relapsing course. The neurobiology of addiction: Implications for occupational therapy practice. Occup Ther Mental Health. 2006;22: 1-29.

20. Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ, Ruiz Sánchez de León JM, Llanero Luque M, Olivar Arroyo Á, Puerta García C. Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. Trastornos Adictivos. 2009;11(2):96-105.

21. Hocking C, Clair VW. Occupational science: adding value to occupational therapy. N Z J Occup Ther. 2011;58(1):29-35.

22. Giles GM. Cognitive versus functional approaches to rehabilitation after traumatic brain injury: commentary on a randomized controlled trial. Am J Occup Ther. 2010; 64(1):182-5.

23. Vanderploeg RD, Schwab K, Walker WC, Fraser JA, Sigford BJ, Date ES, et al. Rehabilitation of traumatic brain injury in active duty military personnel and veterans: Defense and Veterans Brain Injury Center randomized controlled trial of two rehabilitation approaches. Arch Phys Med Rehab. 2008;89(12):2227-38.

24. Pedrero-Pérez EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. Rev Neurol. 2011;52(7): 163-72.

25. Rojo Mota G, Iraurgi Castillo I, Sánchez Cabeza Á. Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. En: Pedrero Pérez EJ, coord. Neurociencia y Adicción. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías SET; 2011:277-98.

26. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. Arch Phys Med Rehab. 2011;92(4):519-30.

27. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human

development. Am Psychol. 1977;32(7): 513-31.

28. Talavera-Valverde M. A. Revisión sistemática de la literatura científica sobre evaluación ocupacional. TOG (A Coruña) 2009; 6(Supl.5):105-64. Disponible en URL [02.05.2013]: http://revistatog2.3owl.com/suple/num5/suple5.pdf.

29. Rojo Mota G. Terapia Ocupacional en Adicciones: revisión de bases de datos internacionales. TOG (A Coruña) [en revisión].

30. Hartman-Maeir A, Katz N, Baum CM. Cognitive functional evaluation (CFE) process for individual with suspected cognitive disabilities. Occup Ther Health Care. 2009;23(1):1-23.

31. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005;53:695-9.

32. Rojo-Mota G, Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. Rev Neurol. 2013;56(3):129-36.

33. Ruiz-Sánchez de León JM, Pedrero-Pérez EJ, Lozoya-Delgado P, Llanero-Luque M, Rojo-Mota G, Puerta-García C. Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. Rev Neurol. 2012;54(11):649-63.

34. Rojo Mota G, Pedrero Pérez EJ; Ruiz Sanchez de León JM, Llanero Luque M, Puerta García C. Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. Adicciones. 2011;23(1):27-35.

35. Allen CK, Austin SL, David SK, Earhart CA, McCraith DB, Riska-Williams L. Manual for the Allen Cognitive Level Screen-5 (ACLS-5) and Large Allen Cognitive Level Screen -5 (LACLS-5). Camarillo, CA: ACLS and LACLS Committee; 2007.

36. Rojo Mota G. Aportaciones de la evaluación del desempeño ocupacional al estudio de los procesos neurocognitivos en las adicciones. Tesis no publicada. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2012.

37. Fisher A. The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Fort Collins, CO: Three Star Press; 1995.

38. Joseph R. Frontal lobe psychopathology: mania, depression, confabulation, catatonia, perseveration, obsessive compulsions, and schizophrenia. Psychiatry. 1999;62(2):138-72.

39. Pedrero-Pérez EJ, Ruiz-Sánchez de León JM, Lozoya-Delgado P, Rojo-Mota G, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad en adictos a sustancias. Rev Neurol. 2013;56(4):205-13.

40. Madrid-Mazorra FJ. Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. Terapia-Ocupacional.com. Disponible en URL [02.05.2013]: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml.

LOS DESASTRES NATURALES DESDE LA PERSPECTIVA OCUPACIONAL.

NATURAL DISASTER FROM THE OCCUPATIONAL OUTLOOK.

DESCS: Desastres Naturales, Etapas del Desastre, Impacto de los Desastres, Terapia Ocupacional.
MESH: Natural Disasters, Disaster Stages, Impact of Disasters, occupational therapy.
PALABRAS CLAVE: Desastres Naturales, Etapas del Desastre, Impacto de los Desastres, Terapia Ocupacional.
KEY WORDS: Natural Disasters, Disaster Stages, Impact of Disasters, occupational therapy.

Dña. Ana Isabel Souto Gómez
Diplomada en Trabajo Social y Graduada en Terapia Ocupacional. anasogo@hotmail.es

D. Miguel Ángel Talavera Valverde
Terapeuta Ocupacional. Xerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Profesor Asociado Universidad de A Coruña. Director de Revista TOG www.revistatog.com

Dr. Pedro Moruno Miralles
Doctor en Psicoloxía. Terapeuta Ocupacional. Profesor titular de la Universidade de Castilla-La Mancha.

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:
Souto Gómez A. I.; Talavera Valverde M. a.; Moruno Miralles P. Los desastres naturales desde la perspectiva ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 75- 80. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/desastres.pdf

Introducción

El objeto de estudio es describir y analizar las características básicas del desempeño ocupacional cuando ocurre un desastre natural o una catástrofe ecológica. Esta comunicación es la antesala al marco teórico de un trabajo fin de grado, el cual pretende dar respuesta, a qué es lo que se observa en la vivencia de la ocupación de las personas residentes en las localidades de Muxía y Cangas do Morrazo antes, durante y después de la catástrofe ecológica del buque Prestige. (1)

En lo que respecta al concepto de catástrofe son muchas las definiciones existentes a saber; sin embargo esta revisión bibliográfica se va a ceñir en primer lugar a la recogida por la Organización de las Naciones Unidas (citada en adelante con las siglas ONU) la cual define catástrofe como una: "*ocurrencia potencial que puede o no tener efecto negativo sobre las vidas humanas, pertenencias o*

RESUMEN

Los desastres pueden modificar el desempeño ocupacional de forma permanente o temporal ya que tienen repercusiones en el contexto y en el entorno cotidiano de la persona. Esta repercusión en una comunidad dependerá de cómo se prepare, responda y se recupere.
El objeto de estudio de la presente revisión bibliográfica pretender dar respuesta a qué es lo que se observa en el desempeño ocupacional cuando sucede un desastre natural.
Esta revisión bibliográfica se encuadra dentro de un marco teórico de un trabajo fin de grado, el cual utiliza una metodología cualitativa.
Se ha observado que un desastre produce modificaciones en la gestión de las actividades diarias produciendo una interrupción en los hábitos, roles y rutinas.
Se han identificado cambios en el desempeño ocupacional donde el terapeuta ocupacional está presente dependiendo del marco temporal en el que sucede el desastre.

SUMMARY

Disasters can modify the occupational performance on a permanent or temporary basis since they impact on the context and in the everyday environment of the person. This impact in a community depends on how you prepare, respond, and recover.
The object of study of this literature review claim to give an answer to the question is what is seen in the occupational performance happens when a natural disaster.
This literature review is encompassed within a theoretical framework for a work order to degree, which uses a qualitative methodology.
It has been observed that a disaster produces changes in the management of daily activities produce a break in the habits, routines and roles.
Changes have been identified in the occupational performance where the occupational therapist is present depending on the time frame in which a disaster.

actividades, hasta el punto de causar un desastre". (2)

En segundo lugar se encuentra la United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura y citada en adelante con las siglas UNESCO) hace referencia a: *"Una grave perturbación en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa pérdidas humanas, materiales, económicas y/o medioambientales".* (2)

Estas definiciones se basan en la categorización de elementos, como las pérdidas humanas y materiales, diferenciándose en la alusión que se hace por parte de la UNESCO a la perturbación del medioambiente y la ONU al posible efecto en la actividad. Así, por tanto, los impactos culturales de una catástrofe son más difíciles de precisar, convirtiéndose en una variable de difícil evaluación. (2)

La investigación pretende dar respuesta a qué es lo que se observa en el desempeño ocupacional cuando sucede un desastre natural.

METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se recoge dentro del marco teórico de un trabajo fin de grado donde la metodología es cualitativa, ya que con él se pretende

describir y analizar las características básicas del desempeño ocupacional cuando se produce un desastre natural. (3)

Se realizó una revisión teórica en las siguientes bases de datos; EBSCO, Pubmed, OTDBASE, Biblioteca Cochrane plus, Dialnet, CSIS y Biblioteca Virtual en salud, monografías de alcance, reponedores institucionales y literatura gris de acceso. Utilizando los siguientes descriptores: desastres naturales, etapas del desastre, impacto de los desastres, terapia ocupacional con los operadores boleanos AND y OR. La búsqueda de referencias bibliográfica se divide en dos marcos temporales, el primero de ellos abarca desde el 15 de octubre de 2012 hasta el 20 de diciembre de ese mismo año, y el segundo marco es desde 8 de enero al 10 de febrero de 2013.

RESULTADOS

Un desastre produce un cambio o modificación en la capacidad para llevar a cabo algunas de las actividades diarias, provocando una interrupción en los hábitos, roles y rutinas afectando negativamente a la adaptación ocupacional y provocando vulnerabilidad a tanto individual como colectiva. (6)

Suele producir un cambio en los mencionados patrones de desempeño bien de forma temporal o permanente, por tanto, la persona no puede cumplir con la satisfacción de sus necesidades, conllevando a que sea más débil y este más expuesta a determinados aspectos que pueden provocar circunstancias de crisis. Los patrones de desempeño pueden llegar a interrumpirse por la pérdida de la actividad productiva y hasta la fecha remunerada o a la pérdida de la capacidad de participar en otras actividades previamente valoradas. La literatura científica sobre este tema, aporta que las personas realizan más esfuerzo a la hora de mantener las actividades cuando los hábitos y las rutinas cambian. (2, 6)

Estas circunstancias pueden ocasionar una modificación en la gestión de lo cotidiano por parte de la persona, aparándose dicha modificación en la

flexibilidad que tenga la persona para adecuarse a ese cambio y a esa transformación. (7, 8)

El impacto de un desastre en la sociedad está estrechamente relacionada con la adecuación que tengan las personas para prepararse, responder y recuperarse de un desastre dentro de un contexto y entorno de su propia cultura. Los efectos adversos que un desastres natural produce en salud y con ello en el desempeño ocupacional suelen ser mayores en los países donde hay ingresos bajos, en las personas que se dedican a una agricultura de subsistencia y en las poblaciones residentes en la costa. (5, 6)

La terapia ocupacional en situaciones de desastre no trata de retornar ni de realizar un acompañamiento al estado inicial tal cual se ha dejado, se orienta a posibilitar que las personas o grupos dentro de la comunidad retomen la acción de gestionar lo cotidiano. (7, 8)

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura evidencia, que el enfoque desde terapia ocupacional es el de mejorar el rendimiento laboral, facilitar el proceso de adaptación ocupacional y analizar el impacto en el desempeño ocupacional ya que un desastre puede llegar a producir un desequilibrio ocupacional. (9)

La intervención de un profesional de terapia ocupacional requiere un enfoque holístico en la prevención de desastres, la reducción, mitigación, preparación y planificación de la repuesta este será el momento anterior al suceso, la gestión de recursos debe de estar presente en todo momento. (10, 11)

La figura del terapeuta ocupacional debería participar en este proceso relacionando la intervención con el marco temporal en el que acontece, por tanto existen dos clasificaciones:

- AOTA, hace mención a una división en tres etapas, diferenciadas temporalmente, ubicando el comienzo y fin de los mismos por la

duración temporal y clasificando la intervención del terapeuta ocupacional en antes (pre-catástrofe), durante (catástrofe [emergencia]) y después (post-catástrofe). (9)

- Fischer, hace referencia a la progresión del desastre en cinco etapas, donde la figura del terapeuta ocupacional está presente en todas, pero principalmente en el periodo de recuperación donde se han establecido los servicios esenciales y donde las rutinas comienzan a normalizarse (cuarta etapa) y en el momento en el que se reconstruyen los estilos de vida (quinta etapa). (12)

La intervención desde la terapia ocupacional debe ajustarse a las distintas etapas, respondiendo a las distintas necesidades identificadas en cada fase. (13)

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera Varela J, García-Allut A. ¿Que foi do Prestige? Balance do impacto ecolóxico e social a un ano da catástrofe. Santiago de Compostela: Gotelo Blanco; 2003.

2. Boffelli M, Boggio C, Chiapessoni D, Demichelis M, Demiryi M, Funes JC et al. La construcción del conocimiento sobre catástrofes. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [01/12/2012]; 5(8): [17 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num8/pdfs/original3.pdf

3. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2007.

4. Varghese SB. Cultural, ethical, and spiritual implications of natural disasters from the survivors' perspective. Crit Care Nurs Clin North Am. 2010;22(4): 515-22.

5. Stone GVM. Occupational Theray in Times of Disaster. Am J Occup Ther. 2006; 60(1): 7-8.

6. Dowing TE, García-Dowing C. Routine and Dissonant Cultures. In: Oliver-Smith A. Development & Dispossesion. The Crisis of Forced Displacement and Resettlement. Santa Fe: School for Advanced Research Press; 2009. p. 225-320.

7. Talavera Valverde MA. El valor del objeto en lo cotidiano. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [01/12/2012); 9(16): [12p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num16/pdfs/presentación.pdf

8. Cohen R. Lecciones aprendidas durante desastres naturales. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(1): 109-17.

9. Baker SB. Occupational Therapists in Disaster Preparedness, Response, and Recovery: A Survey of Knowledge and Attitudes [tesis doctoral]*. Ohio: University of Toledo; 2012.

10. Rosenfeld MS. A Model for Activity Intervention in Disaster-Stricken Communities. Am j Occup Ther. 1982; 36(4): 229-35.

11. McColl MA. Occupation in Stressful Timer. Am J Occup Ther. 2002; 56(3): 350-53.

12 Scaffa ME, Gerardi S, Herzberg G, McColl MA.The Role of Occupational Therapy in Disaster Preparedness, Response, and Recovery. Am J Occup Ther. 2006; 60(6): 642-49.

13. Wilcock AA. An occupational perspective of health. Thorofare, NJ: Slack; 1998.

VISIÓN OCUPACIONAL DEL RURAL GALLEGO.

OCCUPATIONAL VISION OF RURAL GALICIA.

DECS: occupation, occupational therapy, rural settlements, Galicia.

MESH: occupation, occupational therapy, rural settlements, Galicia.

Dña. Laura María Pedreiras Pérez.
Graduada en Terapia Ocupacional. *laurapedreiras@hotmail.es*

D. Miguel Ángel Talavera Valverde.
Terapeuta Ocupacional. Xerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Profesor Asociado Universidad de A Coruña. Director de Revista TOG *www.revistatog.com*

Dña. Katerina Díaz Polo.
Graduada en Terapia Ocupacional.

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:
Pedreiras Pérez L. M. , Talavera Valverde M. A. , Díaz Polo K. Visión ocupacional del rural gallego. TOG (A Coruña)) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 81-85. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/rural.pdf

Introducción.

La evolución de la sociedad ha hecho que se visualice el entorno rural como una realidad opuesta al entorno urbano, tras diversos estudios desde diferentes áreas de las ciencias sociales se ha puesto de manifiesto una relación de interdependencia. Esta evolución ha supuesto cambios en el estilo de vida de cada persona, lo que puede provocar transformaciones en su ocupación. (1)

El terapeuta ocupacional concibe al ser humano en unión con su ocupación, ya que esta tiene un papel fundamental en la evolución de la especie, ayuda al desarrollo cultural y social e influye en la salud del individuo y de su comunidad. Así, entenderemos por ocupación cualquier actividad con sentido donde la persona participa cotidianamente y esta puede ser nombrada por la cultura. La actividad permite al ser humano modificar su entorno y a sí mismo lo que conforma un marco para la construcción de una herencia

RESUMEN

La literatura señala características diferenciales en la comunidad gallega y como estas provocan diferencias en la ocupación, por lo que se han llevado a cabo diferentes medidas que dejan entrever transformaciones en la ocupación y se demuestra una clara incapacidad de dicha sociedad para mejorar su calidad de vida y bienestar.

SUMMARY

The literature indicates differential characteristics in Galicia and how there cause differences in occupation, as have undertaken several measures that reveal changes in the occupation and it demonstrates a clear inability of the society to improve their quality of life and wellbeing.

cultural y la adquisición del patrimonio acumulado históricamente de tal manera que su realización no puede entenderse fuera de un contexto. (2, 3)

De esta forma, se pone de manifiesto la necesidad de la, ocupación para la formación del individuo como persona y que ésta se ven influenciada de manera significativa por la cultura, el entorno y la historia.

El contexto en que se realiza este estudio es Galicia, comunidad autónoma situada al noroeste de España con diversas carencias y debilidades en infraestructura encuadrada en un marco atlántico dentro de un estado mediterráneo.

Sus principales características son la escasez de cambios y un mayor dominio de la sociedad rural y las actividades agrarias frente a una sociedad industrial y las pautas urbanas, entendiendo por rural lo relativo al campo y su trabajo dentro de una cultura característica y con baja densidad de población.

Por lo tanto, ¿estas características hacen que sus actividades se diferencien de las de otros lugares de España? Y, por lo tanto, ¿sería necesario estudiarla desde el ámbito de la terapia ocupacional para conocer estas actividades que forman su ocupación? (5, 6)

Metodología

Para la realización de este trabajo se ha utilizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos entre ellas pubmed, CSIC, Biblioteca Virtual en Salud o la Biblioteca Crochrane Plus utilizando como palabras clave principalmente rural settlements, occupational therapy, occupation, Galicia. Además, al tratarse de un contexto tan específico se ha revisado también la literatura gris relacionada con la economía, sociedad e historia de dicho contexto.

Resultados

Tras la revisión de la literatura podemos encontrar diversos hechos que afectaran de manera significativa a la vida y por tanto también a la ocupación de las personas que viven en el contexto estudiado, las más destacables son:

- La emigración masiva que se produjo a diversas escalas, transoceánica, a países europeos y al interior de España y que provocó una despoblación significativa, con tasas de natalidad muy bajas y una población envejecida comenzando así a adoptarse diferentes medidas para evitar esta despoblación entre las que se encuentran el mantenimiento del esfuerzo productivo en el campo, la potenciación del turismo rural y la urbanización difusa. (7, 8)

- El intervencionismo en los usos del suelo y la incorporación de España en la unión Europea (UE) en 1986 provocó la competición del agro gallego con el resto de países de la comunidad viéndose obligada a mejorar, renovar e innovar el potencial productivo. (9)

- La escasez de cambios hace que se produzca una incapacidad por parte de la sociedad gallega para transformar los recursos de los que dispone en calidad de vida y bienestar por lo que el reto está en modernizarse y desarrollarse lo que empieza a conseguirse con la desaparición del

policultivo y especialización de la producción, renovación de industrias y la instalación de algunas nuevas como LARSA o Citroën. (7, 10)

Conclusiones

Para concluir se puede decir que la sociedad gallega conforma una sociedad con características únicas que la pueden diferenciar de otras comunidades, presentando una serie de factores que dejan entrever las transformaciones que pudieron darse en la ocupación debido a los cambios provocados en la sociedad sin embargo, apenas existen abordajes desde la terapia ocupacional por lo que sería necesario una mayor investigación desde este ámbito.

Además, debemos tener en cuenta desde la disciplina dos puntos importantes, la incapacidad para mejorar la calidad de vida y el bienestar y la población envejecida que puede generar dependencia por lo que sería importante trabajar desde la terapia ocupacional la promoción y prevención para fomentar la autonomía y la independencia para dotarlo de calidad de vida, fin último de la profesión.(11)

BIBLIOGRAFÍA

1. Larrubia Vargas R. El espacio rural. Concepto y realidad geográfica. Baética. 1998; 20: 77-95.

2. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Terapia ocupacional en salud mental. Madrid: Elsevier Masson; 2011.

3. Álvarez E, Gómez S, Muñoz I, Navarrete E, Riveros ME, Rueda L, et al. Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. Rev Chil Ter Ocup. 2007; 7: 76-82.

4. Instituto Nacional de Estadística. INE Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [10/12/2012;10/12/2012]. Disponible en: http://www.ine.es/.

5. Rodríguez González R, López González a, Fernández Taboada MA, Martínez López M, González Pérez JM. A despoboación en Galicia: preocupación ou lóxica territorial. Santiago de Compostela: Tórculo; 1999.

6. Pereira-Menaut G. Galicia fai 200 anos: o feito diferencial galego. Santiago de Compostela: A Editorial da Historia; 1996.

7. Bermejo JC, Pallares, MC, Pérez JM, Portela E, Vázquez JM, Villares R. Historia de Galicia. 2ª ed. Madrid: Alhambra; 1981.

8. Rodríguez González R, Lois González R. Luces y sombras del desarrollo rural en Galicia. Polígonos. 1999; 8: 129-149.

9. Marey M, Rodríguez V, Crecente R. Claves para comprender los usos del monte en Galicia (España) en el siglo XX. En: Libro de ponencias II Simposio Iberoamericano de Gestión y Economía Forestal. Barcelona; Memoria del II Simposio Iberoamericano de Gestión y Economía Forestal. Barcelona: Centre Tecnològic Forestal de Catalunya (CTFC); 2004. p 1-16.

10. Fernández G. La economía gallega después de la crisis. Galegos. 2009; 3: 181-182.

11. Canosa Domínguez N, Díaz Seone B, Talavera Valverde MA. Terapia ocupacional. Importancia del contexto. Brasil: Rede SACI [acceso 22 de diciembre 2012]. Disponible en: http://saci.org.br/?modulo=akemi&parametro=3537.

LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN PERSONAS CON LIMITACIÓN EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.

THE IMPORTANCE OF FAMILY IN PEOPLE WITH LIMITATION IN SOCIAL PARTICIPATION.

DECS: Participación social, terapia ocupacional, salud mental, actividades de la vida diaria, familia.
MESH: Social participation, occupational therapy, mental health, activities of daily living, family.
PALABRAS CLAVE: Ocupación, salud mental, participación social, familia, relaciones familiares, inclusión social.
KEY WORDS: Occupation, mental health, social participation, family, family relationships, social inclusion.

Dña. Loreto García Alén.
Graduada en Terapia Ocupacional. *loretoalen@gmail.com*
D. Miguel Ángel Talavera Valverde.
Terapeuta Ocupacional. Xerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Profesor Asociado Universidad de A Coruña. Director de Revista TOG *www.revistatog.com*
Dña. Katerina Díaz Polo.
Graduada en Terapia Ocupacional.

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:
García Alén L.; Talavera Valverde M. A.; Díaz Polo K. La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 86-91. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/familia.pdf

Introducción

Autores como Wilcocok comprenden la ocupación como un mecanismo para la interacción social, a través de la cual participamos en la creación y en el desarrollo de comunidades, forjando diferentes culturas. Kielhofner defendía que la práctica de la ocupación ayuda en el desarrollo social y emocional del sujeto. Dentro de una sociedad, el significado de nuestro hacer nos dota de identidad personal, nos aporta el papel que desempeñamos, determinando el sentido de pertenencia a la comunidad. A través de las experiencias vitales y de las relaciones sociales que mantenemos, vamos construyendo y modificando nuestra identidad personal. Las escenas de la vida cotidiana aparecen como situaciones comunicativas, ejercen como vehículo social. Debido a ello, las actividades cotidianas son indispensables para la coexistencia comunitaria y la participación social. (1, 2, 3, 4)

RESUMEN

El artículo hace referencia al marco teórico del trabajo fin de grado titulado: Análisis de las relaciones familiares en personas con limitación en la participación social. Las personas con problemas de salud mental presentan limitaciones en dicha área ocupacional las cuales provocan alteraciones en el desempeño ocupacional. Una de las redes de apoyo más importantes para cualquier individuo es la familia ya que lo ayuda a adaptarse al entorno que le rodea favoreciendo su inclusión en la sociedad. Es necesario conseguir una mayor participación de la familia en las intervenciones de terapia ocupacional dirigidas a este colectivo con el fin de lograr una mayor eficacia en nuestra profesión.

SUMMARY

The article refers to the theoretical framework of the final proyect entitled: The analysis of the family relationships in people with limitation in social participation. People with mental health have limitations in the already stated area which cause changes in occupational performance. One of the most important support networks for any individual is the family because they help them adapting to the surrouding environment. It is necesary to achieve a greater family participation in occupational therapy interventions aimed at this group in order to achive a greater efficiency in our profession.

Cuando una persona presenta problemas de salud mental existe una desadaptación con el entorno que le rodea causado por el deterioro de hábitos o un desequilibrio ocupacional. Este colectivo refiere tener una mala calidad de vida y falta de satisfacción generalizada en la gama de experiencias que componen la vida cotidiana. (5, 6)

Por ello, es relevante llevar a cabo una exhausta revisión bibliográfica para obtener resultados sobre el desempeño ocupacional de dicho colectivo con el fin de ampliar los datos y de lograr una mayor eficacia en las intervenciones de terapia ocupacional.

METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica se ha realizado en bases de datos (PUBMED, BVS), monografías de alcance, reponedores institucionales y literatura gris de acceso, utilizando una serie de descritores DECS y MESH y filtrando la información basándose en unos límites establecidos (5 years, humans).

RESULTADOS

La bibliografía revisada plantea que las personas con problemas de salud mental presentan dificultad para cumplir con el rol social esperado, y para la elección y disfrute de actividades significativas. Poseen un bajo funcionamiento social y ausencia de competencia social. Es decir, su nivel de destrezas sociales

no se ajusta a las demandas sociales exigidas, presentando dificultad en lograr un eficaz desempeño en distintos tipos de encuentro social. (7)

Otro aspecto que influye en la calidad de vida de este colectivo, es el apoyo social, muy importante para hacer frente y adaptarse a la vida diaria. Uno de las redes de apoyo más relevantes para cualquier persona es la familia, ya que nos proporciona cariño, afecto, seguridad y confianza. Además, es el primer entorno social del individuo, influye en su desarrollo personal, forma parte de su experiencia vital y lo encuadra en un contexto cultural que da sentido al desempeño ocupacional. Estas aportaciones hacen que la familia sea un pilar importante donde apoyarse para creer en uno mismo, el entorno más relevante y agente de inclusión social para el individuo, ya que facilita la incorporación y adaptación de este en la sociedad. (7, 8, 9)

Las relaciones familiares cuando uno de los miembros presenta problemas de salud mental no suelen ser armoniosas. La familia experimenta un proceso de crisis que pueden causar, entre otros, malentendidos, conflictos, tensiones, sentimientos de culpa por parte de los familiares, pérdida de comunicación e interacción, fracasos sociales, comportamientos peculiares y alteraciones en la rutina diaria. La estructura del núcleo familiar se desorganiza, necesita una nueva organización y adaptación a la nueva situación. (10)

CONCLUSIONES

Concluyendo las dificultades anteriormente descritas, que presentan las personas con problemas de salud mental, conllevan a que una de las limitaciones más presentes en este colectivo se encuentren en el área de participación social, considerada ésta como patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social. (7, 11)

La familia, entre otros, es el factor más importante para la inclusión social de las personas con limitación en la participación social. Para lograr una

adaptación exitosa los familiares deben trabajar en estrategias para enfrentarse a situaciones adversas, conocer el tipo de problema de salud mental, los síntomas, las posibles limitaciones que conlleva y reconocer la importancia de involucrarlos en las actividades diarias, buscando su equilibrio y bienestar y proporcionando los medios adecuados para su evolución. (7, 9, 10)

A partir de las conclusiones obtenidas se cree pertinente desarrollar un trabajo de investigación, empleando una metodología cualitativa con el objetivo de analizar e interpretar el fenómeno de las relaciones familiares desde el punto de vista de un usuario con limitación en la participación social y un familiar con el que convive.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilcock A. An Occupational theory of human nature. En: Wilcock A. An Occupational Perspective of Health. Thorofare, NJ: SLACK Inc; 1998. p. 20-40.

2. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Ocupación y salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 21-36.

3. Gomez Lillo S. La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. Rev Chil Ter Ocup. 2003; 3: 43-47.

4. Pagazzini L. Actividades cotidianas en la institución. En: Pagazzini L, coordinadora. Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios. Buenos Aires: Polemos; 2007. p. 75-79.

5. Rubio Ortega C, Sanz Valer P. De la ocupación y su significado. Un viaje a los orígenes de la terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2009 [29/11/2012]; 6(10): [9p]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num10/pdfs/historia1.pdf

6. Gómez Mengelberg E, Capozzo M. Satisfacción y calidad de vida de personas con Trastorno Mental Severo. En: Pagazzini L, coordinadora. Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios. Buenos Aires: Polemos; 2007. p. 197-201.

7. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urízar A, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. Psicothema (Oviedo). 2012; 24(2): 255-262.

8. Espinar Fellman I. Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes. Rev estud juv. 2009; 4(84): 2-41.

9. Ocaña Expósito L. Papel que desempeñan las familias de personas con enfermedad mental durante el proceso de terapia ocupacional en el ámbito sociocomunitario. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [15/11/2012]; 9(15): [18 p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original10.pdf

10. De Oliveira Borba L, Paes MR, Noeremberg Guimaraes A, Labronici LM, Alves Maftum M. The familiy and the mental disturbance carrier: dynamics and their familiy relationship. Rev Esc Enferm. 2011; 45(2): 433-40.

11. American Occupational Therapy Asociation. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2ned.). Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-683.

"AYÚDAME A COMPRENDER EL MUNDO" APOYOS VISUALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO Y TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL LENGUAJE

"HELP ME TO UNDERSTAND THE WORLD" VISUAL SUPPORTS FOR PROMOTING AUTONOMY IN PEOPLE WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT

DECS: Ayudas Visuales, Autonomía Personal, Autismo, Trastorno del Lenguaje

MESH: Visual Aids, Personal Autonomy, Autism, LanguageDisorders

PALABRAS CLAVE: Ayudas Visuales, Autonomía Personal, Autismo, Trastorno del Lenguaje

KEYWORDS: Visual Aids, Personal Autonomy, Autism, LanguageDisorders

Dña. Sabina Barrios Fernández.

Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Actividad Física y Deporte, Psicomotricista, Máster en Atención Temprana, doctorada en el programa "Desarrollo e Intervención Psicológica". TerapeutaOcupacional en AFTEA (Asociación deFamilias de Personas con Trastornos del Espectro del Autismo).

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:
Barrios Fernández S. "Ayúdame a comprender el mundo" Apoyos visuales para la promoción de la autonomía en personas con trastornos del espectro del autismo y trastornos específicos del lenguaje. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 92-104. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/autismo.pdf

Introducción

Los Trastornos del Espectro del Autismo (de aquí en adelante TEA), son un continuo de trastornos del neurodesarrollo caracterizados por variaciones o alteraciones en comunicación, socialización y/o patrones de comportamiento.

Wing, en 1988, establece su famosa Tríada, en la que recoge las tres dimensiones principalmente alteradas en el continuo del autismo: trastorno de la reciprocidad social, trastorno de la comunicación verbal y no verbal, y dificultades en capacidad simbólica y conducta imaginativa. Posteriormente se añaden los patrones repetitivos de actividad e intereses. (1)

Atendiendo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales revisado o DSM-IV-TR, los criterios para ser diagnosticado de TEA están recogidos en la tabla, y son caracterizados como Trastornos Generalizados del Desarrollo. (figura 1) (2)

Resumen

El presente trabajo presenta en líneas generales el taller realizado en el XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional, celebrado en Cáceres durante el mes de marzo.

En dicho taller se explicaron en líneas generales las características que pueden tener las personas con Trastorno del Espectro del Autismo y Trastorno Específico del Lenguaje. A partir de aquí, se analiza por qué los Apoyos Visuales pueden ser una herramienta válida a la hora de potenciar la Autonomía Personal y Social de estas personas. Se detallan los tipos de Apoyos Visuales, se explica el portal ARASAAC, y además, tres herramientas o aplicaciones que pueden ayudarnos a la hora de crear Apoyos Visuales para nuestros usuarios, como son Picto Selector, Araword y Araboard.

Summary

We are going to present the workshop carried out in the XIII National Congress of Occupational Therapy Students, held in Caceres during past march.

We explained some characteristics that both people with Autism Spectrum Disorder and Specific Languaje Impairment could have. From now on, we analized why Visual Strategies would improve personal and social autonomy of these people. After that, classifications of Visual Strategies are described. Besides, the ARASAAC portal was introduced, and we learnt to use three tools for creating Visual Aids: Picto Selector, Araword y Araboard.

Con la entrada en vigor del DSM-V, se van a producir importantes cambios en todos los sentidos, tanto en los criterios como en las categorías diagnósticas.

Del espectro del autismo, sale el síndrome de Rett. Se eliminan el síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo de la Infancia y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado. Además, los ejes diagnósticos quedan reducidos a dos, y el conjunto del trastorno pasa a denominarse Trastornos del Espectro del Autismo, estableciéndose tres grupos de funcionamiento en función de los apoyos requeridos. (Tabla 1) (Figura 2)

Figura 1 Trastornos Generalizados del Desarrollo versus Trastornos del Espectro del Autismo.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1 Criterios diagnósticos de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Fuente: Elaboración propia

A. Para el diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3)

    1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:
        a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social
        b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo
        c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (p. ej., de conductas de señalar o mostrar objetos de interés)
        d. Falta de reciprocidad social o emocional
    2. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
        a. Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica)
        b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones
        c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrático
        d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo
    3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
        a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido
        b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales
        c. Estereotipias motoras repetitivas (p. ej., sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.)
        d. Preocupación persistente por partes de objetos

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje o (3) juego simbólico.

C. El trastorno no se explica mejor por un síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

Figura 2 Trastornos del Espectro del Autismo en DSM-V. Fuente: Elaboración propia

Algunas de las dificultades o peculiaridades que pueden presentar las personas con TEA pueden ser resumidas en las siguientes: (3)

- Teoría de la Mente: habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, comprender que otras personas tienen "dentro de su mente" conocimientos, deseos, intenciones, etc. diferentes a las de uno mismo.
- Funciones Ejecutivas: conjunto de conductas dirigidas a conseguir una meta, un fin. Incluye aspectos como planificación, inhibición de respuestas aprendidas, flexibilidad y memoria de trabajo.
- Coherencia Central Débil: pueden tender a centrarse más en los detalles, que en procesar la información de forma global.
- Déficit en la Atención Compartida: capacidad de coordinar la atención propia con la de otra persona.
- Peculiaridades Sensoriales: se observan diversos patrones de disfunciones sensoriales en niños con TEA: hiporrespuesta, hiperrespuesta, patrones mixtos y/o déficits en praxis.

Personas con Trastorno Específico del Lenguaje

El Trastorno del Lenguaje (de aquí en adelante TEL) es definido como "una anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito. El problema puede implicar a todos, uno o algunos de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático. Además podrían

existir problemas de procesamiento del lenguaje, o de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o a largo plazo". (4) (Tabla 2)

Tabla 2 Criterios diagnósticos de Leonard y Bishop (2002). (5)
Fuente: Elaboración propia

Factor	Criterio
Habilidad en el lenguaje medida en puntuaciones de pruebas del lenguaje (test de evaluación del desarrollo del lenguaje en alumnos de primaria, TOLDP-2) [4]	Puntuaciones por debajo de 1,25 desviaciones estándares en relación con la media; en riesgo de devaluación social
Cociente Intelectual no verbal	Desempeño del CI de 85 o más (corte de 80 para población hispanohablante)
Audición	Prueba audiológica normal
Otitis media supurativa	No hay episodios recientes
Disfunción neurológica	No hay evidencia de trastornos convulsivos, parálisis cerebral y lesiones cerebrales, y no recibe medicación para epilepsia
Estructura oral	No existen anomalías estructurales
Función motora oral	Pasa un cribado usando ítems apropiados para la evaluación del desarrollo
Interacciones físicas y sociales	Sin síntomas de alteración en interacción social recíproca, ni restricción de actividades

Respecto a su clasificación, el DSM-IV-TR lo clasifica en: (Tabla 3)

Tabla 3 Trastornos de la comunicación en el DSM-IV-TR.
Fuente: Elaboración propia

Trastornos de la comunicación	Trastorno del lenguaje expresivo Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo Trastorno fonológico Tartamudeo Trastorno de la comunicación no especificado

La clasificación de Rapid y Allen, clasificación de referencia internacional y mucho más operativa, distingue entre: (Tabla 4)

Tabla 4 Clasificación de Rapid y Allen (original 1983-1987; reformulada: 1996). (6)
Fuente: Elaboración propia

Clasificación original en base a la clínica	1. Agnosia verbal auditiva 2. Dispraxia verbal 3. Déficit de programación fonológico 4. Déficit fonológico-sintáctico 5. Déficit léxico-sintáctico 6. Déficit semántico-pragmático
Clasificación reformulada en tres categorías o subgrupos TEL	1. Trastorno del lenguaje expresivo (subgrupos 2 y 3 de la clasificación original) 2. Trastorno expresivo y receptivo (subgrupo 1 y 4 de la clasificación original) 3. Trastornos del procesamiento de orden superior (subgrupos 5 y 6 de la clasificación original)

Los Apoyos Visuales

Los Apoyos Visuales son "cosas que vemos y que favorecen el proceso de comunicación". Quizá muchos de nosotros no nos hemos parado a pensar la cantidad de apoyos visuales que usamos en nuestra vida cotidiana. Podríamos poner numerosos ejemplos: las señales de tráfico, los post it, los calendarios y horarios, los logotipos de las empresas, etc. (7)

Son muchas las ventajas de estas estrategias, encuadradas dentro de una metodología sin error: predictibilidad, estabilidad, claridad de la información, y muchas otras. (Figura 4)

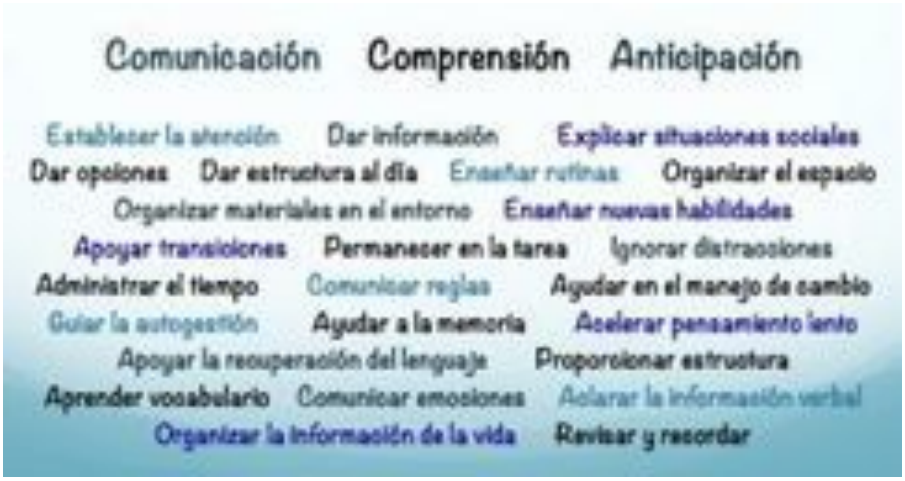

Figura 3 Razones por las que usar Apoyos Visuales. (8)

Fuente: Elaboración propia

Podemos clasificar los Apoyos Visuales en distintas categorías, para lo que nos vamos a valer del trabajo de Hodgdon. Además, exponemos la Enseñanza Estructurada dentro de la metodología TEACCH (Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children). Es uno de los pilares de esta metodología, y da importancia capital a las Estrategias Visuales: (9)

Tabla 5 Clasificaciones de los Apoyos Visuales.
Fuente: Elaboración propia

Hodgdon	– Herramientas para dar información – Calendarios – Tableros de elección – Comunicando "noes" – Localizadores de personas – Transiciones y apoyos para viaje – Herramientas para el manejo de la clase – Organizadores de tareas – Estructuración del ambiente – Mediando la comunicación entre ambientes – Comunicando en variedad de ambientes – Asesorando la participación en la comunidad – Materiales
TEACCH	– Claves visuales – Rutinas y estrategias – Sistemas de trabajo – Horarios visuales – Estructuración física del entorno

Metodología

- ¿Por qué los Apoyos Visuales?

Hemos resumido muy brevemente algunas de las características que pueden tener las personas con TEA y TEL. También hemos resumido las ventajas del uso de una metodología que incluya los Apoyos Visuales.

Veamos un ejemplo, si a una persona le cuesta comunicarse, sea por el motivo que sea, es probable que también surjan dificultades en la interacción, ya que para socializarnos necesitamos comunicarnos (sea por signos, por pictogramas, o de forma oral). Además nuestras conductas han de ser funcionales, así se

pueden mejorar las habilidades adaptativas y académicas, por ejemplo. Tener comunicación disminuye las conductas desafiantes, ya que las personas pueden expresarse (mostrar el pictograma de dolor de barriga, por ejemplo). Además, si el ambiente está estructurado, si los tiempos están anticipados, se puede comprender mejor, las Actividades de la Vida Diaria son más fácilmente… y así llegar a potenciar la autonomía de esas personas. (Figura 4)

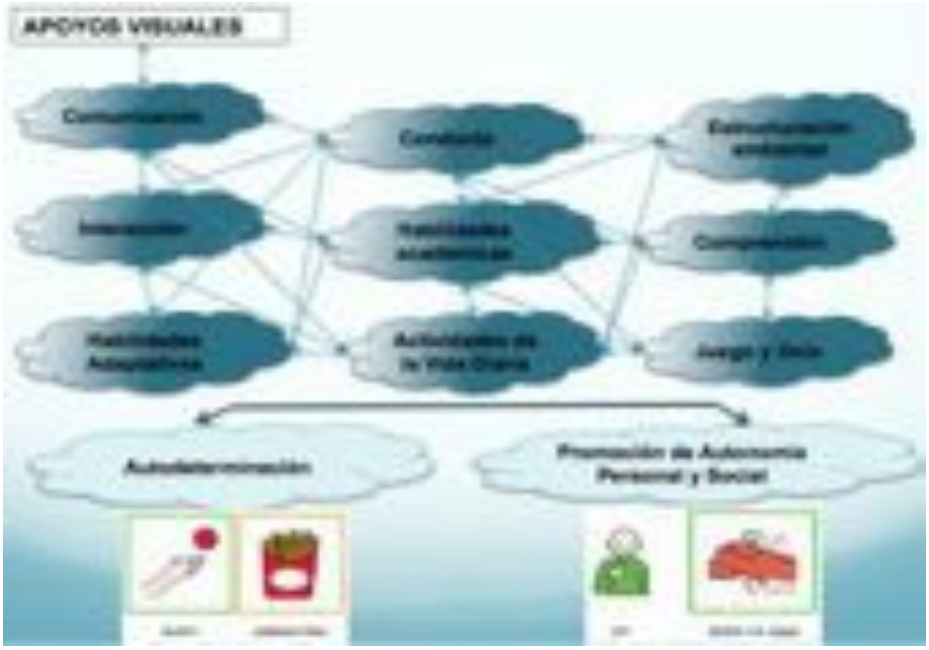

Figura 4 Camino a la Autonomía. Fuente: Elaboración propia

Elaboración de Apoyos Visuales

- El Portal ARASAAC (10)

El portal ARASAAC ofrece recursos gráficos (pictogramas, fotografías, videos, sonidos, materiales, ejemplos), para facilitar la comunicación de personas con algún tipo de dificultad en este área. Está traducido a distintos idiomas, y su colección de más de 13000 pictogramas (disponibles en blanco y negro, y en color), se ha convertido en un sistema reconocido internacionalmente, dinámico y en constante evolución. Los pictogramas se distribuyen bajo licencia Creative Commons, por lo que su uso está generalizado en numerosos ámbitos. (Figura 5)

Figura 5 Portal ARASAAC. Fuente: Elaboración propia

Herramientas para la creación de Apoyos Visuales

En los últimos tiempos se han desarrollado numerosas herramientas que nos permiten crear Apoyos Visuales, favorecer la comunicación de personas con TEL o TEA (entre otros), organizar agendas de trabajo, controlar conductas, etc. Vamos a exponer tres herramientas básicas para la creación de Apoyos Visuales.

- Picto Selector: aplicación que permite seleccionar, editar, personalizar e imprimir pictogramas en hojas, o exportarlos a procesadores de texto, de forma rápida y sencilla. Contiene más de 30000 pictogramas (incluidos los de ARASAAC). Cuenta con muchas posibilidades de personalización. (Figuras 6 y 7)

- Araword software: que permite la escritura simultánea de texto y pictogramas, facilitando la elaboración de materiales y adaptación de textos. A medida que vas escribiendo, se va insertando el pictograma asociado a esa palabra. Además tiene numerosas opciones como editar texto, unir o separar pictogramas, cambiar pictograma, así como personalizar totalmente tamaños, textos o agregar imágenes. (Figuras 6 y 8)

- AraBoard: programa que permite crear, editar y usar tableros de comunicación, compatible con distintos y sistemas operativos. Sin duda alguna, su mayor ventaja es su sencillez de uso. Se compone de dos

herramientas, Araboard Constructor para crear los tableros, con opciones como poder añadir imágenes y personalizar el audio, y AraBoard Player, para ejecutar los tableros de comunicación previamente creados con Araboard Constructor. (Figuras 6 y 9)

Figura 6 Logotipos de las tres aplicaciones descritas. Fuente: Elaboración propia

Figura 7 Ejemplo de creación de hoja de pictogramas para la ducha con Picto Selector.
Fuente: Elaboración propia

Figura 8 Ejemplo de texto procesado con Araword.
Fuente: Elaboración propia

Figura 9 Ejemplo de tablero creado con Araboard.
Fuente: Elaboración propia

Conclusiones y Discusión

Los Apoyos Visuales son una herramienta válida y flexible para promocionar la autonomía personal y social de las personas con diversidad cognitiva y en la comunicación. Las personas con TEA y TEL pueden tener dificultades en la comunicación y el lenguaje, que aconsejen el uso de estas estrategias. Son

útiles para apoyarles a comprender el mundo, para darles una estructura espacio-temporal, ser usados como Sistemas de Comunicación Aumentativa y Alterativa, así como para elaborar materiales educativos y terapéuticos para potenciar aspectos de su desarrollo.

Los Terapeutas Ocupacionales debemos aprender a manejar estas herramientas para mejorar el rendimiento funcional de nuestros usuarios, para hacer espacios estructurados adecuados, y para trabajar aspectos relacionados con la Comunicación, la Interacción, las Actividades de la Vida Diaria y el Juego, entre otros.

Agradecimientos:

Muchas gracias a la organización del 13 CENTO por confiar en mí para la realización de un taller.

Los pictogramas usados para confeccionar los apoyos visuales son del portal ARASAAC. Gracias por ayudarnos a facilitar la comprensión del mundo a todas las personas. Los símbolos pictográficos utilizados son propiedad de CATEDU (http://catedu.es/arasaac/) bajo licencia Creative Commons y han sido creados por Sergio Palao.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición. Definitions for Communicative disorders on differences. ASHA. 1980; 22:317-318.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV edición. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
3. Barrios Fernández S. "Si lo veo, lo comprendo" Terapia Ocupacional en Personas con Trastorno del Espectro del Autismo: Promoción de la Autonomía Personal y Social a través de Estrategias Visuales. En: IV Jornadas Castellano-Leonesas de Terapia Ocupacional "Otro Enfoque". Segovia; 2013.
4. Fresneda MD, Mendoza E. Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. Rev Neurol. 2005;41(1):51-6.
5. Leonard L. Children with specific language impairment. 4º ed. Boston: MIT Press; 2002.
6. Muñoz-Yunta JA, Palau-Baduel M, Salvadó-Salvadó B, Rosendo N, Val Hodgdon L. Estrategias Visuales para Mejorar la Comunicación: Ayudas Prácticas para la Escuela y el Hogar. EEUU: Quirkroberts Publishers; 2002.
7. Hodgdon L. 25 Reasons to Use Visual Strategies. [Internet] 2006. [consultado el 6 de mayo de 2013]. Disponible en: http://lindahodgdon.com/25-reasons-to-use-visual-strategies
8. Mesibov G, Howley M. El acceso al Currículo para alumnos con trastornos del espectro del Autismo: Uso del Programa TEACCH para favorecer la inclusión. Ávila: Autismo Ávila; 2010.
9. Centro Aragonés de Tecnologías para la Educación. Comunicación Aumentativa y Alternativa [sede Web]. Aragón: Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa; 2003 [consultado el 8 de mayo de 2006]. Disponible en: http://www.catedu.es/arasaac/index.php

ABORDAJES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

OCCUPATIONAL THERAPY APPROACHES IN BRAIN INJURY

DECS: Terapia Ocupacional, Estimulación Basal ®, Método Affolter
MESH: OccupationalTherapy
Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Estimulación Basal ®, Método Affolter
KEY WORDS: OccupationalTherapy

D. Albert Giménez Soria.
Terapeuta Ocupacional. Coordinador área de Terapia Ocupacional en Centro de Rehabilitación Neurológica de Extremadura Casaverde

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:
Giménez Soria A. Abordajes de Terapia Ocupacional en daño cerebral sobrevenido. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 105-116. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/cerebral.pdf

Introducción

El término daño cerebral sobrevenido (DCS) hace referencia a las lesiones que se producen en las estructuras cerebrales de forma espontánea en personas, que habiendo nacido sin daño de ningún tipo en el cerebro, sufren en un momento posterior de su vida, lesiones en el mismo como consecuencia de un accidente o una enfermedad.

Cuando se produce una lesión en el cerebro, ya sea por accidente cerebrovascular (ACV), traumatismo craneoencefálico (TCE), anoxia, encefalitis, etc, se producen una serie de lesiones en el Sistema Nervioso Central que dan lugar a diferentes secuelas.

Estas secuelas pueden afectar a nivel motor, emocional, cognitivo, perceptivo y conductual, dando lugar a la aparición de déficits.

Desde terapia ocupacional estos déficits pueden ser rehabilitados o compensados para conseguir la máxima autonomía posible.

RESUMEN

Desde Terapia Ocupacional existen múltiples abordajes, teorías y técnicas, para realizar la intervención del terapeuta en cualquiera de las áreas en las que puede llevar a cabo su función.

Desde el Centro de Rehabilitación Neurológica de Extremadura Casaverde se atiende a personas con daño cerebral sobrevenido en estado subagudo.

Durante la fase de la enfermedad que residen en el centro, los usuarios reciben un tratamiento multidisciplinar intensivo y personalizado, con el fin de recuperar la máxima funcionalidad. Además, tras la valoración del equipo, se puede pasar a plaza ambulatoria, fomentando con ello la reinserción social.

La fase de la enfermedad en la que se trata este perfil de usuario es la fase en la que el terapeuta ocupacional debe orientar la intervención a mejorar el desempeño ocupacional en las AVD.

La Estimulación Basal (EB) y Método Affölter son enfoques complementarios de los abordajes más utilizados en daño cerebral sobrevenido (Reaprendizaje motor orientado a tareas, Bobath, Perfetti, Terapia por restricción del lado sano, entre otros).

Los conceptos de estos enfoques que más conectan con la teoría de terapia ocupacional son: proximidad, significación, intercambio, intervención en actividades cotidianas y centrar en el usuario la intervención. Conceptos que sirven para tener una base filosófica para la práctica, y en ocasiones sirven como intervención directa.

Se exponen las líneas teóricas básicas de los abordajes y cómo se plasma esa teoría en diferentes casos clínicos. El caso clínico expuesto trata sobre el abordaje en la actividad de alimentación mediante la guía táctil-cinestésica del Método Affölter.

SUMMARY

Since Occupational Therapy there are multiple approaches, theories and techniques, in order to carry out the intervention of the therapist in any of the areas that itcan carry out its function.

Since the Neurological Rehabilitation Center of Extremadura Casaverde responds to people with brain damage occurred at state subacute.

Es por ello que se debe enfocar el tratamiento desde alguna perspectiva que pueda dar explicación al funcionamiento (a nivel conductual, motor, emocional, relacional…) del usuario en la fase subaguda del daño cerebral sobrevenido.

Durante la intervención, es imprescindible tener en cuenta, no sólo las deficiencias, sino también las capacidades, por muy pequeñas que sean, pues si sólo se presta atención a las restricciones, se queda en segundo plano el potencial del usuario. Se deben encontrar actividades que se presenten interesantes al tiempo que sugieran pequeños retos. Este es precisamente el punto de partida de la Estimulación Basal, modelo de intervención que se propone (complementado siempre al resto de técnicas y abordajes) para aquellos pacientes cuyas lesiones cerebrales derivan en estados de discapacidades cognitivas y físicas que producen gran dependencia.

During the phase of the disease that reside in the center, users receive an intensive multidisciplinary treatment and custom, in order to recover the maximum functionality. In addition, after assessment of the computer, you can go to plaza ambulatory, thereby promoting social reintegration.

The phase of the disease in that it is this user profile is the phase in which the occupational therapist must guide the intervention to improve the occupational performance in the ADLS.

The basal stimulation (EB) and Method Affölter are complementary approaches to the approaches used in most brain damage occurred (Reprogrammed engine task-oriented, Bobath, Perfetti, therapy by restricting the healthy side, among others).

The concepts of these approaches that more connected with the theory of occupational therapy are: proximity, significance, exchange, intervention in everyday activities and focus on the user intervention. Concepts that are used to have a philosophical basis for the practice, and sometimes serve as direct intervention.

Sets out the lines of the basic theoretical approaches and as plasma that theory in different clinical cases. The clinical case is exposed on the approach in the feeding activity guide using the touch-kinaesthetic Affölter method.

La EB no es un método ni una técnica. Hay que entenderla como un concepto.

Es un modelo que parte de diferentes fuentes de conocimiento, como son la neurofisiología (idea básica recogida de este concepto: la plasticidad del SNC), la Teoría Constructivista sobre el aprendizaje humano (aportaciones de Piaget sobre el estadio sensoriomotor) y la interacción temprana (análisis de la comunicación en estadios iniciales del desarrollo humano para explicar las conducta, posibilidades y producciones de la persona gravemente afectada). En el centro de este concepto está el Ser Humano, al cual se puede producir un acercamiento incluso cuando los déficits dificultan las relaciones comunicativas y mentales.

La EB utiliza tres conceptos para llegar a dar al usuario un papel protagonista y decisivo, en su propio desarrollo tras el DCS. Estos conceptos son: proximidad, significación e intercambio.

Se entiende como proximidad el acercamiento que se realiza al usuario como las experiencias que les son propuestas (por ejemplo: ¿Qué distancia necesita el usuario para percibir al terapeuta?).

La significación corresponde a la necesidad humana de entender qué pasa, el por qué se realiza una acción. Se puede afirmar que la percepción es el proceso

de obtener una información del entorno la cual se integra y se transforma en una experiencia significativa.

El intercambio viene dado por la comunicación, y para que exista un intercambio correcto y adecuado se debe encontrar el canal más oportuno para cada usuario. Para ello se debe deben encontrar las capacidades del usuario ya que utilizan estas capacidades como canal de comunicación (por ejemplo utilizan la respiración, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, etc). Este intercambio entre terapeuta-usuario es la base de toda la intervención.

Existen unas reglas básicas o procedimientos, pero para cada caso se pueden variar, puesto que cada persona presentará unas necesidades diferentes. Así pues, la oferta que el terapeuta debe ofrecer variará en función de las demandas del paciente en cuestión.

Lo que se busca con la EB es que exista un componente de creatividad a la hora de desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD's) en los que el usuario vivencie plenamente, sienta su cuerpo, y pueda relacionarse con el entorno.

Para ayudar a sentir y vivenciar las actividades se debe tener en cuenta las áreas de estimulación básicas: área somática, área vestibular y área vibratoria. Estas esferas perceptuales son las más precoces del desarrollo humano.

- El área somática toma como órgano perceptivo todo el cuerpo, en especial la piel, límite entre la integridad corporal y el medio.
- El área vestibular parte del oído interno que posibilita la orientación en el espacio y la construcción del equilibrio.
- El área vibratoria utiliza los huesos y otras partes del cuerpo para asimilar las ondas sonoras en forma de vibración y que producen una experiencia interna.

Es a partir de estas áreas básicas donde se pueden reanudar las experiencias tempranas y ofertar actividades significativas y estructuradas para que los

usuarios puedan sentir su propio cuerpo, desarrollar una identidad propia y entrar en relación con el otro y el entorno.

Llevar a cabo el tratamiento bajo este enfoque permitirá al terapeuta poder establecer un diálogo somáticoy un "turn-talking".

Se podría definir el diálogo somático como lenguaje primario y está definido por la cercanía corporal y el intercambio a través de la piel.

Por ejemplo:

- Acompañar la respiración y respirar conjuntamente.
- Micro movilizaciones.
- Masajes teniendo en cuenta el acercamiento sistemático de contacto según Schürenberg.
- Realizar la misma comunicación que puede realizar el usuario y hacer al usuario partícipe de ello.

Por otro lado, el "turn-talking" se basa en escuchar, incluso las producciones poco intencionadas y responderlas. Pero aquí es muy importante dar significado a las producciones del usuario dentro de la situación concreta donde ocurre. Se interpretan los signos comunicativos y se responde de manera sencilla usando palabras significativas. La experiencia con esta forma de diálogo demuestra que si se escucha y responde al usuario, se le anima a expresarse cada vez más. Aprende el fenómeno causa – efecto en el otro. Aparecen demandas concretas. Se establece la comunicación, el intercambio, la relación terapéutica, la significación, etc.

Centrar el tratamiento en el sistema táctil-cinestésico se justifica con la teoría de la evolución de Piaget de los 0 a los 2 años. (Tabla 1)

- Entre los 4 y 7 meses:

El bebé aprende a modificar el entorno. Proceso causa-efecto.

Por ejemplo: coger, soltar, cambiar de lugar, etc.

Inicio discriminación figura-fondo.

Busca, coge y separa de la base

- Entre los 7 y 12 meses:

Inicio de las relaciones topológicas. Sacar de, poner en…

El mundo está formado por base, lateral y objetos.

Se aprende a descubrir el objeto permanente.

Tabla 1 Evolución táctil-cinestésica del niño de los 0 a los 2 años.
Fuente: Elaboración propia

EVOLUCIÓN TÁCTIL-CINESTÉSICA DEL NIÑO DE LOS 0 A LOS 2 AÑOS	
↓	↓
Cambios máximos en la resistencia	Cambios finos en la resistencia
(de los 0 a los 12 meses)	(de los 12 a los 24 meses)
– Recoger	
– Dentro de…	
– Enrollar	
– Empaquetar	

Rendimiento perceptivo

El rendimiento perceptivo se divide en tres niveles:

- MODAL: Rendimiento perceptivo específico (1 canal perceptivo únicamente). Por ejemplo el niño hasta los dos meses o mira, o toca, o mueve, solamente realiza un acto perceptivo.
- INTERMODAL: Rendimiento de 2 canales perceptivos de manera simultánea.
- SERIAL: Integración temporal-sucesiva de la información. Existe la expectativa del movimiento en una acción.

En Affolter se trabaja generalmente en nivel modal, para facilitar al usuario la integración-aprendizaje.

Guía Táctil-Cinestésica

- Guía sencilla: Se guía bimanualmente.
- Guía asistencial: Para personas sin capacidad bimanual.

Este tipo de guías tienen unos aspectos básicos:

- Utilizar problemas y situaciones cotidianas: comer, vestir, ordenar, etc.
- Entorno estable: base / lateral.
- Punta de los dedos sobre punta de los dedos en la guía.
- Dar tiempo suficiente para la búsqueda de la información.
- Alternar acción / posición, esto es, se debe dar información de manera ordenada y coherente de la acción que se realiza y de la posición del usuario.
- Alternar derecha / izquierda (para ello se "da el donde", información a nivel de articulación de cadera, presión intermitente en parte lateral externa de cadera).

- Hablar antes y después de la guía, no durante (si se trabaja verbalmente se puede crear dependencia).

Aspectos complementarios a las guías en las actividades cotidianas:

- Tener en cuenta el efecto tren-estación (solo 1 objeto en movimiento, por ejemplo si se guía la mano con cuchara llegará un momento en que se para el movimiento del brazo para que sea la cabeza quien acabe por llegar a la cuchara, nunca se moverá brazo y cabeza simultáneamente).
- Conseguir situaciones "cuna" (posiciones en las que el usuario se encuentre envuelto entre elementos como cojines o almohadas en las que se consiga una posición de seguridad para el usuario).
- Hacer las pausas necesarias.
- Recoger-Apretar la ropa y los materiales.
- Evitar la magia (si queremos llevar el objetos X hacia el lado derecho de la mesa nunca llegará sin que sea el usuario el que intervenga directamente para que llegue).
- Posición cómoda del profesional (ergonomía postural).
- Hacer cambios de posición (los cambios de posición dan al usuario nueva información sobre su cuerpo).
- Coger objetos con todo el cuerpo (involucrar a todo el cuerpo para realizar las actividades, por ejemplo si tengo que coger una caja puedo acercarla al cuerpo del usuario con el fin de dar información sobre el propio cuerpo).

Para saber si se produce stress o aprendizaje se tiene que observar el entorno e interpretar el comportamiento del usuario. Para ello se presentan algunas respuestas típicas por parte de los profesionales:

"Es muy tranquilo, o muy nervioso, hiperactivo".

- La hipoactividad puede ser una respuesta ya que para el usuario el entorno va muy rápido, no comprende que pasa, se queda en su

"rincón". Por el contrario una respuesta hiperactiva demanda un cambio máximo de resistencia para conseguir información.
"Tiene miedo, es agresivo, rechaza el contacto".

- No es agresividad, es dificultad en el procesamiento de la información. Lo que parece rechazo es la dificultad de entender el porqué de ese toque a un usuario.
  "Es un maleducado".

- Poca capacidad perceptiva por parte del profesional.
  "Le falta motivación, nos toma el pelo".

- La motivación está íntegramente relacionada con tener información.
  "Le cuesta mantener la atención".

- Solo se conseguirá que el usuario esté atento si se le ofrece algo que realmente sea interesante para él/ella.
  "Tiene mala memoria".

- Puede ser problema de memoria a corto plazo, pero puede ser que el problema sea previo al almacenaje de la información.
  "Es muy hablador, es muy mandón".

- Técnicas para esconder o compensar dificultades táctiles-cinestésicas. Cuando callan es cuando procesan.
  "Es hiper-hipotónico".

- Cuando existe hipertonía es la necesidad de "sentirme", al contrario la hipotonía viene cuando hay muy poco feed-back con el entorno.

Estas respuestas son las que en muchas ocasiones dan los profesionales. Desde la Estimulación Basal y el modelo Affolter, se debe ir un paso más allá, así pues se debe realizar un gran trabajo de observación, registrar cambios, registras conductas diariamente, observar y analizar cambios, etc.

Caso clínico A

Hombre de 57 años que tras AVC hemisferio izquierdo presenta hemiplejia derecha con flexo de rodilla y cadera, patrón flexor en mano y codo. Portador de trasqueostomía y férula de posicionamiento para evitar complicaciones y deformidades en mano. Afasia global y disfagia a sólidos y líquidos. Dependiente total para las AVD's básicas, no hay producción voluntaria de movimiento (ya sea con fin o sin fin).

La intervención de TO va a dar lugar en el momento de la alimentación, se aprovecha la actividad de comer para realizar la guía táctil-cinestésica.

De esta manera se da la siguiente situación:

A* sentado en silla de ruedas frente a la mesa con el plato preparado y la cuchara dentro del plato. El brazo derecho no se incluye en la tarea (mínimamente posicionando el brazo encima de la mesa) puesto que el flexo que existe no permitiría llevar a cabo la tarea.

Se inicia la actividad dando el "dónde" y realizando la prensión para la cuchara (se alterna acción-posición); esta alternancia se da entre el máximo de acciones que la actividad requiera, en izquierda y derecha para dar el máximo de información sobre qué está pasando y dónde y cómo está el cuerpo del A.

La observación de qué emite A es constante, en este caso se observa que la conexión con la tarea aumenta a medida que se repiten las sesiones. Esta conexión se ha observado por el seguimiento ocular del usuario, o por la propia actitud postural ante la actividad.

Cabe destacar que A inició el tratamiento con el fin de que se produjera una interacción sensitiva, y qué mejor para un terapeuta ocupacional lograr esta interacción sensitiva mediante una AVD.

Con este fin muy definido, A logró llenar la cuchara de alimento y llevarla a la boca en repetidas ocasiones.

Las complicaciones médicas que sufrió durante la intervención hicieron que la tarea fuese más compleja y más difícil de llevar a cabo.

*A ha sido una letra escogida al azar para proteger la privacidad del usuario en cuestión.

Conclusión

Como conclusión se podría afirmar que La EB y el Modelo Affolter no deben ser tomados como un conjunto de técnicas en sí, sino como una forma de trabajo que ayuda a complementar el tratamiento de Terapia Ocupacional. Nunca se deben dejar de lado los supuestos filosóficos de la terapia ocupacional, ni sus raíces, pero sumar a la filosofía de la terapia ocupacional esta visión permitirá crear a partir de las propias AVD's, situaciones aprovechables para hacer consciente al paciente de su propio cuerpo.

Lo más importante es que esta visión describe una forma de trabajar que complementa a las formas de trabajo ya existentes para daño cerebral, nunca suprime, excluye o ignora los diferentes puntos de vista, abordajes o técnicas.

Como ya se dijo con anterioridad, una persona que no es capaz de percibir su propio cuerpo, aún menos es capaz de vivenciar y comprender el entorno que le rodea, dificultando, por tanto, su adaptación al mismo.

Es por ello que estos abordajes pueden ser aprovechados por todos aquellos usuarios que sufren algún tipo de déficit perceptivo-sensitivo, ayudándolos de este modo a adaptarse y desarrollarse mejor en su entorno.

Después de todo lo explicado, se hace obvia la razón por la cual no se ha especificado ni la población diana, ni los materiales necesarios, ni los horarios o entornos en los que se realizarán la intervención: La idea esencial es que se puede aprovechar cualquier situación cotidiana (ducha, vestido, transferencia, etc) para crear una actividad que ayude al paciente a vivenciar su propio cuerpo y a interactuar con el medio que le rodea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Affolter F, Bischofberger W. "GespürteInteraktionimAlltag". En: Fernández Doblado M. Interacción sensitiva en la vida diaria. [Internet] 1996. [consultado el 25 de abril del 2010]. Disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/articulos/interaccion_sensitiva_actividades_vida_diaria_terapia_ocupacional.pdf
2. Roller B. La Estimulación Basal y la importancia de la comunicación para el proceso de la individuación. [Internet] 2003. [consultado el 17 de noviembre del 2010] Disponible en: www.estimulacionbasal.net
3. Bienstein C, Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege. Hannover: Kallmeyer; 2003.
4. Buchholz T, Schüregnberg A. Lebesbegleitung alter Menschen. Bern: Hans Huber; 2003.

LA RELEVANCIA DEL ENTORNO FÍSICO EN LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS DE UNA PERSONA CON MOVILIDAD REDUCIDA.

THE RELEVANCE OF PHYSICAL ENVIRONMENT IN PERFORMING DAILY ACTIVITIES OF A PERSON WITH REDUCED MOVILITY.

DECS: Ocupación, entorno, actividades cotidianas, silla de ruedas, barreras arquitectónicas.

MESH: Occupation, environment, daily activities, wheelchair, environmental barriers.

Dña. Saray Bacelar Pousa
Estudiante de Terapia Ocupacional.

Dña. Verónica Ferrándiz Vigo
Estudiante de Terapia Ocupacional.

Dña. Ángela Vidal Martínez
Estudiante de Terapia Ocupacional.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Bacelar Pousa S, Ferrándiz Vigo V, Vidal Martínez Á. La relevancia del entorno físico en la realización de las actividades cotidianas de una persona con movilidad reducida. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de la consulta-]; Vol10, Suple 8: 117- 123 Disponible en: http://www.revistatog.com suple/num8/entorno. pdf

Introducción

Según Moruno y Talavera (1), el término de ocupación hace referencia al *proceso* que ubica al ser humano en su medio y a las *actividades* que subjetivamente tienen mayor relevancia y, al realizarlas, ponen de manifiesto su libertad de elección y acción. Wilcock (2), en su texto *An occupational perspective of health,* afirma que el bienestar psicológico y social, aspectos esenciales en el concepto actual de salud, está vinculado con la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas.

Las ocupaciones son el vehículo para la participación activa del individuo en la sociedad, para la inclusión y participación. La ocupación es un mecanismo de adaptación por medio del cual el individuo satisface sus necesidades vitales, como los requerimientos sociales de su comunidad de pertenencia.
Según la Canadian Association of Occupational Therapist (3),

Resumen
El siguiente artículo pretende mostrar la influencia de las barreras arquitectónicas en la vida diaria de las personas usuarias de silla de ruedas eléctrica, realizando una actividad de su cotidianeidad, tal como dar un paseo. Para ello se cuenta con la participación de voluntarios del CAMF de Ferrol.

SUMMARY
The following article tries to show the influence of environmental barriers in the daily life of the users of electric wheelchair, performing an activity of their daily lives, such as taking a walk. To do this, we will have the participation of CAMF volunteers (Ferrol).

la ocupación son "grupos de actividades y tareas de la vida diaria, denominadas, organizadas y con un valor y significado dados por los individuos y una cultura. La ocupación es todo lo que las personas hacen para ocuparse de ellas e incluye cuidar de su persona (autocuidado), disfrutar de la vida (ocio),y contribuir a la fábrica social y económica de sus comunidades (productividad)".
Se define entorno como los ambientes físico y social en los que está la persona y en los cuales realiza las ocupaciones del día a día. Las características del entorno influyen de forma decisiva sobre la participación en la sociedad de todas las personas, sean cuales sean sus características funcionales (4).

El entorno físico se refiere al ambiente natural y construido no humano, y a los objetos dentro de éste. Aquí se incluyen la geografía, las características sensoriales del entorno, los edificios, muebles, herramientas o dispositivos (4).

Ante todo lo anterior expuesto, nos hemos planteado la siguiente hipótesis: ¿cómo de relevante es en la realización de las actividades cotidianas el entorno físico en una persona con movilidad reducida?, ¿los entornos posibilitan, favorecen o impiden la realización de las actividades cotidianas?. Para la resolución de estas cuestiones, se realizó un trabajo de campo con 4 usuarios de silla de ruedas eléctrica del Centro de Atención a Personas con Discapacidad Física (CAMF) de Ferrol.

Material y Métodos

Criterios de inclusión: ser usuario de una silla de ruedas eléctrica, ser mayor de edad, ser residente en el CAMF Ferrol.

Criterios de exclusión: ser usuario de silla de ruedas manual, déficit visual importante, usuarios con problemas de conducta que puedan alterar el estudio.

Para la realización del estudio se asistió al centro y se preguntó por la persona responsable de las salidas de los usuarios. Posteriormente se concertó una reunión con ella en la que se trataron los propósitos del estudio. Esta persona fue la encargada de informar a los usuarios y de pedir su colaboración de forma voluntaria.

Se realizó el estudio con los voluntarios que cumplían los criterios de selección, llevando a cabo el mismo recorrido con todos ellos. Previamente a la realización del recorrido, se llegó a un consenso con ellos, teniendo en cuenta sus gustos e intereses, acerca del lugar al que querían ir. Tras un pequeño debate, se llegó al acuerdo de acudir al centro comercial Odeón, en Narón.

Teniendo en cuenta la localización geográfica del centro, y el destino elegido por los voluntarios, ha sido necesaria la utilización del autobús urbano.
Los autobuses de la línea escogida poseen, como máximo, dos plazas para sillas de ruedas, por tanto, fue necesario dividir a los voluntarios en dos turnos. Este trayecto en autobús tiene una duración aproximada de 15 minutos.
Desde la parada de autobús, se realizó un recorrido de unos 15 minutos en silla de ruedas.

Resultados

La parada del autobús que nos acerca al centro comercial está situada en el lado opuesto de la vía, por lo que es necesario atravesarla por un paso de peatones que se encuentra considerablemente lejos. Una vez en la parada, el primer autobús que llegó poseía, únicamente, capacidad para una silla de ruedas, por lo que, yendo dos usuarios, fue necesario esperar al siguiente, que llegó 30 minutos más tarde. Aun siendo la capacidad para dos sillas de ruedas, los voluntarios se encontraron un poco agobiados, ya que el espacio era bastante limitado, puesto que también viajaban pasajeros de pie.

Teniendo en cuenta que el autobús nos deja a una distancia considerable del centro comercial (no hay línea directa desde el CAMF), se debe recorrer un

trayecto de unos 15 minutos. Durante varios tramos la acera se estrecha demasiado, debido a obstáculos tales como farolas o señales mal colocadas, o pavimento en mal estado. Debido a esto, los usuarios debieron de abandonar la acera, para ir por la carretera, asumiendo todas las consecuencias que esto conlleva. Los bordillos de las aceras son irregulares y en la mayoría de los casos, demasiado altos.

En el centro comercial, no existe señal alguna que indique dónde se sitúa el ascensor. El tamaño del mismo es inadecuado, ya que solamente hay espacio para una silla de ruedas, siendo éste muy ajustado.
Después de dar un paseo por el centro comercial decidieron ir a una heladería. El expositor de los helados posee una altura excesivamente elevada, por lo que resulta inaccesible desde la silla de ruedas, ya que no se alcanzan a ver los sabores que hay. Nos encontramos con la dificultad añadida de que los sabores indicados en la carta no se correspondían con los que estaban disponibles en el expositor.

Para volver al CAMF surgen las mismas dificultades ya explicadas en el recorrido de ida.

Discusión

Según el Libro Verde de la Accesibilidad en España, se define accesibilidad como "una característica básica del entorno construido. Es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar las casas, las tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se ha concedido el entorno construido" (5). A pesar de que en la Ley Gallega de Accesibilidad y Barreras Arquitectónicas, se recoja que "las vías públicas, parques y demás espacios de uso público deberán ser planificados y urbanizados de forma que resulten accesibles para todas las personas, y en especial para aquéllas con movilidad reducida" (6), con las observaciones realizadas en nuestro estudio, se ha constatado que dicha accesibilidad no se aplica en nuestro entorno.

A su vez, el Libro Verde de la Accesibilidad, define las barreras ambientales como "aquellas impuestas específicamente por las condiciones físicas o sociales del medio: barreras arquitectónicas, del transporte, ecológicas, de comunicación, o simplemente, de actitud o de rechazo". (5) Considerando lo aquí definido, y aplicándolo a nuestro estudio, corroboramos que las barreras arquitectónicas constituyen un elemento clave en el desempeño de la vida diaria de las personas usuarias de silla de ruedas, repercutiendo negativamente en su cotidianeidad.

En definitiva, las personas con discapacidad no pueden relacionarse con el entorno o con otras personas en igualdad de condiciones a causa de las barreras arquitectónicas (7). Éstas les impiden desarrollarse y realizar muchas de las actividades de la vida diaria de forma independiente, necesitando en la mayoría de los casos de ayuda exterior para poder movilizarse dentro de un espacio urbanístico o para acceder a él (8).

Conclusiones

Los conceptos y principios del diseño universal sugieren que se diseñen entornos y productos que sean utilizables por todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de arreglos o adaptaciones especiales ni un mayor costo (9).

Es fundamental que como profesionales de la ocupación prestemos especial atención a los entornos, ya que si no, no seremos capaces de identificar cuáles son los verdaderos impedimentos que existen para poder participar en la comunidad; siendo necesario que el diseño accesible universal cuente con defensores en el colectivo social.

Para favorecer la accesibilidad en la comunidad, es necesario partir de una aceptación social de la diversidad funcional, ya que mejorando la conciencia comunitaria de las necesidades de todos los miembros de la sociedad, se

pueden llegar a proporcionar cambios que crean oportunidades ocupacionales (10).

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento más sincero a todos los voluntarios que se han ofrecido a participar, así como al CAMF por su total colaboración.

Por último a nuestro profesor y guía Miguel Ángel Talavera por ayudarnos en la elaboración tanto del estudio como del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Ocupación y calidad de vida. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 21-36.
2. Wilcock A. An occupational perspective of health. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
3. Canadian Association of Occupational Therapist. En: Law, Steinwender ,Leclair. Occupation, health and well-being. CJOT. 1998; 65(2):81-91.
4. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª Ed [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-25/02/2013-]; [85p.]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf
   Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2º ed).
5. Alonso López F. Dimensiones de la accesibilidad. En: Alonso López F. Libro verde de la Accesibilidad en España. Diagnóstico de situación y bases para un plan integral de supresión de barreras. Madrid: IMSERSO; 2002. p 25-28.
6. Accesibilidad y supresión de barreras en la Comunidad Autónoma de Galicia. Ley 8/1997 de 20 de agosto. DOG, nº 166, (29-08-1997).
7. Alonso F. Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. TRANS. 2007; Universidad Autónoma de Barcelona. 2007;11:15-30.
8. Scheel Montenegro C. Universidad Francisco Marroquín. La obligación del estado en cuestión de barreras arquitectónicas. Guatemala: Facultad de Derecho, Universidad Francisco Marroquín; 2002.
9. Iwarsson, Stahl, Dudgeon. Integración Comunitaria. En: Blesedell Crepeau, Ellen S, Cohn, Barbara. Boyt Schell. Willard y Spackman. Terapia Ocupacional. 11ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011. p 181-191.
10. Baker, Brownson, Dudgeon. Integración Comunitaria. En: Blesedell Crepeau, Ellen S, Cohn, Barbara. Boyt Schell. Willard y Spackman. Terapia Ocupacional. 11ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011. p 192-205.

INFLUENCIA DE LOS DISTINTOS PROCESOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL

INFLUENCE OF THE DIFFERENT KIND OF COMPILATION PROCESSES ON THE OCCUPATIONAL DIAGNOSIS

PALABRAS CLAVE: Razonamiento clínico, evaluación, ocupacional, terapia ocupacional
KEY WORDS: Clinical reasoning, occupational therapy, evaluation, occupational
DECS: razonamiento clínico, terapia ocupacional, evaluación.
MESH: Clinical Reasoning, occupational therapy, evaluation, occupational.

Dña. Leticia Moreira Souto
Graduada en Terapia Ocupacional

Dña. Loreto García Alén
Graduada en Terapia Ocupacional

D. Miguel A. Talavera Valverde
Terapeuta Ocupacional. Xerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud. Profesor Asociado Universidad de A Coruña. Director de Revista TOG www.revistatog.com

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:
Moreira Souto L, García Alén L, Talavera Valverde M. A. Influencia de los distintos procesos de recogida de información en el diagnóstico ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de la consulta-]; Vol10, Suple 8: 124- 129 Disponible en: http://www.revistatog.com suple/num8/diagnostico. pdf

Introducción

El presente documento, hace referencia al razonamiento clínico en Terapia Ocupacional, más concretamente, alusión a las decisiones que guían la práctica en cuanto al proceso de recogida de información del usuario mediante la evaluación ocupacional.

El proceso de terapia ocupacional representa el modo en que los profesionales de la disciplina ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar servicio a sus usuarios (1), lo que lleva implícito el empleo del razonamiento clínico en las distintas etapas que conforman el mismo.

De esta forma, se entiende por razonamiento clínico el proceso cognitivo básico que emplean los profesionales de terapia ocupacional y que está implicado en todas las etapas de la intervención, tanto en la evaluación y planificación como en su implementación y valoración de los resultados (2).

Resumen
El objetivo de este estudio es conocer si variar el proceso de recogida de información (siguiendo primero fuentes directas o fuentes indirectas o el proceso inverso) modifica los diagnósticos ocupacionales que se obtienen en la realización de la evaluación ocupacional inicial, de acuerdo, ambos conceptos con lo propuesto por Moruno y Talavera.
Se realizó una revisión de la literatura en bases de datos y monografías de alcance. Se diseñó una metodología de recogida de datos en la cual se modificó la forma de recopilar los datos, para posteriormente pasar a compararse las conclusiones obtenidas en la realización de la evaluación ocupacional inicial.
El estudio ha sido realizado en una unidad de hospitalización breve de Ferrol. Se llevó a cabo por dos alumnas de 4º curso de Grado durante el último mes de estancias prácticas.
En cuanto a los principales resultados, no se observaron diferencias según la forma de desarrollar el proceso de recogida de datos, en cuanto a los diagnósticos ocupacionales obtenidos.
En conclusión, en la práctica diaria es importante que la recogida de datos se realice de una forma eficiente y efectiva teniendo en cuenta que la forma de recopilar la información es una labor personal. Por otro lado, el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional es vital en su propósito de que el paciente se involucre en las actividades y ocupaciones diarias.

SUMMARY
The aim of this study is to know if changing the data collection process (firstly direct sources and then indirect sources or the vice versa) modifies occupational diagnoses obtained in performance of the initial occupational assessment, according to both concepts as proposed by Moruno and Talavera. A review of the literature was done in databases and case studies. We designed a data collection method which modified the form of collecting data to, later, compare the conclusions obtained in the initial occupational assessment. The study was conducted in a brief hospitalization unit in Ferrol and was carried out by two 4 the year students during their last month of work-practice. According to the main results, no significant differences were observed regarding the form of developing the occupational diagnosis data collection process. To conclude, in daily practice it is important that the data collection is performed in an efficient and effective way considering that collecting the information is a personal task. Furthermore, clinical reasoning of the occupational therapist is vital in order for the patient to engage in daily activities and occupations

Ha sido reconocido como un elemento crucial y fundamental del proceso de intervención, así como, una pieza clave para generar la competencia necesaria para intervenir con los usuarios. Es, por tanto, de exclusivo dominio personal que depende de destrezas mentales elaboradas, como son: la adquisición de la información, elaboración de hipótesis e interpretación de la información basada en la evidencia.

Para obtener información relevante y necesaria para saber cómo es la ocupación de la persona con la que se trabaja se requiere de la realización de una amplia evaluación ocupacional, una pieza clave en el proceso, ya que determina la dirección de la intervención. De esta forma, se pone en juego el razonamiento clínico del profesional en la medida en que se van tomando decisiones que guían la práctica.

La evaluación ocupacional implica la detección y definición de las limitaciones y potencialidades de los usuarios (3) (4) y siguiendo el modelo propuesto por Moruno y Talavera consta de varias fases. De acuerdo con Creek, el primer paso que se realiza cuando se aborda un caso nuevo es la evaluación ocupacional inicial, dividida a su vez en varias subetapas, en la que se realizan una serie de acciones encaminadas a determinar los problemas

ocupacionales del sujeto y sus posibles causas para elaborar un plan de intervención inicial. (5)

Se recoge la información del usuario necesaria ya sea comenzando con la información recabada por fuentes indirectas (historia clínica, herramientas de evaluación) para posteriormente continuar con las fuentes directas (entrevista bis a bis terapeuta-usuario, observación) o bien mediante el proceso inverso. Por tanto, este proceso debe facilitar el procesamiento lógico de la información y que a su vez proporcione estrategias de decisión en las intervenciones y seguimiento con los usuarios (6). Es, a partir de ahí, se proponen objetivos y un plan de intervención acorde a las necesidades del usuario.

La evaluación ocupacional inicial concluye con la elaboración del diagnóstico ocupacional, en el cual, se formulan hipótesis de los problemas de los sujetos a través de un proceso de deducción (5), éstas pueden plantearse sólo con haber leído la historia clínica del usuario. Se entiende como una herramienta que ayuda a clarificar los resultados de la totalidad del proceso lo que permite mejorar la planificación e implementación de la intervención.

El objetivo del presente estudio, ha sido conocer si variar el proceso de recogida de información según los procesos anteriormente descritos modifican los diagnósticos ocupacionales que se obtienen en la realización de la evaluación ocupacional inicial, de acuerdo, ambos conceptos con lo propuesto por Moruno y Talavera. (5)

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura en bases de datos (PUBMED, BVS), monografías de alcance, reponedores institucionales y literatura gris de acceso.
El estudio fue llevado a cabo en una unidad de hospitalización breve de psiquiatría de Ferrol por dos alumnas de cuarto curso de terapia ocupacional en el trascurso de las estancias prácticas.

Para responder al objeto de estudio, se utilizó una metodología de recogida de información relevante de los usuarios atendidos en unidad hospitalaria durante la evaluación ocupacional inicial por ambas alumnas pero abordando cada una de ellas formas de recogida de datos distinta. Una de las alumnas, siguió una estructura de recogida de datos mediante primero por fuentes indirectas y posteriormente fuentes directas y la otra alumna el proceso inverso. Esto permitió comparar ambos resultados y sacar conclusiones sobre las mismas en la evaluación ocupacional inicial.

Resultados

Del estudio realizado se obtuvieron resultados en cuanto a la posible influencia de la variación en la recogida de datos en el diagnóstico ocupacional.

Del análisis y comparación de la metodología llevada a cabo por ambas alumnas, se observa que no existieron diferencias según la forma de desarrollar el proceso de recogida de datos en cuanto a los diagnósticos ocupacionales obtenidos. Sin embargo, se confirma que siguiendo el proceso de recogida de información primero por fuentes indirectas seguido de las fuentes directas, posibilita al terapeuta ocupacional realizar una imagen previa del usuario y establecer las primeras hipótesis acerca de los posibles problemas o potencialidades del usuario, permitiendo así, el contraste posterior de ambas fuentes de información.

Por otra parte, sí se detectaron diferencias en aspectos vinculados al razonamiento clínico de cada alumna a la hora de localizar y procesar la información vinculada a la evaluación.

Conclusiones

Respondiendo al objetivo general de este estudio, se puede concluir que variar el proceso de recogida de datos no modifica los resultados que se obtienen en el diagnóstico ocupacional. De alguna forma, se puede concluir con una frase de índole coloquial "el orden de los factores, no altera el producto".

En la práctica diaria, es importante que la recogida de datos se realice de una forma eficiente y efectiva teniendo en cuenta que la forma de recopilar la información es una labor personal. (7)

El razonamiento clínico del terapeuta ocupacional es vital en su propósito de que el paciente se involucre en las actividades y ocupaciones diarias.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el razonamiento clínico se desarrolla a lo largo del tiempo influido por la pericia y experiencia del terapeuta. Una principiante no reconoce los problemas y posibilidades del sujeto como lo hace un terapeuta experto (este incorpora información contextual).El experto poseen la capacidad de tratar de manera objetiva las condiciones médicas y a la vez captar la experiencia subjetiva del usuario que las padece.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2ned.). Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-683.
2. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 317-332.
3. Roger J, Holm M. Occupational Therapy Diagnostic Reasoning: A Component of Clinical Reasoning. Am J Occup Ther. 1991; 45(11):1045-1053.
4. Neistadt ME. The Classroom as Clinic: Applications for a Method of Teaching Clinical Reasoning. Am J Occup Ther. 1992;46(9):814-819.
5. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Evaluación ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 89-112.
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 [26/01/2013]; volumen 5 (num 1): [8p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num7/pdfs/casos0.pdf
7. Ares Senra L. Una evaluación Ocupacional: Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional de la asociación americana de terapia ocupacional: dominio y proceso. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [27-01-2013]; 9(15): [16p.]. Disponible en: http://www.revistatog.com/num15/pdfs/caso3.pdf

ACTAS DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Promueve y Coordina:

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

Editado:

Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Compila:

Asociación de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

Colabora:

Universidad de Extremadura. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional.