

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

---

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

---

2000

# Terapia Ocupacional y los paseos terapéuticos en la comunidad

Varela, Silvia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

---

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/343>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

Universidad Nacional de Mar del Plata  
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social  
Carrera de Terapia Ocupacional

Terapia Ocupacional y los paseos  
terapéuticos en la comunidad

Por T.O. Silvia Varela  
T.O. Mirta Manghi

Director: Prof. T.O Gustavo Reinoso

Septiembre, 2000

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
inventario	Signature Top
3267.	
Vol	Superior
Universidad Nacional de Mar del Plata	

**TERAPIA OCUPACIONAL Y LOS PASEOS  
TERAPÉUTICOS EN LA COMUNIDAD**

# Índice General

## Sección I

1	Introducción	1
---	--------------	---

## Sección II

2	El problema de la investigación	10
3	Objetivos	13
3.1	A largo plazo	13
3.2	A corto plazo	13
4	Hipótesis	13
4.1	Esquizofrenia	14
4.2	La muestra	15
4.3	Criterio de selección y asignación	15
4.4	Favorecen	16
4.5	Comportamiento general	17
4.6	Comportamiento interpersonal	17
4.7	Comportamiento de tareas	17
4.8	Paseos terapéuticos	17
4.9	Desempeño ocupacional	18

## Sección III

5	Marco teórico	19
5.1	Perspectiva histórica	19
5.2	El concepto de actividades saludables: relación entre actividades y salud	28
5.3	Esquizofrenia	32
5.3.1	Criterios diagnósticos	37
5.3.1.1	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	37
5.3.1.2	Subtipos de esquizofrenia	39
5.3.1.2.1	Paranoide	39
5.3.1.2.2	Tipo desorganizado	39
5.3.1.2.3	Tipo catatónico	40
5.3.1.2.4	Tipo indiferenciado	41
5.3.1.2.5	Residual	41
5.3.2	Clasificación del curso longitudinal de la Esquizofrenia	42
5.3.2.1	Episódico con síntomas residuales interepisódicos	42
5.3.2.2	Episódico sin síntomas residuales interepisódicos	42
5.3.2.3	Continuo	42
5.3.2.4	Episódico único en remisión parcial	42

5.3.2.5	Episódico único en remisión total	43
5.3.2.6	Otro patrón o no especificado	43
5.3.2.7	Menos de un año desde el inicio de los síntomas de la fase activa	43
5.3.3	Trastorno esquizofreniforme	43
5.3.4	Trastorno esquizoafectivo	44
5.4	Paseos a la comunidad	48
5.5	Grupo	53
5.5.1	Diferentes tipos de grupos en Terapia Ocupacional	59
5.6	Los aspectos ambientales	63
<b>Sección IV</b>		
6	Aspectos metodológicos	71
6.1	Instrumentos de medición	71
6.1.1	Fiabilidad	75
6.1.2	Validez	76
6.1.3	Evaluaciones referidas a criterios y evaluaciones referidas a normas	77
6.1.4	Normas para la Administración del instrumento de medición COTE	83
6.1.4.1	Comportamientos evaluados	84
6.2	Metodología	112
6.2.1	Sujetos	112
6.2.1.1	Muestra	112
6.2.1.2	Criterio de selección y asignación	113
7	Resultados	115
8	Conclusiones y recomendaciones	145
9	Referencias	155
10	Bibliografía	165

## **ANEXO**

- 1. Gráficos ( información de la muestra).
- 2. Tablas ( información de la muestra).
- 3. Gráficos ( resultados).
- 4. Tablas ( resultados).
- 5. Protocolo( Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale. COTE.).

## **AGRADECIMIENTOS**

A los pacientes que voluntariamente colaboraron en formar parte de la muestra de este estudio.

A los Hospitales Municipales Braulio A. Moyano y José T. Borda en apoyar este proyecto.

A los Departamentos de Investigación y Docencia de los hospitales de referencia y a la Universidad Nacional de Mar del Plata por brindarnos la oportunidad de adquirir un mayor nivel de especialidad y formación continua.

A nuestro Director por brindarnos su supervisión y apoyo.

# SECCIÓN I

## 1 Introducción

Para la realización de este estudio seleccionamos la siguiente definición de Terapia Ocupacional: “Terapia ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, reforzar y aumentar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías promover y mantener la salud. Su interés fundamental es la capacidad, a lo largo de toda la vida, para desempeñar con satisfacción para sí mismo y para otras personas aquellas tareas y roles esenciales para la vida productiva y para el dominio de sí y del ambiente” (AOTA, 1972).

En esta definición se hace clara referencia al desempeño ocupacional, que en terapia ocupacional se refiere específicamente a las áreas de automantenimiento o actividades de la vida diaria (A.V.D.), productividad o actividades laborales y juego/esparcimiento (AOTA, 1989). El área de esparcimiento en la terminología unificada incluye el desempeño y la exploración de la misma. Considerando los paseos a la comunidad como pertenecientes a este área. Es importante recordar lo mencionado en nuestra ley de ejercicio profesional: “Acompañar al paciente en sus salidas fuera del ámbito hospitalario o del hogar, contribuyendo a su integración progresiva a la comunidad” (Ley N° 17.132).

De este modo se esclarece que los paseos o salidas fuera del ámbito institucional forman parte de un área del desempeño ocupacional el que muchas veces presenta

déficits en los pacientes. Siendo preciso recordar la inclusión de esta práctica en la ley de incumbencias profesionales como una acción mas permitida dentro del marco legal. Son muchos los autores que mencionan la importancia del tratamiento del área de esparcimiento resultando los trabajos de investigación de existencia casi limitada en las fuentes de Terapia Ocupacional.

La literatura en terapia ocupacional no hace referencia a poblaciones específicas y los programas que incluyen paseos terapéuticos en terapia ocupacional los sitúan como una parte muy valorada del tratamiento, pero sin establecer pautas que guíen su realización (Medline. Electronic Information retrieval Systems). Por otra parte, algunas evaluaciones estandarizadas de esparcimiento o de intereses en terapia ocupacional (Interest Checklist, Leisure Activities Blank, etc) mencionan los paseos a la comunidad como una opción, pero no establecen un sistema de medición o algún índice de recuperación en algún comportamiento relevante a la práctica de terapia ocupacional (Matsutsuyu, 1967; Morgan & Godbey, 1978).

Tambien es meritorio mencionar que la literatura de investigación en pacientes con esquizofrenia, establece déficits en el comportamiento general, comportamiento interpersonal y comportamiento en tareas (Reed, 1991; DSM IV, 1995; Vidal y Alarcon, 1986). Sin embargo, la información relacionada a como estas actividades son medidas por un instrumento de evaluación estandarizado, así como resultados obtenidos, luego de fases pre-test y post-test no son conocidos.

Aunque se ha observado una correlación positiva entre los servicios de terapia ocupacional y el resto de los profesionales de la salud demostrado esto a través de la

derivación de pacientes a Terapia Ocupacional, colaboración e intercambios de tareas y el grado de satisfacción laboral expresada por los terapeutas ocupacionales; por todo esto es necesario que la documentación en los servicios de terapia ocupacional, necesitan más que nunca correlacionarse con resultados de intervenciones específicas dentro de la disciplina.

Considerando la información anteriormente detallada, nos encontramos en terreno seguro al afirmar que:

- (a) Los paseos terapéuticos implementados por terapeutas ocupacionales en la comunidad mejoran el desempeño ocupacional (rationale: esparcimiento, actividades de tiempo libre).
- (b) No se han desarrollado estudios de investigación suficientes como para validar esta intervención en relación a algún índice de mejoría o en poblaciones determinadas y con instrumentos de evaluación específicos.
- (c) Es un aspecto legal de la práctica de terapia ocupacional que necesita ser considerado.
- (d) La esquizofrenia afecta el comportamiento general, interpersonal y de tareas.

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el contexto del Hospital Braulio A. Moyano y José T. Borda pertenecientes al Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Instituciones en las cuales ejercemos funciones como profesionales .

Se examinó a cuatro grupos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, los cuales realizaron voluntariamente paseos terapéuticos a la comunidad como una modalidad de tratamiento frecuente. La muestra se compuso de 20 pacientes. De los

cuales 10 pacientes, eran mujeres internadas en el Hospital Braulio A. Moyano y 10 pacientes varones, internados en el Hospital José T. Borda. Las edades estaban comprendidas en una franja que iba de los 30 a 45 años. Las edades promedios eran de 39.5 en la primera institución y 37.1 en la segunda.

Se utilizó el COTE “Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale”, un instrumento de evaluación estandarizado, realizado por Brayman, S. y otros (1976) el cual permite evaluar 25 comportamientos observables en terapia ocupacional. Este instrumento fue seleccionado por ser una escala que permite observar y registrar datos en forma consistente acerca de comportamientos observados antes y durante los paseos a la comunidad. Resultó un método eficiente para revisar los datos anteriores, la planificación y los resultados del tratamiento de los individuos que conformaron los grupos. También porque había sido utilizado y considerado un instrumento de innumerable valor en anteriores trabajos de investigación con población de pacientes en condición crónica, con diagnóstico de esquizofrenia (Allen, C., 1992).

Como terapistas ocupacionales abocadas a la evaluación y el tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos en nuestra práctica profesional diaria, nos propusimos realizar un estudio de investigación que nos permitiera validar científicamente algunos factores relacionados a la práctica clínica de nuestra disciplina. Con este objetivo en mente y mediante la utilización de un diseño de investigación, buscamos arrojar cierta claridad en relación a como los paseos a la comunidad, implementados como una estrategia de intervención en terapia ocupacional los que podrían incrementar calidad de vida en los pacientes seleccionados en este estudio.

Utilizando los paseos terapéuticos a la comunidad como un instrumento de intervención, reflexionamos acerca de cual podría ser el mejor modo de capturar la riqueza de esta modalidad de tratamiento. Diseñamos el presente estudio de investigación basándonos en el conocimiento que nos ha proporcionado la experiencia en la práctica clínica de terapia ocupacional y mediante la realización de estudios pilotos que nos permitieron refinar algunas de nuestras proposiciones iniciales.

Como proceso intelectual, la investigación científica es un modo sistemático de encontrar respuestas a interrogantes específicos, así como también un sistema organizado para lograr conocimientos generales en relación a un tema de interés. De este modo, los paseos terapéuticos en la comunidad y sus efecto en el tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos (en el presente estudio, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia) se transformó en el centro de nuestra atención y esfuerzo de investigación.

En función de la bibliografía estudiada, pensamos que sería útil planificar paseos a la comunidad como parte de un programa para pacientes con trastornos psiquiátricos, en condición crónica y observar su eficacia en los participantes. Al ser el aislamiento social uno de los principales pilares que fundamentan la disfunción en la esquizofrenia, los paseos terapéuticos conforman un concepto circular que se dirige como intervención a la adquisición de comportamientos ocupacionales, constituyendo así un aspecto central de nuestra práctica profesional.

Los paseos terapéuticos a la comunidad involucran siempre en el contexto de terapia ocupacional a un grupo de personas, en este caso pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y un ámbito o ambiente con diferentes estratos para su análisis, incluido el

terapeuta ocupacional y su asistente. Los ámbitos de los paseos se sitúan en la comunidad bonaerense. El propósito de enfatizar en los paseos terapéuticos como una estrategia de intervención es facilitar la interacción exitosa de la persona y su adaptación con el ambiente.

Sostenemos que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se ven favorecidos con los paseos terapéuticos, a los que consideramos como a todas aquellas posibilidades de participar fuera de la casa (institución) de los lugares de recreación, los que pueden ser de tipo formales (cines, clubes, restaurantes, museos) o los informales que sirven para varios propósitos (Varela y Manghi, 1996).

Ciertos aspectos de la práctica profesional fueron revisados con el objeto de formular un marco teórico que explicara no solo los postulados teóricos subyacentes al presente estudio de investigación sino también que proporcionara a nuestros colegas y alumnos de Terapia Ocupacional la posibilidad de utilizar de manera sistematizada una modalidad de intervención fundada en la investigación científica. También se revisaron los conceptos de mejoría o significancia estadística y su relación con los índices de hallazgos en el contexto de la utilización de procedimiento de evaluaciones formales con el objeto de realizar generalizaciones a la población base fuera de la muestra seleccionada.

En la presente sección, la introducción, el lector puede anticipar el resto del contenido del trabajo. Cierta repetición utilizada en las diferentes secciones, es inevitable en los estudios de investigación. Repetición que aquí fue motivada simplemente para ayudar al lector a recordar cierta información de utilidad cuando el mismo se encuentra

inmerso en la lectura y evitando así la incomodidad de volver hacia atrás por información relevante.

Luego de la introducción el lector se encontrará una ampliación del problema, las preguntas de investigación que guían el proceso, la hipótesis como respuesta esperada dentro del marco de la indagación clínica y los objetivos que articulan el proceso, especialmente reduciendo el campo de información relevante y filtrando el contenido de manera sistemática hasta alcanzar el punto de saturación teórica descrita por algunos autores. Este proceso permite formular respuestas para las preguntas de investigación, testear la hipótesis en busca de validación, discutir los hallazgos a la luz de otras investigaciones y finalmente alcanzar los objetivos planteados.

Si bien formalidades relacionadas al proceso de investigación científica limitan ciertos aspectos relacionados al marco teórico, seis elementos claves fueron seleccionados y revisados (véase fig.1, pag 20) para formar el modelo teórico que utilizamos en el presente trabajo. Este marco teórico facilita la comprensión de ciertos factores intervinientes cuando pacientes con trastornos psiquiátricos (en este caso pacientes con diagnóstico de esquizofrenia) son tratados en terapia ocupacional utilizando paseos terapéuticos a la comunidad. Estos seis elementos constituyeron los pilares para el desarrollo y la organización de nuestro trabajo de investigación como fueron propuestos en nuestro plan de tesis y son a saber :

(1) una perspectiva histórica que nos proporciona información acerca de los fundamentos teóricos de nuestra profesión en la intervención psico-social basada en la comunidad,

- (2) una formulación teórica que explica la relación entre ocupación y salud,
- (3) información clínica relacionada al diagnóstico y clínica del diagnóstico de esquizofrenia,
- (4) una formulación descriptiva acerca de los paseos terapéuticos a la comunidad y como son entendidos en el presente trabajo de investigación.
- (5) una conceptualización acerca de grupo y trabajo grupal en terapia ocupacional.
- (6) una formulación teórica relacionada a los aspectos ambientales en terapia ocupacional.

Estos aspectos que se encuentran en la tercera sección del presente trabajo, contribuyen a la información necesaria para articular aspectos teóricos con intervenciones en el plano de la práctica profesional.

Los aspectos metodológicos relacionados a como los procedimientos de evaluación e intervención fueron utilizados en el presente diseño de investigación mas los resultados obtenidos, constituyen la cuarta sección de este trabajo. Como así también conclusiones en relación a los hallazgos y su correlación con investigaciones anteriores. Finalmente una lista con referencias consultadas, como también la bibliografía, que extiende algunos de los construct teórico-prácticos que se incluyen en este estudio, los que son enumerados al final del trabajo. Constituyendo un elemento para el lector

interesado en aspectos relacionados a la evaluación, tratamiento y mejoría de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, cuando los paseos a la comunidad se emplean como una modalidad de tratamiento.

## **SECCIÓN II**

### **2 El problema de investigación**

Actualmente, terapeutas ocupacionales que trabajan en instituciones las que ofrecen servicios a pacientes psiquiátricos, se involucran diariamente en la evaluación y tratamiento con el incremento en la calidad de vida favoreciendo la independencia en actividades comunitarias como áreas de primordial interés. Sin embargo y como consecuencia del aumento en la población de pacientes que concurren a terapia ocupacional, la escasez de personal y la reducción general de los presupuestos destinados a servicios en salud mental, los terapeutas ocupacionales se enfrentan diariamente con un problema recurrente. Éste puede enunciarse fácilmente como: terapeutas ocupacionales en la práctica de salud mental se enfrentan con una marcada dificultad para documentar la eficacia en el tratamiento del paciente con trastornos psiquiátricos.

Dos factores motivan la antes mencionada problemática: (a) la falta de instrumentos de medición destinado a señalar claramente el progreso que el paciente con diagnóstico de esquizofrenia realiza en el tratamiento de terapia ocupacional y (b) la necesidad de una rápida comprensión por los otros profesionales del área de salud mental, sobre los puntos de desarrollo en nuestro quehacer.

Las intervenciones de terapia ocupacional con pacientes diagnosticados como esquizofrénicos, revisten varias modalidades que incluyen la evaluación y el tratamiento en las áreas de automantenimiento, productividad y esparcimiento. Subyacente al tratamiento de terapia ocupacional, es la suposición teórica por medio de la cual el

paciente en el contexto de terapia ocupacional ,es capaz de influenciar el estado de su propia salud por medio de su participación en actividades o tareas planificadas para tal fin.

Los paseos terapéuticos forman parte de los servicios de terapia ocupacional en ambas instituciones en las que se llevó a cabo el presente estudio. Aunque a lo largo del tiempo las terapistas ocupacionales, han realizado numerosos paseos terapéuticos a la comunidad y observado sus valiosos efectos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, la falta de literatura científica que documente eficacia a este respecto es prácticamente inexistente.

Como primer paso, necesitamos una definición de paseos terapéuticos a la comunidad que permita delimitar el alcance que este término tiene en el presente trabajo y como modo de esclarecer el rol de los mismo como una modalidad de tratamiento en nuestra disciplina. Para el propósito de esta investigación, paseos terapéuticos es "la posibilidad de participar fuera de la casa de los lugares de recreación los que pueden ser de tipo formales, que existen sólo con ese propósito (cine, clubes, restaurantes, museos ) o los informales que sirven para varios propósitos. Son parte en este caso del tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, intentándose medir su grado de eficacia al ser implementados en terapia ocupacional. En ambas instancias se respetan las reglas (implícitas o explícitas) y son los intereses los que reúnen a las personas, siendo las culturas las que difieren en el uso de lugares formales o informales" (Varela & Manghi, 1996).

Definidos los paseos terapéuticos y entendiéndose los mismos como una modalidad en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que compusieron la muestra del presente estudio, podemos enunciar algunas preguntas específicas así como también la hipótesis que guiaron la elaboración del presente trabajo de investigación.

¿Existe, mediante la instrumentación de paseos terapéuticos en terapia ocupacional algún índice de mejoría medible en algún nivel en el comportamiento general, interpersonal y de tareas en una muestra seleccionada de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

¿Existe, mediante la instrumentación de paseos terapéuticos en terapia ocupacional algún índice de mejoría medible en algún nivel en los componentes de las áreas del *comportamiento general* (específicamente en la apariencia, comportamiento no productivo, nivel de actividad, expresión, responsabilidad, puntualidad, orientación hacia la realidad); *comportamiento interpersonal* (específicamente en la independencia, cooperación, afirmación de sí mismo, sociabilidad, comportamiento para conseguir atención y respuestas negativas de otras personas); *comportamiento de tareas* (específicamente en el compromiso, concentración, coordinación, seguir directivas, orden de la actividad, atención a los detalles, solución de problemas, complejidad y organización de la tarea, aprendizaje inicial, interés en la actividad, interés en la culminación, toma de decisiones y tolerancia a la frustración)?

Delimitado el problema de investigación, a través de las preguntas que nos sirvieron de guía para la formulación de constructos teóricos y que permitieron formular, reformular la teoría y su relación con la práctica de terapia ocupacional .



## **3 Objetivos**

### **3.1 A largo Plazo**

- ◇ Mejorar la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, mediante la implementación de los recursos disponibles en la disciplina de terapia ocupacional.
- ◇ Mejorar el desempeño ocupacional en una muestra (representativa de la población o universo de estudio) específicamente en relación a las áreas de medición que establecen las variables dependientes (1- Comportamiento General ;2- Comportamiento Interpersonal; 3- Comportamiento de Tareas) y su incidencia en la inserción social del paciente.

### **3.2 A corto Plazo**

- ◇ Obtener información cuantitativa y cualitativa de como mejoran las variables dependientes que se incluyen en la evaluación estandarizada de terapia ocupacional.

## **4 Hipótesis**

Una vez delimitadas las preguntas o interrogantes que motivaron la investigación se trato de esclarecer una hipótesis, a saber

Pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia (realizado por un médico psiquiatra, siguiendo los criterios diagnósticos del D.S.M. IV) se favorecen (habrá una estadística significativa con indicadores cuanti y cualitativos) en el desempeño ocupacional en las áreas de comportamiento general, interpersonal, de tareas y en sus respectivos componentes, al participar en paseos terapéuticos programados periódicamente coordinados por un terapeuta ocupacional y un auxiliar de terapia ocupacional, medidos por la Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale by Brayman, S. J. ; Kirby, T. F. ; Misenheimer, A. M. and Short, M. J.

A continuación se detallan algunos términos claves que se mencionan en la hipótesis de investigación y que es necesario delimitar en relación al contexto del estudio que tuvo lugar en las instituciones psiquiátricas que se mencionaron con anterioridad.

## **4.1 Esquizofrenia**

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) la sitúa entre una de las patologías más frecuentes, junto al trastorno bipolar, atendido en la práctica psiquiátrica de terapia ocupacional.

El concepto de esquizofrenia será ampliado en mas detalle como parte del modelo teórico que fue utilizado en la investigación, es decir según los criterios del DSM IV (APA,1994) y de Reed, una terapeuta ocupacional pionera en la disciplina, ambos manuales de clasificación de los trastornos mentales son utilizados en el mundo y en nuestro país. La fuente referencial cobra vigor pues los autores internacionales que

investigan en terapia ocupacional los utilizan como basamento para el desarrollo de sus postulados teóricos. “El problema con la organización teórica es que no proporciona una transición automática para la práctica. La aplicación y práctica requieren más que la organización de suposiciones y conceptos...” (Reed, 1984). De este modo el estudio se propone que todas las suposiciones puedan medirse en algún nivel y por lo anterior utilizar un instrumento de evaluación estandarizado.

## **4.2 La muestra**

La muestra se compone de veinte pacientes (N= 20) con diagnóstico de esquizofrenia entre 30 y 45 años de edad en condición crónica, realizado por el médico psiquiatra, de los Hospitales Municipales Neuropsiquiátricos T. Borda y A. Moyano, de los cuales diez son del sexo masculino y el resto de sexo femenino. Aspectos relativos a la muestra son tratados en mayor detalle en la sección relativa a los aspectos metodológicos de la investigación.

## **4.3 Criterio de selección y asignación**

Los pacientes pertenecen a dos instituciones, los criterios de inclusión fueron: diagnóstico, edad, sexo y voluntarios para desempeñar un estudio de 1 año de duración, determinada la población (50 pacientes) de cada institución se confeccionó una tabla de números random para seleccionar 10 pacientes de cada institución (n= 20) que

constituyen la muestra actual y se utilizó la misma para seleccionar dos grupos de 5 personas.

#### **4.4 Favorecen**

Este término utilizado en la hipótesis se refiere operacionalmente, entendiéndose por definición operacional “a un fenómeno que es concreto, observable y medible en algún nivel” (Payton, O. 1994); es decir se refiere específicamente a un cambio del comportamiento del paciente que compone la muestra, observable en una situación o ámbito particular (paseo terapéutico) y medible en algún nivel “escala de 0 a 4 representando grados que van desde comportamiento sin dificultad a comportamiento con severa dificultad ” Brayman, S.J. et al. (1976) (ver sección instrumento de evaluación).

Esta medición tiene lugar en la evaluación inicial (comienzo del estudio) de terapia ocupacional y bimensual para detectar los cambios ocurridos. Se sabe como lo establece Martijena (1995) “En un estado saludable el individuo es capaz de adaptar y ejecutar los aspectos satisfactorios de su vida, de funcionar adecuadamente con los roles elegidos. Cuando existe un desequilibrio tanto en la adaptación como en la ejecución de esos roles, se hace necesaria la intervención del terapeuta ocupacional para la detección de la disfunción a fin de determinar las metas a seguir en el tratamiento.” “...la evaluación es un proceso de recolección de datos e información para determinar el nivel funcional del paciente y determinar su capacidad funcional” Así la evaluación tuvo lugar en las dos

fases mas importantes de las investigaciones dentro de las profesiones de la salud: las fases pre y post-test.

#### **4. 5 Comportamiento general,**

#### **4. 6 Comportamiento interpersonal,**

#### **4. 7 Comportamiento de tareas**

Estos términos se definen operacionalmente en la sección destinada al desarrollo del instrumento utilizado para la medición del cambio en las variables de la investigación.

#### **4. 8 Paseos terapéuticos**

Se denomina Paseos Terapéuticos a la posibilidad de participar fuera de la casa de los lugares de recreación los que pueden ser de tipo formales, que existen sólo con ese propósito (cine, clubes, restaurantes, museos ) o los informales que sirvan para varios propósitos. Son parte en este caso del tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, intentándose medir su grado de eficacia al ser implementados en terapia ocupacional. En ambas instancias se respetan las reglas (implícitas o explícitas) y son los

intereses los que reúnen a las personas, siendo las culturas las que difieren en el uso de lugares formales o informales (Varela & Manghi, 1996).

## **4.9 Desempeño ocupacional**

Se entiende por desempeño ocupacional el nivel de destrezas que permiten satisfacer las demandas tanto internas como externas. Nivel de destrezas que incluyen los movimientos y percepciones necesarios para actuar, como así también la toma de decisiones y la resolución de problemas por medio de acciones organizadas hacia el logro de un propósito dentro de condiciones ambientales variables. “...Puede entenderse desempeño como la capacidad a través del ciclo vital, para mantener el mismo en una manera independiente, satisfacer las necesidades personales de gratificación intrínsecas de sí mismo contribuyendo a las necesidades de bienestar de los otros” (Fidler, 1978)

Sobre la base de mediciones post-test, se realizaron los exámenes de la muestra y se concluyó en objetivos que delimitaron el campo de acción en lo referente a los alcances que debía tener el estudio.

A continuación se procede a explorar el marco teórico. El mismo actúa como un eje que permite no solo organizar sistemáticamente el pensamiento en que nos posicionamos como autores del presente trabajo, la literatura de investigación en terapia ocupacional y sus hallazgos clínicos, sino que también articula la singularidad de los servicios que nuestra disciplina presta a sus pacientes y que la distingue de las demás profesiones de la salud.

## **SECCION III**

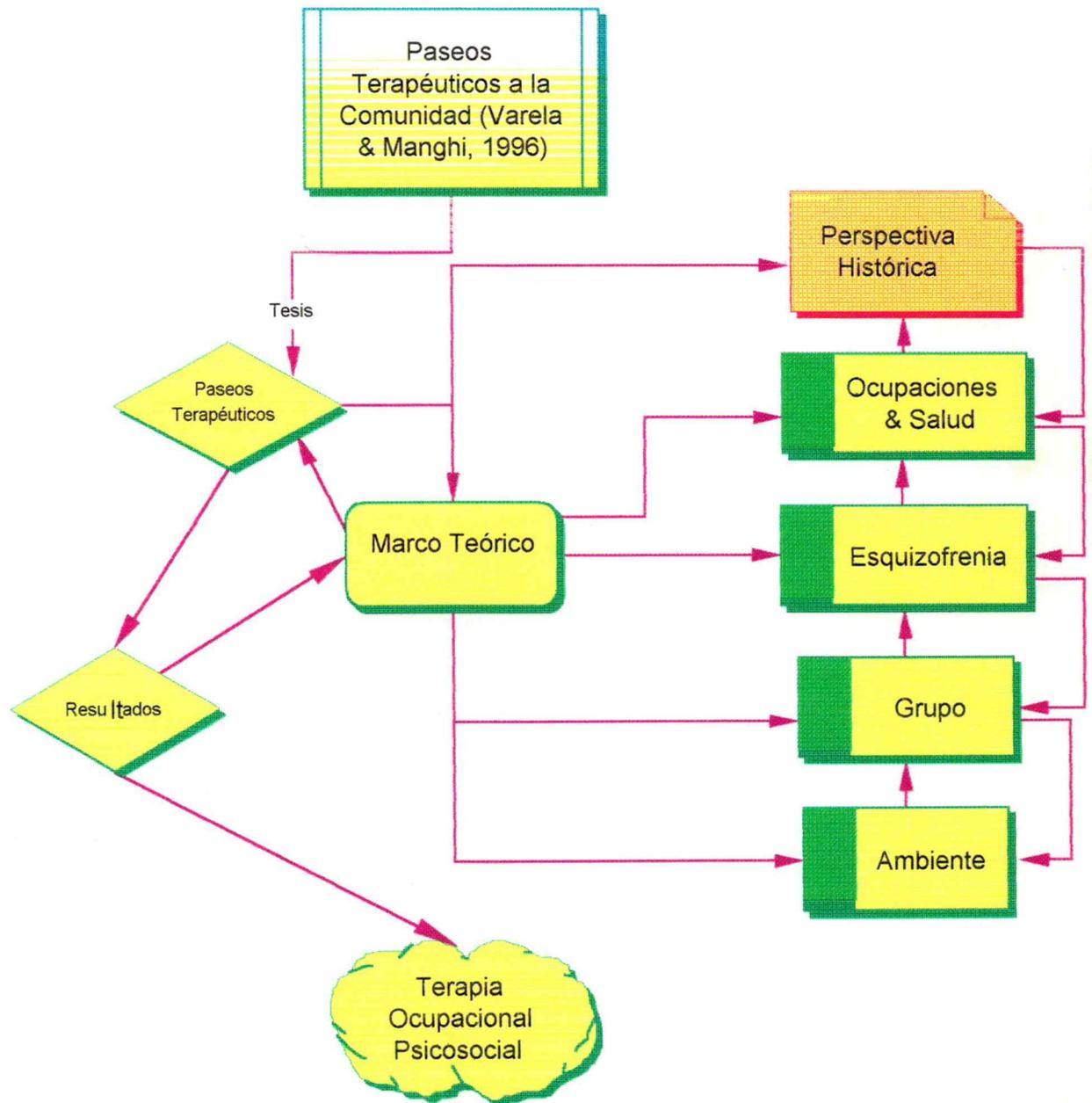
### **5 Marco teórico**

#### **5. 1 Perspectiva histórica**

Comprender la historia de nuestra profesión, como se refleja en cada historia personal, nos ayuda a esclarecer de donde venimos y porque valoramos lo que hacemos y nos ayuda a apreciar nuestra trayectoria en las relaciones con la sociedad más amplia. Muchos de los siguientes conceptos han sido considerados en diferentes tratados teóricos de terapia ocupacional, especialmente los referidos al tratamiento de pacientes psiquiátricos o con problemas psicosociales. Sin embargo muchos otros han sido reformulados por los autores por la simple razón referida a variabilidad de los contextos ambientales y por la singularidad que cada paciente presenta a su terapeuta.

A lo largo de la historia de terapia ocupacional, desde la perspectiva de la psiquiatría o desde los sistemas de salud mental, la profesión ha sido influenciada por la filosofía del humanismo. Desde las primeras publicaciones hasta la actualidad, la filosofía humanista se reconoce directamente o su influencia es evidente en el modo en que se describe al paciente, en la importancia dada a la relación terapéutica, las contribuciones del paciente a los resultados de la terapia y en la descripción del tipo de estrategias de intervención para incrementar la calidad de vida del paciente.

En las postrimerías de la década del 40 y a lo largo de la década del 50 la profesión de terapia ocupacional desarrolló abordajes científicos y se preocupó por la ampliación de los servicios para otras poblaciones de pacientes. Algunas consideraciones de este



movimiento negaron el humanismo y un movimiento se alejó de los fundamentos

filosóficos de la profesión. Alternativamente esta tendencia fue considerada teóricamente como una expansión de la teoría y la práctica para incluir principios de la ciencia y el humanismo en un enfoque holístico o biopsicosocial.

La terapia ocupacional psiquiátrica durante los años 50, desde la inclusión de principios psicodinámicos y de la psicología interpersonal, modificó profundamente su rol en la práctica. La incorporación de información proveniente de la psiquiatría y psicología ampliaron la comprensión de la relación terapéutica y fortalecieron nuestro entendimiento vinculado al significado de las actividades para los pacientes. Como resultado de los hallazgos de la psicología interpersonal, los terapeutas ocupacionales han aumentado su sensibilidad hacia la comunicación no verbal y su potencial para incrementar el entendimiento y la conciencia de como la comunicación interpersonal y social puede influenciar y beneficiar el proceso de tratamiento.

Terapia ocupacional en la comunidad, a partir de 1960 incrementó el apoyo de la comunidad y terapia ocupacional comenzó a desarrollar programas de rehabilitación vocacional para paciente psiquiátricos. Esto promovió la evaluación, la programación prevocacional y condujo al paciente a emplearse en diferentes ámbitos de tratamiento. El empleo de pacientes en el ámbito de tratamiento se fortaleció por el desarrollo de talleres protegidos, por medio de acuerdos contractuales entre salud mental y la comunidad ( Bruce & Borg, 1993).

El área psicosocial de terapia ocupacional generalmente se interesa en dos grupos, a saber; (a) las destrezas de la vida diaria, emocionales/psicológicas generales y (b) los componentes psicosociales del tratamiento (AOTA, 1989). Según Mayer (1986) “El

primer aspecto involucra las destrezas y el desempeño para el desarrollo del propio autoconcepto/autoidentidad, mecanismos para enfrentarse con situaciones vitales, la participación en la propia organización y en el ambiente de la comunidad. El autoconcepto/autoidentidad se refiere a la imagen cognitiva del propio yo funcional”.

Sus principales componentes son los siguientes:

1. Una clara percepción de las propias necesidades, sentimientos, conflictos, valores, creencias, expectativas y sexualidad.
2. Una percepción realista de las características anteriores, pero percibidas en las otras personas.
3. Conocimiento de las propias capacidades y limitaciones para el desempeño.
4. Un sentido de competencia, logro, autoestima y autorespeto.
5. Integración de nuevas experiencias con el autoconcepto/autoidentidad establecido.
6. Un sentido de seguridad psicológica.
7. Una percepción de las propias metas.

El segundo aspecto, “enfrentarse con situaciones vitales son destrezas y el desempeño para afrontar los problemas y cambiarlos de una manera que sea funcional para si mismo y para otras personas” (Mayer, 1986). Incluidos en este componente se encuentran elementos como:

1. Establecimiento de metas y selección de actividades de la vida diaria armonizantes

para promover el óptimo desempeño.

2. Evaluación de las metas y percepciones en relación a la realidad.
3. Percepción de los cambios y la necesidad de cambiar en si mismo y el ambiente.
4. Dirección y focalización de la energía para superar problemas.
5. Realización, instrumentación y seguimiento de las propias decisiones.
6. Asumir la responsabilidad de si mismo y las consecuencias de las propias acciones.
7. Interacción con otras personas en diadas y grupos.

La participación en la comunidad se relaciona con las destrezas y el desempeño dentro del propio sistema social (Mayer, 1986; AOTA, 1989). Sus elementos principales son los siguientes:

1. La comprensión de las normas sociales y su impacto sobre la sociedad.
2. Planificación, organización y ejecución de las actividades de la vida diaria en relación con la sociedad, tales como la realización de presupuesto, arreglo de la casa, planificación nutricional, evaluación y utilización de los recursos de la comunidad.
3. Reconocer y responder a las necesidades de la familia, los grupos y unidades sociales complejas.
4. Comprensión y respuesta a la organización y expectativas de roles comunitarios como receptor y contribuyente.

Los componentes psicosociales del tratamiento según Mayer (1986) “incluyen las destrezas y el desempeño en el manejo de si mismo, la interacción diádica y la interacción grupal. El primer aspecto son las destrezas y el desempeño para la expresión y el control de la propia persona. La autoexpresión es una destreza y el desempeño para percibir los propios sentimientos, interpretar y utilizar una variedad de signos y símbolos de la comunicación”. Esto incluye pero no se limita a lo siguiente:

- a. Experimentar y reconocer una variedad de emociones.
- b. Poseer un vocabulario adecuado, destrezas para la escritura y el habla.
- c. Interpretar y utilizar correctamente una variedad de signos y símbolos no verbales.

El autocontrol (Mayer, 1986) “es una destreza y el desempeño para modular y modificar los comportamientos presentes y para iniciar nuevos comportamientos de acuerdo a demandas situacionales. El autocontrol abarca algunos de los siguientes elementos:

- a. Observar el comportamiento propio y de otras personas.
- b. Conceptualizar los problemas en términos de la necesidad de cambiar el comportamiento o la acción.
- c. Imitar nuevos comportamientos y
- d. Dirigir y focalizar la energía en actividades y comportamientos que se relacionen a la motivación y los intereses”.

La interacción diádica representa las destrezas y el desempeño que se relacionan con otra persona, consistiendo en: 1) la comprensión de las normas socioculturales de comunicación y la interacción en varias actividades y situaciones sociales. 2) establecimiento de límites para si mismo y para la otra persona. 3) compromiso y negociación. 4) manejo de la competitividad, frustración, ansiedad, éxito y fracaso. 5)

cooperar, competir con otra persona. 6) responsabilidad que se apoya en si mismo y en otra persona.

La interacción grupal abarca las destrezas que se relacionan a más de dos personas e incluye elementos como: 1) conocer y desempeñar una variedad de tareas dentro de comportamientos en roles sociales y emocionales. 2) comprensión de los estadios comunes del proceso grupal. 3) participación en grupos de manera que sea mutuamente beneficioso para si mismo y para otras personas (Mayer, 1986; AOTA, 1989).

En la práctica de salud mental, los terapeutas ocupacionales buscan desarrollar servicios de terapia ocupacional mediante programas de tratamiento diario, para la vida en comunidades de residencia o centros de transición y para planificar programas de prevención. El rol de los terapeutas ocupacionales ha evolucionado para incluir al educador y consultor. Las responsabilidades y excelencia que el terapeuta ocupacional ofrece en estos nuevos roles le permite considerarse como par con otros profesionales del equipo de tratamiento y no como un auxiliar del psiquiatra. La ampliación de los roles del terapeuta ocupacional al incluir la educación del paciente y la prevención influyen los fundamentos filosóficos de la práctica. Algunos conceptos fueron renovados y nuevas ideas fueron incorporadas para formar conceptos de salud y enfoques de tratamiento que se esfuerzan en utilizar la salud o aptitud del paciente, resolver problemas psicosociales, tratar síntomas, promover la adaptación, proporcionar educación al paciente e incrementar la calidad de vida del mismo (Rodseth & Crouch 1996).

Quizá el pensamiento relacionado a los derechos del paciente llevó al movimiento de salud mental comunitaria a bregar por el crecimiento y desarrollo y una práctica diferente en el ámbito de salud mental, terapia ocupacional y psicología aplicada en general. El movimiento de salud mental comunitaria introdujo nueva terminología, amplió los ámbitos y las estrategias de tratamiento, surgieron nuevas responsabilidades para los profesionales, quienes lucharon por la conciencia pública relacionada a temas de salud mental y requirieron una respuesta empática del público general con el paciente “mental”. Estos cambios impulsaron políticas y procedimientos relacionadas a los derechos de los pacientes, responsabilidades legales de las instituciones y estandarizaciones de criterios para la asistencia y prestación de calidad relacionada al paciente.

A lo largo de la historia de terapia ocupacional, la expansión de la práctica no solo ha aumentado la proliferación de enfoques terapéuticos y realizado múltiples marcos de referencia sino que también ha conducido a una diversa utilización de la terminología y creado controversia. Existe una falta de consenso acerca del rol del terapeuta ocupacional, cuales son las cualidades únicas de terapia ocupacional y como la profesión puede unificarse mejor.

El impacto del movimiento de la salud mental comunitaria es evidente en publicaciones profesionales editadas a partir de 1960. Una de las primeras observaciones hechas en una revisión de la literatura de terapia ocupacional es un cambio en la terminología utilizada para definir la esfera de la práctica. Los primeros escritos se refieren a terapia ocupacional psiquiátrica, un término vinculado a la psiquiatría, una

especialidad médica. Los trabajos de los últimos 25 años han continuado reflejando su relación a la psiquiatría médica pero también han sugerido una ampliación del concepto de teoría en la utilización de los términos terapia ocupacional psicosocial y terapia ocupacional en salud mental (Bruce & Borg 1993).

Los temas referidos a la desinstitucionalización de los hospitales estatales y las limitaciones económicas produjeron un impacto importante en los sistemas de salud. El primer factor estimula a terapia ocupacional en modalidades sobre la base de la comunidad y el segundo a reducir el período de hospitalización.

“El terapeuta ocupacional, como otro profesional del equipo, está siendo forzado a demostrar y documentar la efectividad de la intervención y la disminución de costos” (Brayman, Kirby, Misenheimer y Short, 1976).

La realidad es que muchos individuos sufren de problemas psiquiátricos crónicos o recurrentes, obligando a mantener el tratamiento de internación lo más breve posible y empujando a terapia ocupacional a esforzarse por obtener, como parte del perfil profesional, las destrezas funcionales que permitan incrementar las habilidades de estas personas para cuidarse por si mismos.

Los argumentos anteriormente enumerados forman un primer aspecto del marco teórico de este trabajo. La historia de terapia ocupacional en la Argentina y el mundo revela una importante área de especialidad: La terapia ocupacional psicosocial, basada en el abordaje comunitario y el humanismo como eje central que influye la calidad de la relación terapéutica, la consideración del paciente durante la prestación de servicios y una actitud que beneficia en general al paciente "mental." Como aspecto articulador, la

terapia ocupacional psicosocial incluye aspectos de educación, promoción, prevención de la salud y los comportamientos ocupacionales.

El próximo paso es examinar una de nuestras premisas básicas: el concepto de ocupación y su relación con la salud del individuo.

## **5. 2 El concepto de actividades saludables: relación entre actividades y salud**

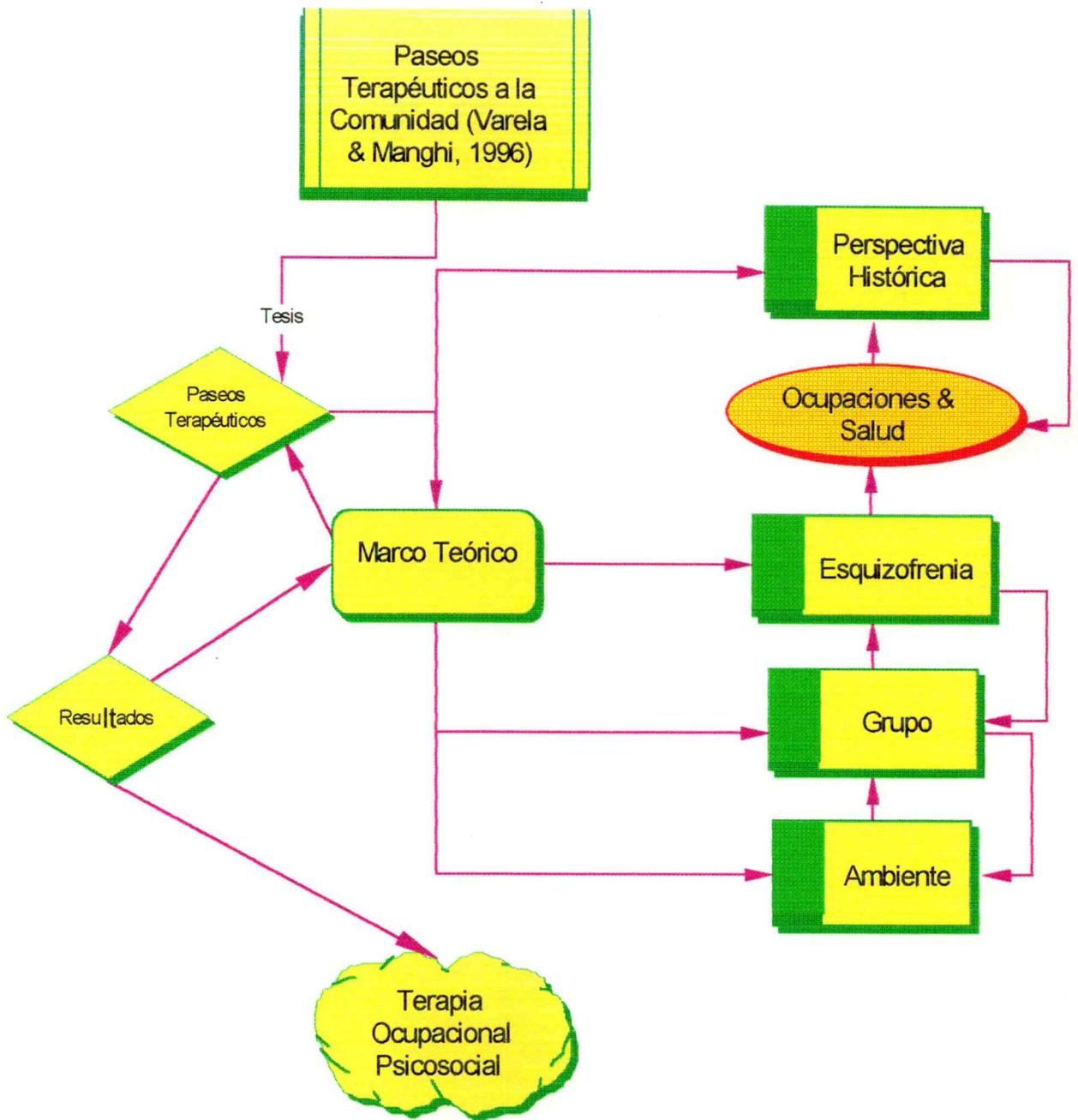
En el contexto de las actividades humanas, ponemos énfasis en la salud (y su correlato la función) .Las mismas están manifestadas por la habilidad del individuo para participar en actividades reguladas socio-culturalmente con satisfacción y comodidad. De este modo puede decirse que un individuo se encuentra en un estado de actividades saludables cuando es capaz de llevar a cabo las actividades diarias con satisfacción y comodidad de acuerdo a pautas aprobadas socio-culturalmente . Por lo tanto, las actividades no solo están expresadas por tareas (en patrones y configuraciones) sino que también se logran a través de las mismas. "El organismo humano, impelido a ser activo, crece y se desarrolla física, intelectual y emocionalmente mediante la participación en actividades y se socializa -por medio de actividades llevadas a cabo en patrones distintivos - para convertirse en un individuo que es capaz de obtener un estado de "*actividades saludables*" (Cynkin & Robinson, 1990).

Para existir, subsistir y coexistir cada individuo participa en un número considerable de actividades diferentes cada día, los patrones varían de una cultura a otra,

aunque es improbable que cualquier individuo en un estado ideal de actividades saludables esté satisfecho con las mismas actividades de un día a otro. Vamos a decir, sin embargo, que el número de actividades en si mismo no puede obtenerse como un índice de actividades saludables. Por lo anterior, los autores en terapia ocupacional introdujeron las nociones de equilibrio y contexto que nos permiten determinar diferentes categorías de actividades, si se realizan solas o con otras personas, en el hogar o fuera del mismo, gustos y preferencias, elegidas o impuestas. La determinación cuantitativa del equilibrio de las actividades es, en si misma, una noción de lo que se considera bueno socio-culturalmente, permitiendo agregar un criterio cualitativo, el sentido de equilibrio percibido por el individuo, que se relaciona con un sentido total de comodidad y satisfacción. La comodidad con las propias actividades se refiere a un sentimiento de ser capaz, en sentido amplio de tratar, a pesar de los problemas<sup>1</sup>. En el mismo sentido una sensación de satisfacción con los mismos patrones de actividades diarias se relaciona a un sentimiento total de bienestar, a pesar de periodos o áreas de insatisfacción, aburrimiento y/o desinterés ( White ,1971; Reilly ,1974; Kielhofner, 1985).

---

<sup>1</sup>Este concepto es similar al sentimiento de "mastery o competence" descrito por White en 1982, y que guió a conceptualizaciones relacionados a los niveles de función en el comportamiento ocupacional de Reilly, M. y al modelo de la ocupación humana de Kielhofner, G. & Burke, J. Para una explicación más detallada, el lector puede referirse a los textos originales Reilly, M. (1974); White, R.W. (1971) p.p. 271-272; Kielhofner, G. & Burke, J.P. (1985) p.p 63-75.



Teniendo en cuenta las connotaciones especiales de comodidad y satisfacción, podemos ahora ampliar el concepto de actividades saludables como sigue: *“ un estado de bienestar en el cual el individuo es capaz de llevar a cabo las actividades diarias con satisfacción y comodidad, en patrones y configuraciones, que reflejan normas*

*socioculturales y una variación idiosincrásica en el número, variedad, equilibrio y contexto de las actividades” (Cynkin & Robinson, 1990).*

Como fue mencionado con anterioridad, el solo número de actividades no puede ser considerado como un indicador adecuado de las actividades saludables. La determinación de la clase y la combinación de las mismas, en otras palabras, la variedad de las actividades encontradas en cualquier lista o enumeración, son el punto exacto para un estado de actividades saludables. Sin embargo, aún un número expresado en términos de variedad es siempre incompleto salvo que las actividades sean enumeradas y calificadas al mismo tiempo como apropiadas y equilibradas.

La transición del estudio de las actividades como fenómeno natural hacia la exploración del potencial terapéutico de las mismas, presenta un desafío a la educación continua del terapeuta ocupacional (Cynkin & Robinson, 1990). Numerosos estudios mencionan observaciones frecuentes de como los sujetos (terapeutas ocupacionales) introducen su aplicación clínica dirigiendo sus esfuerzos a la reducción de síntomas (Cynkin & Robinson, 1990). Para conceptualizar el desarrollo de una identidad profesional se debe enfatizar el rol de terapia ocupacional en términos de mejorar la calidad de vida del paciente más que simplemente en la disminución sintomática, objetivos que más adecuadamente son adoptados por otros profesionales de la salud. Las actividades y su utilización terapéutica deben estudiarse bajo el marco de *actividades saludables*, como se mencionó con anterioridad. Esto no significa tomar un enfoque exclusivo en relación a la patología sino más bien diseñar asignaciones de modo tal que el énfasis se coloque en el mantenimiento de la salud. Cuando se utiliza un enfoque relacionado a las actividades saludables, las condiciones clínicas se consideran dentro del contexto de una evaluación de los obstáculos que impiden el logro de actividades

saludables al individuo. Los métodos educativos deben seleccionarse de modo que promuevan la adquisición de destrezas que permitan al terapeuta ocupacional evaluar el estado de actividades saludables del individuo, planificar un tratamiento que se dirija a lograr un mayor grado de actividades saludables, implementar una planificación y evaluar la efectividad de las intervenciones desde una perspectiva de las actividades saludables.

### **5.3 Esquizofrenia**

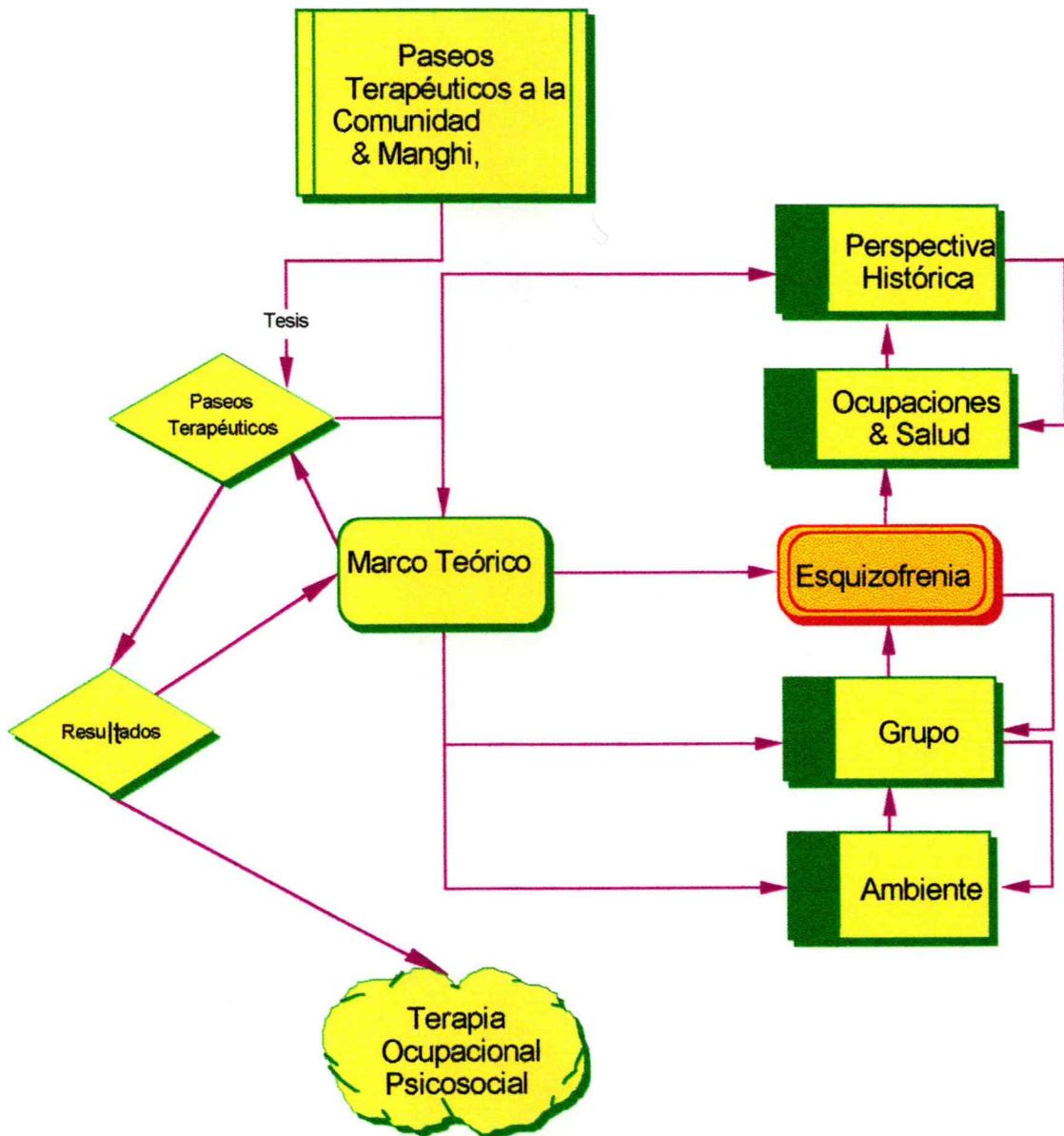
La esquizofrenia es un trastorno esencialmente del pensamiento y la percepción. Como tal, es un trastorno global que afecta cada aspecto del sentido de sí mismo de la persona.

Existen diferentes conceptos claves que nos ayudaron a organizar el pensamiento acerca de este complejo trastorno. El primer concepto de utilidad para la comprensión de la esquizofrenia fue que el tipo paranoide conlleva a un pronóstico más favorable que los tipos no paranoides de esquizofrenia (American Psychiatric Association APA, 1994). Quienes refieren que “es más probable que las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide reorganicen y recuperen las habilidades para el desempeño cognitivo y ocupacional después de un episodio psicótico, que las personas con tipos no-paranoides de esquizofrenia” (APA, 1994).

El segundo concepto clave fue la importancia de comprender los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. La última edición del DSM IV (APA, 1994) coloca un énfasis sostenido sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y los describe como la característica esencial del trastorno. Para realizar un diagnóstico de esquizofrenia, estas características positivas y negativas de los signos y síntomas deben *“haber estado presentes por una parte significativa de un periodo de 1 mes (o por un periodo de tiempo más corto si fue tratada exitosamente) con algunos signos del*

trastorno persistiendo al menos por seis meses. Estos signos y síntomas están asociados con marcada disfunción ocupacional o social”, DSM IV (APA, 1994).

“Los síntomas positivos son distorsiones de las funciones y percepciones normales e incluyen delusiones, alucinaciones, habla desorganizada y comportamiento Desorganizado”(Andreasen, 1987).



Las personas que exhiben síntomas positivos responden típicamente bien a las drogas neurolépticas, particularmente aquellas que actúan sobre los receptores dopaminérgicos D2, indicando que los síntomas positivos son el resultado de un desequilibrio químico en el cerebro” (Meltzer, 1990). La evidencia preliminar es muy interesante y se sabe que todos los medicamentos antipsicóticos que son efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia tienen en mayor o igual grado, un efecto bloqueante dopaminérgico.

Se conoce que la transmisión dopaminérgica interviene en áreas cerebrales que participan en la regulación de los niveles de excitación e intensidad de los estímulos, ingreso de los mismos, emoción, olfato, regulación de los impulsos, percepción visual suave y las expresiones comportamentales del hambre, la sed y sexuales (Hemphill, 1982). Existe considerable controversia en relación a los hallazgos de estos estudios, que probablemente obedezcan por la dificultad para replicar los mismos.

En contraste, los síntomas negativos representan pérdidas de las funciones normales e incluyen pobreza del habla; embotamiento del afecto emocional; abolición (pérdida de la voluntad, energía e impulso); anhedonia (pérdida de la habilidad para experimentar placer); y disminución de las destrezas interpersonales (Andreasen, 1987). Estos son los síntomas que impiden a las personas con diagnóstico de esquizofrenia una total participación en roles valorados y comprometerse en relaciones interpersonales significativas (Andreasen & Carpenter, 1993).

La tecnología de la neuroimagen ha proporcionado alguna evidencia de que los cambios en el cerebro parecen estar relacionados a los síntomas negativos. El tercer concepto clave es que la esquizofrenia es una enfermedad que abarcaría la función y estructura del cerebro (Bilder y otros, 1994). La tecnología de la neuroimagen ha identificado cambios estructurales y funcionales en tres regiones: la corteza frontal, el

lóbulo temporal y los ganglios basales (Gur & Saykin, 1990). Los resultados de múltiples estudios han mostrado disfunciones en el lóbulo frontal y en la corteza prefrontal, dorso-lateral (D.L.P.F.C.). El Cuadro N° 1 ejemplifica los síntomas y déficit funcionales en los trastornos o tipos más comunes de esquizofrenia.

En 1985, Gary Kielhofner, considera que las teorías que predominan con respecto a la enfermedad mental crónica se han centrado en diversos factores de estudio, por ejemplo una predisposición biológica genética (especialmente un desequilibrio en los neurotransmisores) y trato familiar disfuncional. Considera además que, debido a la complejidad del desorden, es probable que exista una combinación de factores etiológicos.

Cualquiera sea el motivo es evidente en la práctica clínica de terapia ocupacional el problema pronunciado que estas personas exhiben en diferentes áreas del comportamiento ocupacional. La internación como resultado de un episodio psicótico, si bien proporciona el tratamiento adecuado en términos biológicos, carece de los desafíos ocupacionales cotidianos que proporciona el ambiente no-hospitalario. Cambios en la estructura y función de las actividades que la persona realizaba previo a la internación, adaptación ambiental a las rutinas hospitalarias, cambios en la expresión mediada por el ejercicio de roles y la falta de oportunidades de involucrarse en actividades de esparcimiento normales son algunos de los factores externos que colocan a las personas con diagnóstico de esquizofrenia, en una situación particularmente difícil en el ámbito hospitalario. Considerando aspectos intrínsecos o internos la persona con diagnóstico de esquizofrenia se enfrenta a los síntomas típicos de la enfermedad y muchas veces a los efectos adversos producidos por la medicación psicotrópica, (Kielhofner, 1985).

A continuación se detallan los criterios diagnósticos que brindan al lector información relacionada al diagnóstico per se .

Trastorno	Síntomas	Déficits Funcionales
<p>“haber estado presentes por una parte significativa de un período de 1 mes (o por un período de tiempo más corto si fue tratada exitosamente) con algunos signos del trastorno persistiendo al menos por seis meses” (APA, 1994).</p>		
Esquizofrenia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delusiones</li> <li>2. Alucinaciones</li> <li>3. Habla desorganizada</li> <li>4. Comportamiento desorganizado</li> <li>5. Síntomas negativos</li> <li>6. Aplanamiento o inadecuación del afecto</li> <li>7. Deterioro episódico de la función</li> </ol>	Global con exacerbaciones y remisiones
A. Tipo catatónico	1. La catatonía es el síntoma más marcado	Global con exacerbaciones y remisiones
B. Desorganizado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síntomas anteriores más habla desorganizada</li> <li>2. Incoherencia o comportamiento severamente desorganizado.</li> <li>3. Aplanamiento del afecto.</li> </ol>	Global con exacerbaciones y remisiones

C. Paranoide	1. Preocupación con el sistema delusional y/o alucinaciones auditivas. 2. Ausencia o pérdida de asociaciones, aplanamiento o inadecuación del afecto.	Generalmente ADL/IADL menos deficientes Generalmente menor deficiencia motora
--------------	--	--

**Cuadro 1:** Bonder (1995), ), Psychopathology Ology & Function, traducido y adaptado por Varela y Manghi, Tesis Terapia Ocupacional y los Paseos Terapéuticos en la Comunidad, Mar del Plata, 2000.

### 5.3.1 Criterios diagnósticos

#### 5.3.1.1 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Esquizofrenia. <sup>2</sup>

A. *Síntomas característicos:* Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p.ej. incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

<sup>2</sup> Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable o rendimiento interpersonal, académico o laboral). Este es un aspecto de capital importancia para terapia ocupacional. Muchos de los trastornos encontrados durante el curso de la enfermedad tienen un correlato funcional expresado en la alteración de los patrones de actividades o tareas, el comportamiento ocupacional del paciente o una combinación de ambos.

C. *Duración* : Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si ha sido tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p.ej. creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo* : El trastorno esquizoafectivo y trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo* : Si hay historia del trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

### **5.3.1.2 Subtipos de esquizofrenia**

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación.

**5.3.1.2.1 Tipo paranoide.** El tipo paranoide es evidentemente diferente de otras esquizofrenias en relación al comportamiento catatónico, el afecto inapropiado, el comportamiento desorganizado y la pérdida de asociaciones que no están presentes. Las alucinaciones auditivas tienden a caer dentro del sentido de persecución. Son individuos que están dispuestos a discutir sus temores con todos. Este es el tipo menos probable de tener un componente genético (Perry & Braff, 1994) y tener un comienzo más tardío en la vida que los otros tipos de esquizofrenia. Típicamente estos individuos tienen un mejor funcionamiento premórbido social, marital e instrumental (Perry & Braff, 1994).

Es un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. “Preocupación por una o más ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada” (APA, 1994).

**5.3.1.2.2 Tipo desorganizado.** El tipo desorganizado está caracterizado por el aplanamiento o la inadecuación del afecto y la desorganización del comportamiento o

habla. Los individuos que son diagnosticados con este tipo de esquizofrenia generalmente están descuidados, desarreglados, caminan con un tipo de marcha que arrastra los pies y una postura pesada y pueden murmurar ininteligiblemente. Las conversaciones con tales individuos pueden ser incomprensibles o exclamar con gran temor acerca de voces que les dicen cosas terribles o figuras que se les aparecen. Tienden a ser letárgicos y tener dificultad para comprometerse en la actividad, u ocasionalmente, ser excesivamente activos pero sin comprometerse en ninguna actividad con propósito (APA, 1994).

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

- (1) lenguaje desorganizado
- (2) comportamiento desorganizado
- (3) afectividad aplanada o inapropiada.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

**5.3.1.2.3 Tipo catatónico.** En el DSM IV (APA, 1994) se identifican diferentes tipos de esquizofrenia con diferentes constelaciones de síntomas. La esquizofrenia catatónica está caracterizada por inmovilidad o excitación catatónica (excitación motora sin propósito y no afectada por estímulos externos), ecolalia o ecopraxia, negativismo a los estímulos externos que deberían estimular el movimiento, movimientos peculiares o mutismo. Los individuos con diagnóstico de esquizofrenia catatónica pueden sentarse rigidamente por horas sin moverse, a menudo en posiciones que parecen muy incómodas. Pueden no comer, hablar o no reconocer el ambiente durante estos períodos. Es el tipo

menos común, ocurriendo aproximadamente en el 10% de todos los casos (Bonder, 1995; Roa, 1981).

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) inmovilidad motora manifiesta por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor
- (2) actividad motora excesiva ( que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) negativismo extremos (resistencia aparente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
- (4) peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismo marcados o muecas llamativas
- (5) ecolalia o ecopraxia

**5.3.1.2.4 Tipo indiferenciado.** Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

**5.3.1.2.5 Tipo residual.** El tipo residual es diagnosticado cuando el individuo tiene síntomas psicóticos pero no satisface los criterios de otras formas de esquizofrenia. La esquizofrenia catatónica y no diferenciada pueden desarrollar con el tiempo el tipo residual (Perry & Braff, 1994) mientras que el tipo paranoide no.

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamientos catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p.ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

### **5.3.2 Clasificación del curso longitudinal de la esquizofrenia**

Pueden utilizarse las siguientes especificaciones para indicar las características del curso de los síntomas de la esquizofrenia a lo largo del tiempo.

**5.3.2.1 Episódico con síntomas residuales interepisódicos.** Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodios en los que se cumple el Criterio A para la esquizofrenia y en los que hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios. **Con síntomas negativos** acusados puede añadirse si hay síntomas negativos acusados durante estos periodos residuales.

**5.3.2.2 Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.** Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodios en los que se cumple el Criterio A para la esquizofrenia y en los que no hay síntomas residuales clínicamente significativos entre episodios.

**5.3.2.3 Continuo.** Esta especificación se aplica cuando los síntomas característicos del Criterio A se cumplen a lo largo de todo (o casi todo) el curso. Puede añadirse **con síntomas negativos acusados** si también hay síntomas negativos acusados.

**5.3.2.4 Episodio único en remisión parcial.** Esta especificación se aplica cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y han persistido síntomas residuales clínicos significativos. Puede añadirse **con síntomas negativos acusados** si estos síntomas residuales incluyen síntomas negativos acusados.

**5.3.2.5 Episodio único en remisión total.** Esta especificación se aplica cuando a habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y no quedan síntomas residuales clínicamente significativos.

**5.3.2.6 Otro patrón o no especificado.** Esta especificación se utiliza cuando hay otro patrón de curso o si es no especificado.

**5.3.2.7 Menos de 1 año desde el inicio de los síntomas de fase activa.**

### **5.3.3 Trastorno esquizofreniforme**

- A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.
- B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómicas, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como “provisional”).

*Especificar si:*

**Sin características de buen pronóstico**

**Con características de buen pronóstico:** indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

- (1) inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
- (2) confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
- (3) buena actividad social y laboral premórbida
- (4) ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivo.

### 5.3.4 Trastorno esquizoafectivo

- A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.<sup>3</sup>
- B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.
- C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la fase activa y residual de la enfermedad.
- D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso o un medicamento) o enfermedad médica.

*Codificación* basada en tipo:

- .0 **Tipo bipolar:** si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores).
- .1 **Tipo depresivo:** si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

Los trastornos del movimiento en la esquizofrenia y su relación con el tratamiento de terapia ocupacional han sido informados con anterioridad a la aplicación de drogas incluyendo manierismos estereotipados, hipo e hiperkinesia los que se pueden observar en todas las edades y en pacientes institucionalizados de menos de un año. Existe evidencia de movimientos anormales en la actividad refleja espinal y pobre desempeño en las tareas de coordinación neuromuscular. Los movimientos normales también, abarcan movimientos oculares específicamente en la esquizofrenia. Estos incluyen seguimiento visual anormal, trastornos en la mirada fija, alteración de los promedios de parpadeo,

---

<sup>3</sup> El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

desviación ocular y fallas en la convergencia (Hemphill, 1988; Stevens, A. L. in Hemphill, 1988; Stevens, J. R. 1978).

Los trastornos del movimiento pueden acarrear efectos colaterales debido a toxicidad, hipersensibilidad y utilización a largo plazo de medicación neuroléptica. Las drogas inducen reacciones que pueden tomar la forma de reacciones distónicas o reacciones similares al parkinson (temblor, disquinesia tardía). Los trastornos del movimiento parecen ser afectados por la ansiedad de la persona, contactos interpersonales y contactos físicos con personas y objetos. Quizá el trastorno más frecuente sean las diskinesias en incidencia e irreversibilidad y son numerosos los trabajos que enumeran el rol del terapeuta ocupacional en relación con su documentación y evaluación. Generalmente los síntomas de aislamiento pueden seguir a un corte súbito en el dosaje de medicación en la forma de una diskinesia tardía llamada “diskinesia encubierta”.

Los beneficios del tratamiento mediante drogas ha sido variable. La importancia del intento por reconocer las diskinesias y la reducción en los dosajes de drogas cuando es posible, no puede ser desestimado en su participación para minimizar los riesgos de trastornos neurológicos permanentes (Hemphill, 1988; Crane, 1977).

Los aportes del modelo (Kielhofner, 1995) o marco de referencia (Mosey, 1986) nos resultan valiosos para terapia ocupacional en el ámbito psiquiátrico y mucha de la información esbozada con anterioridad, corresponde a evidencia de investigación de personas con diagnóstico de esquizofrenia en el ámbito de terapia ocupacional .

Habiendo revisado los conceptos relacionados al diagnóstico de esquizofrenia, sus signos y síntomas, los problemas funcionales expresados por pacientes y los estudios de investigación a este respecto en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, el problema de investigación se delimita.

En el contexto de las instituciones en las cuales se realizó el estudio de investigación y en algunas de las áreas centrales a nuestro modelo teórico, la terapia ocupacional psicosocial, se hacía evidente en la práctica cotidiana. Así frecuentemente en estos pacientes, se encontraban problemas en las áreas de las destrezas de la vida diaria, actividades esenciales para el desarrollo de la autoidentidad, los mecanismos para enfrentarse con situaciones vitales, la participación en la propia organización y en el ambiente de la comunidad.

Áreas problemáticas en la población de pacientes que atendemos incluyen las esferas mencionadas con anterioridad y son relativas al autoconcepto/autoidentidad a saber: (a) la clara percepción de las propias necesidades, sentimientos, conflictos, valores, creencias, expectativas y sexualidad; (b) una percepción realista de las características anteriores, pero percibidas en las otras personas; (c) el conocimiento de las propias capacidades y limitaciones para el desempeño; (d) un sentido de competencia, logro, autoestima y autorespeto; (e) Integración de nuevas experiencias con el autoconcepto/autoidentidad establecido; (f) un sentido de seguridad psicológica y (g) una percepción de las propias metas (AOTA, 1989; Mayer, 1986).

Otros aspectos disfuncionales incluyeron enfrentarse con situaciones vitales, es decir el dominio y la utilización de destrezas, el desempeño para afrontar los problemas y cambiarlos de una manera que sea funcional para sí mismo y para otras personas. Elementos tales como: (a) el establecimiento de metas y selección de actividades de la vida diaria armonizantes para promover el óptimo desempeño, (b) la evaluación de las metas y percepciones en relación a la realidad, (c) la percepción de los cambios y la necesidad de cambiar en sí mismo y el ambiente, (d) la dirección y focalización de la energía para superar problemas, (e) la realización, instrumentación y seguimiento de las propias decisiones, (f) el asumir la responsabilidad de sí mismo y las consecuencias de las propias acciones, (g) la interacción con otras personas en diadas y grupos

(AOTA,1989; Mayer ,1986), son algunos ejemplos.

Como modalidad de tratamiento, los paseos terapéuticos a la comunidad despertaron nuestro interés cuando fuimos capaces de documentar consistentemente cambios positivos en los comportamientos ocupacionales de los pacientes en las mencionadas áreas. El hallazgo ¿podría de algún modo correlacionarse a cambios en la función ocupacional como consecuencia de los paseos terapéuticos a la comunidad?. El diseño de investigación surgió como el mejor método disponible para encontrar respuestas concretas a nuestros interrogantes.

Una tercera área, y quizá la mas valiosa en la practica profesional, la participación en la comunidad, es un elemento muchas veces olvidado en la practica clínica diaria. El tratamiento específico se resume muchas veces en la participación de actividades realizadas dentro del departamento de terapia ocupacional. La participación en actividades comunitarias parece ser un objetivo inalcanzable, problemático. La imagen de un terapeuta ocupacional participando en actividades de esparcimiento en la comunidad, muchas veces desafía procedimientos y practicas institucionales. Sin embargo, los terapeutas ocupacionales observan aquí, los elementos que podrían beneficiar nuestra práctica, los cuales resultan extremadamente prometedores. Algunos elementos a considerar son: (a) la comprensión de las normas sociales y su impacto sobre la sociedad, (b) la planificación, organización y ejecución de las actividades de la vida diaria en relación con la sociedad, tales como la realización de presupuesto, arreglo de la casa, planificación nutricional, evaluación y utilización de los recursos de la comunidad, (c) el reconocimiento y respuesta a las necesidades de la familia, los grupos y unidades sociales complejas, (d) la comprensión y respuesta a la organización y expectativas de roles comunitarios como receptor y contribuyente (AOTA,1989; Mayer,1986), son solo algunos ejemplos.

Los aspectos mencionados anteriormente, forman los conceptos claves dentro de las modalidades de los paseos terapéuticos a la comunidad con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia porque ofrecen el contexto apropiado, proporcionando un aspecto altamente motivante en el que se involucran fácilmente y contribuyen personal y activamente en el mejoramiento de su propia calidad de vida.

Con una apreciación realista de como los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia interpretan su entorno y conociendo algunos de sus problemas particulares, podemos explorar mas en detalle los paseos terapéuticos a la comunidad.

## **5.4 Paseos a la comunidad**

Kielhofner (1985) establece, que la orientación hacia las tareas en los pabellones de los hospitales es un factor modificable que puede jugar un papel importante en lo que se refiere a los índices de recidivas. Los programas que tienen éxito al preparar a los pacientes para regresar a la sociedad tienen una importante orientación hacia la práctica y hacen hincapié en el orden, la organización y la participación del paciente en las tareas, de las cuales los paseos a la comunidad forman un aspecto irremplazable.

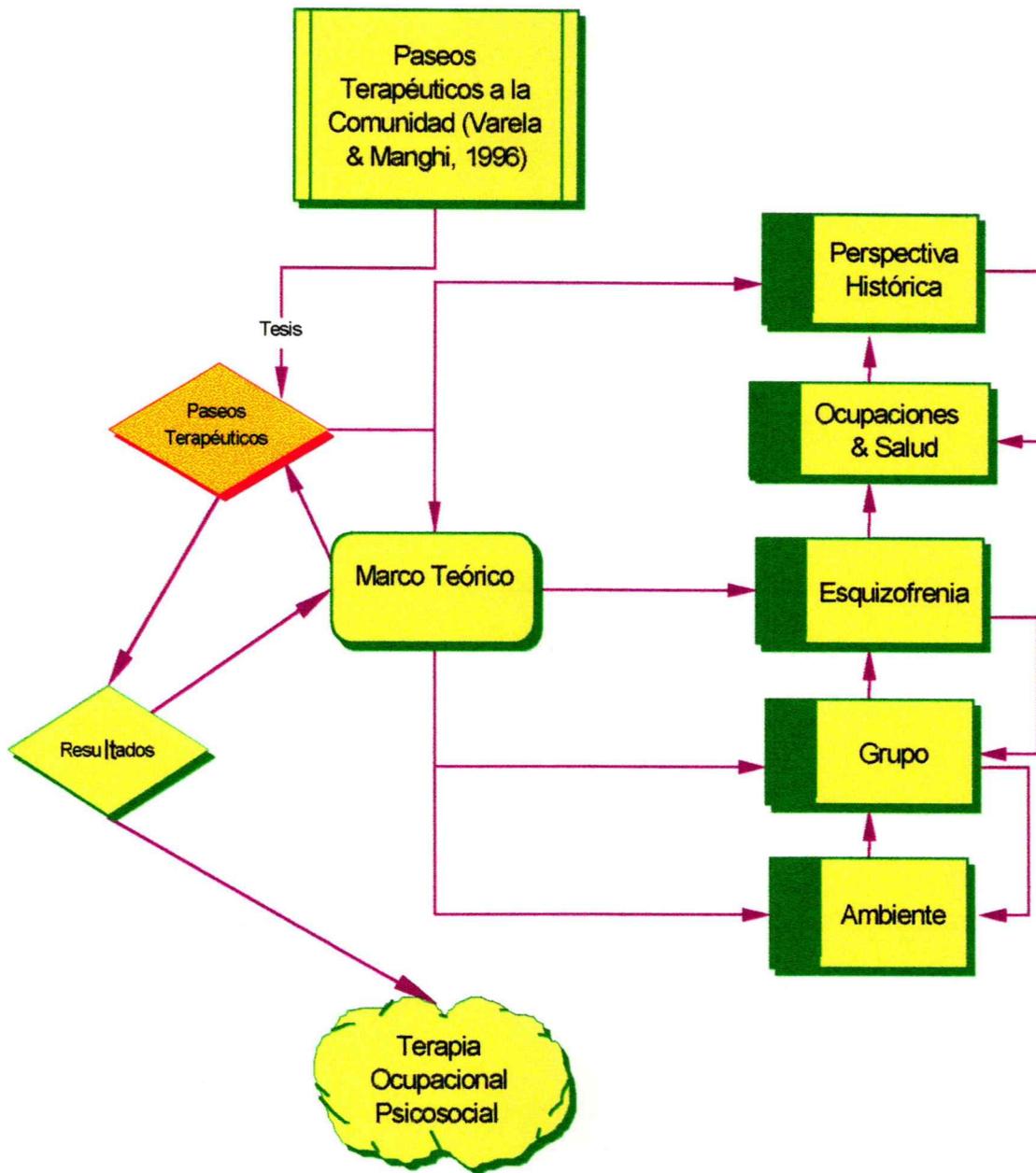
Abocadas a la tarea de llevar a cabo en dos hospitales Municipales, los paseos terapéuticos a la comunidad con pacientes crónicos, con diagnóstico de esquizofrenia, y considerando que las incapacidades en esta patología no son necesariamente constantes, sino que responden a los cambios del ambiente social, ya que dichos pacientes tienen una marcada tendencia a retirarse del ámbito social. Si no existe estímulo social, el retraimiento aumenta, junto con la pasividad, inercia y falta de iniciativa.

Por otro lado, si sobre el paciente actúa una gran cantidad de estímulos sociales, puede decaer y de nuevo desarrollar síntomas psicóticos floridos (Stone & Eldreds,

1959; Wing y col., 1964). Por esta razón se concluyó, que con tales pacientes, y quizá con todos los pacientes incapacitados, la rehabilitación debía emprenderse con una serie de pasos, donde las expectativas sociales fueran aumentando lentamente sin causar presión indebida en el paciente (Watts & Bennett, 1990).

Hemsley (1978) proporciona un análisis útil de los trastornos cognoscitivos crónicos en la esquizofrenia y de conductas de los que se puede pensar que son un intento de adaptación o de superación de tales trastornos. El mismo autor recalca que aquellos procedimientos operantes que se aplican a los pacientes, sin que se entiendan cuales son sus trastornos básicos, pueden fracasar o incluso hacer que los síntomas empeoren.

Refiriendo además, que “los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia dudan de su habilidad para utilizar el lenguaje, para mejorar las relaciones interpersonales. Ellos consideran el lenguaje compartido y las tareas, como vacías y sin significado. Como resultado, intentan fomentar la relación directa e inmediata, a través de las tareas”. A menudo estas conductas son inapropiadas para la situación.



En el tratamiento, los terapeutas ocupacionales utilizan los intereses para comprometer la atención del paciente. El objetivo terapéutico es alejar la atención del

paciente de los pensamientos no saludables tales como: la fascinación con la sintomatología psiquiátrica hacia preocupaciones saludables, tales como decidir acerca de los próximos paseos o grupos de discusión / tópicos relacionados a los paseos ya realizados.

Para las personas con dificultades psicosociales, el desempeño de una actividad de autocuidado como el baño, es solo significativa si el individuo está motivado para responder a normas socioculturales de higiene aceptables ,incluyendo la frecuencia, la capacidad de mantener una salud física a través de una higiene apropiada o el poder responder al feed-back de otras personas acerca de la práctica de una o de más actividades de la vida diaria ,por ej. la falta de rutina de un baño adecuado. También implica tener conciencia de la utilización de los elementos necesarios para realizar un baño exitoso y de manera segura. El individuo probablemente no tome un baño si tiene expectativas socioculturales indiferentes y feed-back negativo de otras personas, escasa autoestima para mantener su propia salud o falta de conciencia para utilizar los elementos en un ambiente particular. El hacer actual de una ocupación compromete el desempeño ocupacional. Del mismo modo, los paseos terapéuticos brindan la oportunidad de motivarse por las normas socioculturales de cada actividad / tarea involucrada en los mismos, incluyendo el deseo de participar con una frecuencia, responder al feed-back de otras personas y tener conciencia en la utilización del ambiente y todos sus componentes.

Al poder conceptualizar la planificación, organización, elección del ámbito, cristalización y desempeño de las variables enunciadas y medidas en la evaluación COTE, podemos arribar a conceptos relacionados a la disfunción en los paseos terapéuticos, como cualquier proceso mencionado con anterioridad, en los cuales el paciente necesita la asistencia del terapeuta ocupacional o de su auxiliar; o a la evaluación de las variables

de la mencionada prueba , con relación a un puntaje que se aproxime al nivel superior en una escala de 0 a 4. Los paseos a la comunidad forman parte de la vida ocupacional ,estos posibilitan a las personas concurrir a un número de lugares públicos, que sirven como recurso para una amplia variedad de necesidades. Estos lugares pueden incluir fuentes de información e inspiración tales como cine, exposiciones, museos, fábricas, shopping. Mientras otros pueden ser sitios que permitan estar solos y permanecer de ese modo.

Siguiendo el concepto de Oldenburg (1991), lugares como bares, cafeterías, restaurantes y cuya variable independiente son la familiaridad, la facilidad, la accesibilidad y la comodidad. Este concepto y los anteriores en los paseos terapéuticos, forman una parte importante de la vida y el desempeño ocupacional en lugares públicos informales, en los cuales un paciente puede sentirse renovado, escapar de las presiones de la vida, disfrutar de la compañía de compañeros y amigos y renovar su conexión con una comunidad más amplia (Kielhofner, 1995).

En el contexto de terapia ocupacional, un paseo terapéutico involucra aspectos relacionados a: a) autoconcepto b) enfrentarse con situaciones vitales c) participación en la comunidad, y d) los componentes psicosociales del tratamiento; teoría, técnica y método específico de terapia ocupacional y sobre la base de los modelos teóricos de la recapitulación de la ontogénesis (Mosey, 1968); terapia ocupacional psicosocial (Bruce & Borg, 1993); conceptos del modelo de la ocupación humana específicamente los relacionados a la motivación intrínseca y el manejo ambiental; y los conceptos de

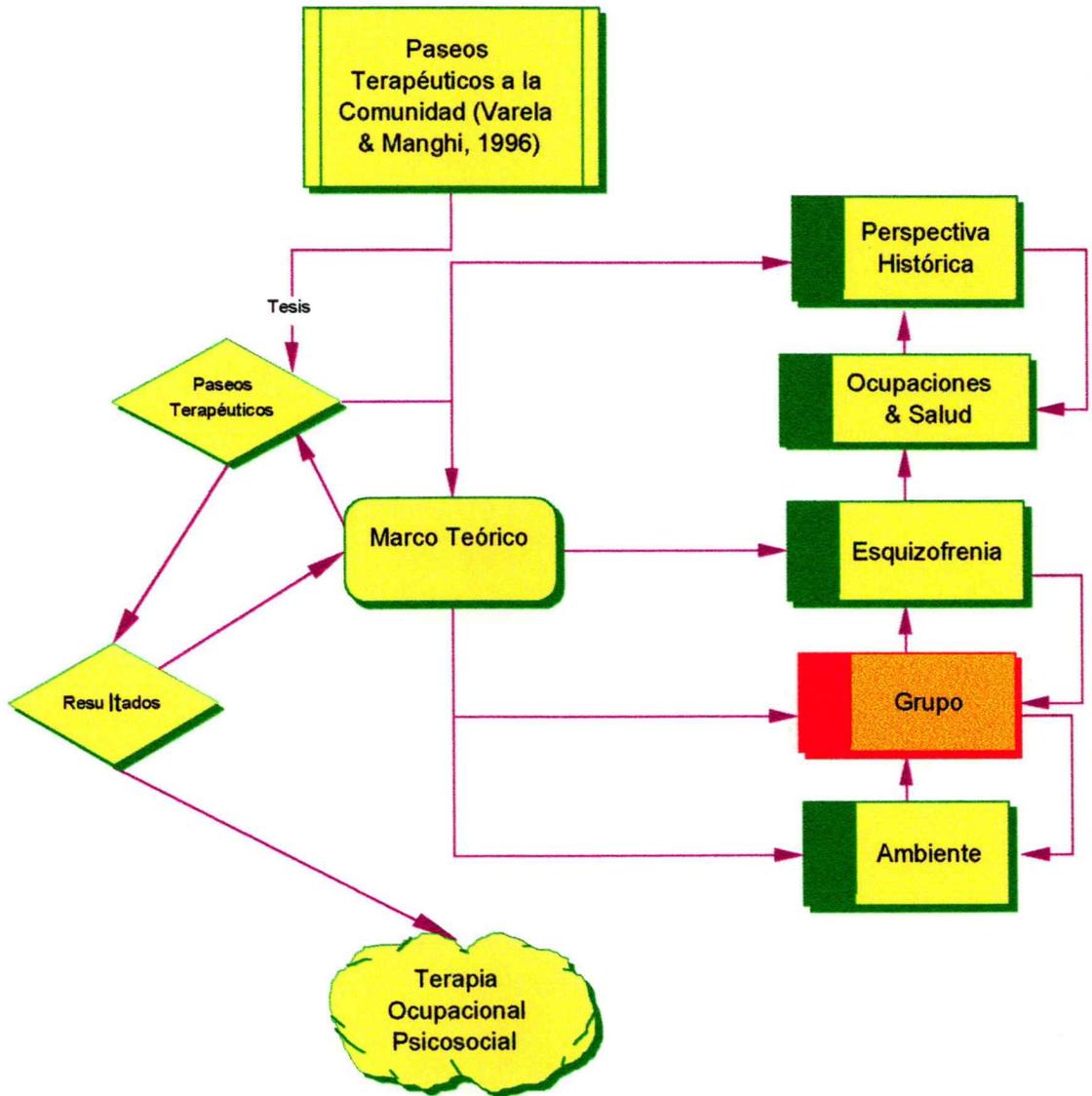
estados de actividades saludables de Cynkin & Robinson (1990) y el equilibrio entre trabajo, juego y descanso (competencia, exploración y logro) del modelo de comportamiento ocupacional de Mary Reilly (1974).

## 5.5 Grupo

Como conceptualización teórica dentro de la disciplina de terapia ocupacional, el modelo de trabajo grupal no ha sido tratado de manera suficiente en la literatura de nuestro país. Un estudio norteamericano que utilizó una muestra de terapeutas ocupacionales de diferentes partes del país (N= 120) informa que alrededor del 60% de los terapeutas ocupacionales emplean abordajes grupales como parte de su trabajo. Los motivos principales para no utilizar el modelo de trabajo grupal se relaciona principalmente a: (1) servicios de terapia ocupacional que solo se valen del abordaje individual [42%] y (2) poblaciones de pacientes que no son adecuadas para el tratamiento en terapia ocupacional basado en el modelo de trabajo grupal [36%] Duncombe & Howe, (1985). No sólo mencionan variables económicas para la utilización del modelo de trabajo grupal (efectividad de costos) sino también su poderosa influencia terapéutica en terapia ocupacional; y de principal relevancia para este trabajo resultó ser el hallazgo relacionado a que “Un porcentaje de comparación de la utilización de grupos por parte de las instituciones mostró que todos los encuestados que trabajaban en Hospitales Psiquiátricos y en Centros de Salud Mental de la comunidad utilizaban grupos”.

El concepto y uso de grupos de actividad se desarrolló a través de tres diferentes sistemas teóricos: el primero es el rol de las actividades con propósito, que involucra el desarrollo y mantenimiento de las destrezas para una participación exitosa en la comunidad.

El segundo elemento es el estudio de la dinámica de grupos pequeños (Cartwright, D. and Zander, A.,1968; Hars, A.; Borgatta, E. and Bales, R.,1965; Mills, T. M., 1967; Parsons,T. and Bales, R. F.,1955). El tercer sistema teórico se desarrolla de



la identificación de factores en pequeños grupos que pueden ser manipulados para producir un cambio positivo en los miembros del grupo (Ekstein, R. and Wallerstein, R., 1972; Lifton, W. M., 1966; Manam, G.D., 1973; Samson, E. E. and Marthas, M. S, 1977; Whitaker, S. D. and Lieberman, A., 1964; Yalom, I. D., 1975). Esto último que a veces es llamado factores terapéuticos generales de grupos pequeños ,se usa en los grupos de terapia verbal, así como en los grupos de actividad o en la actividad grupal.

La actividad con un propósito y los grupos de actividad han sido tomados como herramientas legítimas de terapia ocupacional (Mosey, 1981).

Actividades con propósito: “las actividades con un propósito son procesos que se dirigen hacia un resultado final planeado o hipotético. Por contraste, las actividades al azar no son dirigidas y no tienen un objeto predeterminado” (Mosey, 1981).

Las actividades con propósito integran el tejido de la vida diaria. Forman parte de nuestra vida de tal manera que su significado e importancia a menudo no se notan. Sin embargo sin las actividades con propósito habría poco para diferenciar la experiencia humana... (Mosey, 1981) .

Los terapeutas ocupacionales opinan que las actividades requieren y promueven el desarrollo de habilidades físicas, emocionales e intelectuales. A su vez también creen que la utilización de actividades significativas y con un propósito pueden influenciar el estado de salud de un individuo (A.O.T.A 1967, 1977). Al mismo tiempo observan que los grupos de actividad ofrecen una oportunidad en el logro de objetivos no enfatizados en el tratamiento individual (A.O.T.A. 1967,1977).

Uno de los factores importantes que ha sido considerado por los terapeutas ocupacionales también es la influencia y diferencia entre la actividad grupal y la actividad individual en el tratamiento de pacientes.

Las teorías de facilitación social, sostienen que un individuo se ve afectado en su comportamiento ante la presencia de otros ( Zajonc, R., 1965 ).

Mosey (1981) describe los grupos de actividad, los mismos proporcionarían actividades para el uso constructivo del ambiente no humano. Refiere que “la necesidad compartida para dominar al ambiente no humano, a menudo ayuda a los individuos a desarrollar un sentido de comunidad con los otros”.

Allen sugiere, que el terapeuta, estructura el ambiente y el requerimiento de la tarea. Pero dentro de ese contexto permite a los pacientes hacer todo lo que ellos puedan por si mismos (Allen, 1985). Si el terapeuta conoce la teoría de Allen, podrá predecir bastante exactamente cuanta ayuda necesita el paciente para cumplir una tarea y planear la estructura del grupo de acuerdo a ella (Cole, 1993).

Eventualmente, el apoyo natural de los grupos podría ayudar a reducir el aislamiento de un paciente (Howe, M. 1968 y Kuenstler, G. 1976). Los programas centrados en tratamientos de grupos producirían significativo aumento en el contacto social e interdependencia entre los individuos del grupo (Lieberman y Raskin, 1971). A su vez la participación en actividades sociales aumentaría la socialización, desarrollaría un sentimiento de pertenencia entre los pacientes, aumentaría la conciencia de los otros, posibilitaría el intercambio de ideas y aumentaría la confianza en si mismo (Nelson y otros, 1956).

Grupos de actividad: “los grupos de actividad son primariamente, grupo hechos y diseñados para ayudar a individuos, que comparten preocupaciones o problemas comunes relacionados con la adquisición o mantenimiento de componentes de desempeño ocupacional” (Mosey, 1981).

Los grupos de actividad posibilitan simular hechos de la vida, facilitan el aprendizaje y el trabajo. La autora lo relaciona con un laboratorio, como situación en donde algo puede ser visto, estudiado y comprendido tal como ocurre, más bien que de

modo retrospectivo. El aprendizaje tiende a ocurrir por medio de la experiencia ,en contraste con la información obtenida .

“La actividad grupal proporciona una oportunidad para concentrarse en el proceso de hacer como se dijo anteriormente, algunos individuos tienen problemas con relación al hacer”. A menudo se observa que las personas hablan acerca de participar en diferentes actividades con un proposito pero frecuentemente presentan dificultades en cuanto a la concreción de las mismas. “Los grupos facilitan la colaboración al identificar las dificultades en la realización. El pedido específico para participar en una actividad minimiza la negación a la racionalización relacionada con la verdadera habilidad en el desempeño” (Mosey, 1981).

Cole (1993) refiere al respecto que los Terapistas Ocupacionales a menudo utilizan las actividades con un proposito a fin de informar cambios en el comportamiento como una medida de progreso del paciente. “Cuando se informa a los pacientes acerca del comportamiento que se espera que cambien, ellos pueden controlar sus propios progresos”.

Finalmente, los grupos de actividad proporcionan un medio tangible para medir el progreso de cada miembro del grupo y el progreso del grupo en su totalidad. La actividad es un factor concreto de realidad ,contra el cual el individuo puede medir los logros y el crecimiento (Mosey, 1981).

No hay ningún sistema comúnmente aceptado para categorizar los grupos de actividad en la literatura, por lo tanto, tienden a ser llamados por su objetivo particular, por ejemplo grupo de “ajuste al trabajo” o por la actividad por “grupo de cocina” (Mosey, 1981).

Los individuos interactúan con distintos tipos de organizaciones y grupos sociales a lo largo de la vida. Los grupos, en una sociedad crearían oportunidades en los individuos para asumir roles ocupacionales (Kielhofner, 1985).

En la atención de grupos en terapia ocupacional se promueve que la técnica aplicada por el terapeuta ocupacional, sea modificada tantas veces como sea necesario y de esta forma poder satisfacer las necesidades de cada grupo individual. Variar su contenido de acuerdo a las características de ese grupo (cultura, edad, sexo) y los objetivos a alcanzar. Cambiar el proceso y estructura de acuerdo a la utilización de los diferentes marcos de referencia (Varela y Manghi, 1994).

Cole (1993) delinea los siguientes aspectos en un grupo de actividad. Sostiene que al seleccionar una actividad terapéutica se tendrá en cuenta: el tiempo, los objetivos terapéuticos, las capacidades físicas y mentales de los individuos, la adaptación de la actividad y el conocimiento del terapeuta.

Establecer objetivos terapéuticos para los pacientes significa evaluar sus necesidades y la aplicación del conocimiento por parte del terapeuta ocupacional a las habilidades y discapacidades del paciente.

Los objetivos grupales deben ser elegidos, de tal modo que satisfagan las necesidades de los miembros. Luego, se seleccionarán actividades para ayudar a los individuos a lograr esos objetivos. Si estos tienen que ver con crecimiento personal las actividades relacionadas con lo creativo: dibujo, escultura, narración de historia, pueden ser de utilidad. Pero si están más orientados en un sentido social, las tareas grupales estructuradas que introducen la interacción de los pacientes son apropiadas. Por ejemplo actividades que incluyan ejercicios de comunicación, toma de decisiones y resolución de problemas grupales (Cole, M. 1993).

Las capacidades físicas de los miembros del grupo influirán para la selección de una actividad. Lo importante será poder encontrar una actividad que pueda mantener el interés de esa persona y de que pueda aprender algo novedoso y significativo para él. Para esto, deberá hacerse una evaluación de cada paciente antes de su ingreso al grupo.

La adaptación de una actividad requiere conocimiento del análisis y síntesis de la misma. “El análisis de una actividad, es el proceso de examinar y distinguir las partes componentes de esta. La síntesis, es el proceso de combinar los componentes del ambiente humano y no humano para aplicar una actividad adecuada en la evaluación e intervención relacionada con el desempeño” (Mosey, 1981).

A menudo la aplicación se parece a una forma de resolver problemas en grupos, en el que los miembros ayudan a los otros a encontrar caminos que le permitan sortear y delimitar conflictos en su hacer.

Cole (1993), sostiene a su vez que se exploraran tres factores adicionales para la conducción de grupos de actividad que son: la motivación del grupo, el establecimiento de límites y los liderazgos de grupos. Los miembros si están motivados interactuarán libremente los unos con los otros, compartirán, buscarán el significado de la actividad grupal. “El terapeuta ocupacional necesitará desarrollar destrezas relacionadas a como motivar a los grupos que tal vez no estén tan dispuestos y tan ansiosos”. Factores importantes para la motivación grupal desde el rol del líder es la confianza. El líder deberá inspirar confianza al grupo, alentar la interacción grupal, mostrar entusiasmo. “Cuando los integrantes del grupo interactúan los unos con los otros, no solo estan participando también están tomando parte de la responsabilidad del grupo”(Cole,1993

### **5.5.1 Diferentes tipos de grupos en Terapia Ocupacional**

Duncombe & Howe (1985) mencionan diferentes grupos en terapia ocupacional como sigue; (a) de cocina, dedicados especialmente a la planificación, preparación, realización de compras y comer. Los objetivos principales enfatizaron facilitar la comunicación y la socialización, aumentar las destrezas para las tareas y compartir información; los participantes fueron adolescentes y adultos con diagnóstico de esquizofrenia; (b) ejercicios, realizados con los objetivos de aumentar la coordinación, la

movilidad y la fuerza por medio de juegos y deportes; (c) de tareas, generalmente orientados a la producción. Estos grupos siempre incluyeron componentes verbales y de actividad porque la discusión grupal frecuentemente precedió a la actividad; (d) grupos de artes y oficios, con el objetivos de desarrollar destrezas específicamente las de esparcimiento y la proporción de información de las destrezas existentes para la evaluación; (e) actividades de la vida diaria; (f) grupos de discusión orientados hacia los sentimientos, utilizaron cambio de roles, la poesía y la fantasía como medio para promover la discusión; (g) grupos de discusión orientados hacia la realidad, los temas de discusión fueron acontecimientos de la actualidad, de las novedades diarias que ocurrían dentro del programa tales como: la planificación del mismo, objetivos para el tratamiento, utilización del tiempo, planificación del alta y problemas diarios del paciente, principalmente de discusión verbal pero también incluyeron actividades de corto plazo; (h) grupos de orientación sensorio-motores y de integración sensorial. Estos grupos incluyeron actividades motrices finas, gruesas y estimulación táctil, gustativa y vestibular para grupos de pacientes psiquiátricos adultos crónicos; (i) grupos educativos, de orientación para familiares, donde se brindaba información acerca de la medicación, planificación familiar; (j) grupos de auto-expresión, utilizando actividades artísticas, collages, cambio de roles o ejercicios de auto-conocimiento como medios terapéuticos y para pacientes psiquiátricos.

Mosey (1981) describe seis categorías de grupos de actividad: (a) Grupos de evaluación; (b) Grupos orientados hacia tareas; (c) Grupos de desarrollo; (d) Grupos temáticos; (e) Grupos tópicos (anticipatorios y concurrentes) y (f) Grupos instrumentales, con el objetivo de facilitar una comprensión de los mismos y para ayudar a la comunicación. Por lo anterior, la autora sostiene que deberían ser considerados arbitrarios y no como entidades fijas, dado que un grupo particular puede tener elementos de un grupo temático y de un grupo tópico.

Grupos de evaluación: “tienen por objetivo evaluar la habilidad individual para funcionar dentro de un grupo en término de destrezas interpersonales y relación con una actividad compartida...”. La actividad seleccionada por el terapeuta ocupacional es una a corto plazo con planificación grupal e interacción colaborativa para su realización (Mosey, 1981).

Grupos orientados hacia una tarea: “tienen por objeto aumentar la conciencia individual de como los fenómenos intrapsíquicos (percepción de sí mismo y de los otras personas) influyen en la interacción con los demás y en el proceso de actuar. Los pacientes deben tener al menos una cierta destreza verbal”. El rol principal del terapeuta ocupacional es contribuir a que los integrantes del mismo exploren la relación entre pensamiento, sentimientos, acciones sugiriendo modos en los cuales puedan identificar, practicar y aprender nuevos patrones de comportamiento. “Las actividades apropiadas son aquellas dirigidas a la creación de un producto final o un servicio demostrable para el grupo o para personas fuera del mismo “(Mosey, 1981).

Grupos de desarrollo: tienen por objeto enseñar destrezas de interacción grupal, solamente se basan en marcos de referencia que describen el aprendizaje de destrezas de interacción grupal de acuerdo a etapas específicas del desarrollo. De este modo, varias subcategorías de grupos quedan incluidas aquí. “El rol del terapeuta ocupacional varía de acuerdo a el nivel del subgrupo. Sin embargo, el rol del terapeuta para satisfacer las necesidades individuales y para seleccionar las actividades adecuadas tiende a disminuir cuando se pasa de los niveles más bajos a los niveles más altos de los grupos de desarrollo”. Las actividades en general tienden a ser más complejas, colaborativas y a largo plazo cuando son grupos de desarrollo avanzados ( Mosey, 1981).

Grupos temáticos: “tienen por objetivo ayudar al paciente a adquirir conocimientos, destrezas y/o actitudes necesarias para realizar un determinado grupo de actividades con componentes de desempeño tales como de integración sensorial, función

neuromuscular o desempeño ocupacional dentro de las actividades de la vida diaria, destrezas recreacionales o de momentos de ocio”. La ayuda es ofrecida dentro de un ambiente protector, en un centro o lugar de residencia. El rol del terapeuta ocupacional varía según las necesidades y nivel de sofisticación, puede brindar y dirigir, fundamentalmente proporciona recursos y guía como conocedor de un tema.

Grupos tópicos: tienen por objeto alcanzar los mismos objetivos que se señalaron para los grupos temáticos. Se diferencian en que tienen por objeto ayudar a sus integrantes a realizar estas actividades en forma independientemente dentro de la comunidad. Hay dos tipos de grupos tópicos, (a) *anticipatorio*, “que enfatiza en la discusión acerca de un conjunto de actividades relacionadas en las que los miembros del grupo esperan participar en el futuro cercano. Estas actividades pueden ser relativamente nuevas para el paciente o este puede necesitar planear dedicarse a ellas de un modo distinto”. El rol del terapeuta en un grupo anticipatorio es ayudar a los miembros del grupo a identificar diversos aspectos de la actividad que tiene que ser considerada antes de participar en ella. Se discuten las posibles áreas de problemas y a continuación se identifican cierto número de soluciones posibles; (b) *concurrente*: “se concentra en una gestalt de actividades relacionadas que el paciente está realizando realmente en la comunidad. Posibles” (Mosey, 1981).

Grupos instrumentales: “tienen por objeto satisfacer necesidades de salud y/o mantenimiento de las funciones, no se espera ni anticipa un cambio positivo importante”.

El rol del terapeuta, es diseñar experiencias de actividad que satisfagan las necesidades de los individuos con respecto a los objetivos. Las actividades elegidas se fundamentan sobre las necesidades de salud que requieren satisfacción y las áreas de funcionamiento que deben ser mantenidas (Mosey, 1981).

Hemos revisado como los grupo son utilizados y conceptualizados en terapia ocupacional. Durante los paseos terapéuticos la conceptualización y dinámica grupal

cambia no solo de acuerdo a la conformación de sus miembros , sino también en relación al contexto del paseo terapéutico, que toma lugar al momento de la observación o evaluación por el terapeuta ocupacional. Durante los paseos terapéuticos a la comunidad, Varela & Manghi (1994) observamos dinámicas y comportamientos grupales en una variedad de ámbitos y situaciones. Los paseos terapéuticos a la comunidad con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen la potencialidad de transformar a los miembros del grupo que lo realizan en grupos de tareas, tópicos (especialmente relacionados a actividades interpersonales entre los miembros relacionados al futuro lugar de visita), del desarrollo y autoexpresivos. Aunque de acuerdo a variables comportamentales observadas y discutidas ,luego de los paseos terapéuticos a la comunidad ,los grupos de pacientes fueron mas susceptible de experimentar las estructuras grupales mencionadas con anterioridad aunque no descartamos la posibilidad de dinámicas grupales de otro tipo y no enumeradas dentro de las clasificaciones revisadas.

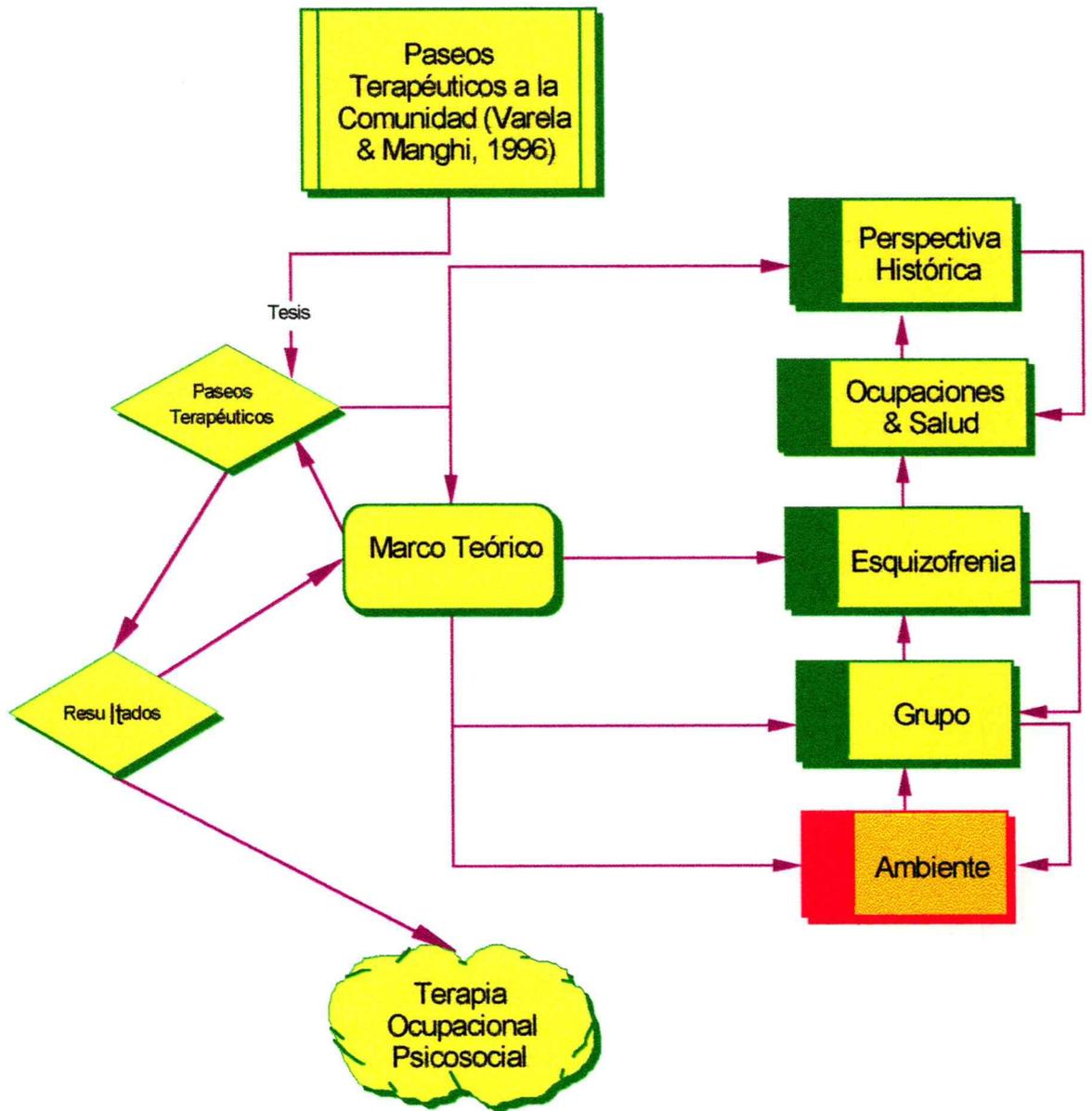
## **5.6 Los aspectos ambientales**

Las personas con problemas psicosociales pueden tratarse en el ámbito institucional o de la comunidad. Actualmente diferentes alternativas para su tratamiento tienden a tratar que el paciente sólo tenga contacto con la institución o con los profesionales de la salud, como un paciente externo o ambulatorio. Esta disposición para diferentes opciones de tratamiento se ha desarrollado por diferentes razones. Primero, el énfasis en la desinstitucionalización, concomitante con el movimiento de salud mental comunitaria, los que generalmente crean un gran grupo de pacientes a largo plazo que muchas veces pueden darse de alta, pero que no tienen lugar donde ir y no existen estructuras comunitarias de apoyo (Rodseth, D. & Crouch, R., 1996). Segundo, el incremento de los costos en la asistencia de la salud ha generado incentivos para crear

alternativas que reduzcan los costos. Finalmente, existe evidencia de que la hospitalización puede no ser tan efectiva, al compararla con otras formas para el tratamiento de la enfermedad mental.

A pesar que muchos ambientes asociados con el tratamiento de la disfunción psicosocial pueden contribuir a los problemas que buscan aliviar, en parte por que representan una discontinuidad con los ambientes “normales”, y en parte por las propiedades físicas y psicosociales inherentes en estos ámbitos ( Elliot y colab,1974; Emerson y colab1983; Scull ,1977; Kielhofner, 1985).

Los tres puntos enumerados con anterioridad, las estructuras comunitarias de apoyo o programas de mantenimiento ( Rodseth, D. & Crouch, 1996); el incremento en los costos de la asistencia de la salud y la efectividad de la hospitalización versus tratamientos alternativos (Kielhofner, 1985, 1995; Brayman, Kirby ,Meseheimer & Short,1976); y la discontinuidad de los ambientes “normales” y su relación con las propiedades físicas y psicosociales son abarcadas cuando un profesional de terapia ocupacional y su asistente planifican un paseo a la comunidad con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, atendiendo a las modalidades de tratamiento, la efectividad de costos y el rédito de salud y bienestar que prueban tener las diferentes propiedades ambientales en el contexto de terapia ocupacional.



Al examinar, en su primera formulación, el proceso de interacción entre las personas y ambientes y los factores ambientales que influyen en este proceso Barris, Kielhofner, Levine & Neville (1985) conceptualizaron al ambiente como cuatro estratos o círculos concéntricos. El estrato nuclear consiste en los objetos, los materiales y elementos de la vida diaria. El próximo estrato corresponde a las tareas, o los proyectos y actividades que comprenden el juego el trabajo y el automantenimiento y determinan la propia utilización de los objetos. Rodeando el estrato de las tareas se encuentran las organizaciones y los grupos sociales. Estos grupos delinear ciertos roles, las relaciones entre los roles y las tareas esenciales para el funcionamiento del grupo. El estrato final, la cultura, consiste en las creencias que juntas vinculan y gobiernan las acciones de los grupos de personas.

Los conceptos o características del ambiente relacionados a la excitación o presión en la primera formulación, se redefinen en la segunda como *afford & presses* y se refieren a las características del ambiente que ofrecen una variedad de oportunidades, para el comportamiento ocupacional porque representan potencial específico para la acción. El concepto de presión o ejercer presión surge del estudio de como los ambientes forman el comportamiento de sus habitantes. La presión se refiere a lo que el ambiente espera o demanda del individuo. En consecuencia ,cuando los ambientes presionan requieren fuertemente comportamientos particulares. Lo anterior puede realizarse pudiendo evocar a una amplia gama de experiencias y respuestas de diferente índole.<sup>4</sup>

Los objetos pueden describirse en cuatro dimensiones; la disponibilidad, la complejidad, la flexibilidad y el significado simbólico. “La disponibilidad se refiere a la

---

<sup>4</sup> El concepto de ambiente que permite la acción se utiliza en la literatura tradicional para referirse al comportamiento perceptivo motor e incluye la oportunidad para la acción. Pero también abarca las restricciones ambientales (o limitación de oportunidades al mismo tiempo) y como ambas influyen sobre el comportamiento ocupacional. Kielhofner (1995) enfatiza la intervención de brindar oportunidades ambientales y utiliza el concepto de presión para explicar como los ambientes restringen o apoyan el comportamiento. Para una explicación en mayor profundidad véase Kielhofner (1995) A model of human occupation. Theory and application. Williams and Wilkins. U.S.A. [pp.92 nota al pie de pag].

presencia o ausencia de objetos que nos rodean. Los objetos hacen a un ambiente más excitante y más interesante simplemente por virtud de estar allí; por lo tanto, las personas tienden a mantener los objetos de interés a su alrededor”. La presencia de objetos puede aumentar la complejidad de un ámbito ,ofreciendo más posibilidades para la exploración y el aprendizaje (Kielhofner,1985).

También contribuye a ejercer presión para ciertos tipos de comportamientos o actividades la presencia o ausencia de objetos. Los niños, por instancia, se comprometerán en juegos más solitarios cuando se encuentren disponibles equipamiento lúdico y juguetes, a menos que los juguetes sean explícitamente diseñados para el juego social (Kielhofner & Burke, 1985; Kielhofner, 1995).

La complejidad de un objeto muestra que destrezas y aprendizaje el individuo debe poseer para su utilización. Por lo tanto, la complejidad de los objetos en el ambiente afecta su potencialidad total para inducir excitación. “Un ambiente con objetos familiares simples no será comúnmente excitante, mientras que uno con equipamiento intrincado e infrecuente lo será”. Además los objetos complejos demandan a los individuos comprometerse en comportamientos diestros y especializados (Kielhofner, 1985).

La flexibilidad de un objeto sería el grado para el cual los mismos se prestan a manipulaciones cambiantes por el usuario. “El manipuleo y la maleabilidad de los objetos lleva a niveles cambiantes de complejidad en el ambiente. El grado de flexibilidad, de modo similar, ejerce presión para la especificación en la manera en que algo es utilizado o, por el contrario permite posibilidades ilimitadas “(Kielhofner & Burke 1985).

El significado simbólico de los objetos es una dimensión que refleja la complejidad de los mismos, su flexibilidad y disponibilidad. “ Los objetos se transforman en símbolo de poder, prestigio, independencia y así sucesivamente, en virtud de tales condiciones como lo que uno puede hacer con ellos y cuan accesibles son. Los objetos complejos frecuentemente significan facultades especiales”(Kielhofner,1985). También los objetos

simbolizan intereses y los valores del individuo, por lo tanto comunican datos importantes sobre la identidad de la persona. “El significado simbólico contribuye a las excitación al cambiar la percepciones e importancia vinculada a los objetos. Al mismo tiempo también cambian los requerimientos del comportamiento para su utilización” (Kielhofner & Burke, 1985).

El ambiente de tareas, consiste en aquellas secuencias de acciones en las cuales una persona participa para satisfacer tanto los requerimientos sociales externos, como los motivos internos para explorar y ser competente.

La complejidad de la tarea emana del nivel de destreza y el número de pasos requerido para desempeñar la misma. La familiaridad con el objeto puede ser un requisito para complementar la complejidad de la tarea. Esta contribuye a la excitación del participante, si sus destrezas están a un nivel más bajo que el requerido por la misma. Al mismo tiempo la complejidad de la tarea, ejerce presión para el desarrollo de niveles más altos de destrezas como un paso para su alivio (Kielhofner, 1983; Kielhofner, 1985; Kielhofner, 1995).

Los límites temporales de las tareas se refieren a que las mismas se encuentran circunscriptas por el tiempo y se desempeñan en una unidad discreta del mismo, o, pueden ser continuas, ocurriendo sobre un largo intervalo sin un punto de conclusión identificable. “La dimensión temporal ejerce presión para el desarrollo de hábitos. La dimensión de las reglas se refiere a la organización interna de una tarea que le proporciona normas para su desempeño. La estructura de la tarea está determinada por la claridad y flexibilidad de estas reglas”. “Las tentativas creativas generalmente tienen reglas más flexibles”. A veces, la rigidez con que una tarea debe ser desempeñada varía a medida que el individuo se familiariza con sus reglas. Muchas tareas son tan familiares, que solamente el individuo se da cuenta de sus reglas cuando estas son quebradas. Aún las tareas más simples tienen normas de desempeño. “El tipo de reglas que rige una tarea

determina el nivel de complejidad de la mismas. Las reglas ejercen presión para el reconocimiento de ciertas convenciones y un deseo de incorporarlas en el comportamiento propio “(Kielhofner & Burke, 1985).

Kielhofner en 1985 dice “la seriedad o diversión de una tarea, no es siempre inherente a la tarea en si misma; ésta se refleja tanto en el contexto en el que es desempeñada como en las consecuencias que son contingentes para el desempeño exitoso. La pertenencia de una tarea al rol del trabajo o el esparcimiento, la importancia vinculada a la tarea por un grupo cultural y la capacidad del individuo para llevarla a cabo, contribuyen a su seriedad o diversión”. Cuando las tareas son divertidas ejercen presión para la experimentación, el ensayo de nuevos comportamientos y destrezas. Cuando la naturaleza de la tarea se vuelve más seria, se ejerce presión en relación con las demandas para mejorar las destrezas y lograr un mejor desempeño (competencia).

La dimensión social incorpora dos aspectos importantes de las tareas: “ su naturaleza pública o privada y el grado para el cual son cooperativas o competitivas”. Las tareas son públicas o privadas ,dependiendo de si el resultado se intenta en soledad y para si mismo o para un público. El segundo aspecto de la dimensión social, la competición y la cooperación, el cual abarca la medición del propio desempeño ,en relación a otra persona o a algún estándar y el grado para el cual dos o más personas deben trabajar juntas para lograr el mismo objetivo.

“La dimensión social de la tarea ejerce presión para la excelencia en el desempeño cuando deben satisfacerse estándares públicos o competitivos, también ejerce presión para el desarrollo de las destrezas de interacción cuando la cooperación es necesaria”. La cooperación también puede ejercer presión para la flexibilidad en los propios hábitos, para acomodarse a los estilos de trabajo de otros participantes. La dimensión social, también ejerce presión para el desarrollo de roles como miembro de un grupo (Kielhofner,1985).

Las dimensiones de los grupos y organizaciones sociales en la primera conceptualización en Barris, Kielhofner, Levine & Neville (1985) se refirieron al tamaño, función, permeabilidad y complejidad estructural. Como así también a la relación a del número de personas que participan en el grupo, su propósito dominante, la facilidad o dificultad para unirse al mismo y el tipo de sistema o relaciones entre los miembros que lo integran, respectivamente.

El tamaño del grupo puede presionar para la especialización del rol. Si el grupo está conformado por menos personas que las necesarias, sus integrantes se ven obligados a desempeñar varias capacidades con propósitos diferentes. Teniendo aquí sus integrantes, un rol difuso o compartiendo destrezas. A la inversa en grupos más grandes la presión se ejerce más probablemente hacia la especialización del rol.

La función de un grupo presiona para la participación en cierta cantidad de tiempo, como los grupos laborales; también ejercen presión para un cierto nivel de compromiso e internalización de roles, las organizaciones. Si la presión para la participación es baja puede resultar que los miembros no se comprometan totalmente (Kielhofner & Burke, 1985; Kielhofner, 1995).

Con una cabal comprensión de como el ambiente y sus diferentes componentes influyen el comportamiento ocupacional de los seres humanos, culminamos los aspectos del marco teórico que delineó nuestra praxis ,al conducir el presente estudio de investigación. La figura 2 muestra una descripción gráfica del marco teórico que forma la estructura subyacente de los paseos terapéuticos a la comunidad con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

# SECCIÓN IV

## 6 Aspectos Metodológicos

### 6.1 Instrumento de medición

El proceso de investigación científica, puede ser un organizador en los pasos a seguir para la selección de un instrumento estandarizado en la evaluación de cualquier aspecto relacionado a la práctica profesional de Terapia Ocupacional. El proceso se inicia con el reconocimiento de las necesidades de la investigación y para el presente trabajo constituyen una necesidad fundamental, algunos aspectos de medición es decir la asignación de números a los objetos, la persona o los acontecimientos de acuerdo a reglas. La medición transforma ciertos atributos del mundo que pueden luego ser resumidos, organizados y analizados por procedimientos estadísticos. El segundo paso del proceso, la revisión de la literatura nos llevó a la localización de diferentes fuentes de información y particularmente los “retrieval systems”, los que nos ayudaron a delimitar la literatura revisada para la búsqueda de instrumentos de medición, que se adecuaran a la muestra y al propósito de investigación.

La selección de un instrumento de medición tomado directamente de una publicación o la construcción de uno nuevo, es un dilema frecuente para el investigador. Al construirlo, el Terapeuta Ocupacional, debe considerar los aspectos relacionados a la medición, todos los procedimientos de evaluación representan tipos de medición. En cada caso, los comportamientos medidos son asignados a categorías o valores numéricos dados. Como resultado, los comportamientos pueden interpretarse, manipularse,

compararse y definirse más precisamente, y de este modo satisfacer el propósito original del procedimiento de medición (Hasselkus & Safrit, 1976; Cutler & Stein, 1996).

La medición no es simplemente asignar números a comportamientos u objetos, es la asignación de números de acuerdo a reglas. No es suficiente que el terapeuta desempeñe una evaluación o una escala de calificación sobre la base del sentido común y la lógica. Los principios de la teoría de la medición deben seguirse para asegurar que la evaluación mida lo que se propone medir [validez] y si la precisión de la prueba es aceptable (fiabilidad) como lo establecieron Hasselkus & Safrit (1976).

Las preguntas acerca de la aplicabilidad de un instrumento para un grupo etario específico, factores intelectuales, motores, perceptuales, educativos y el mínimo nivel de función requerida para utilizarlo, deben considerarse. La definición conceptual de una variable debe conducir al investigador a la selección de un instrumento específico, que es el más apropiado al definir operacionalmente una variable. En la investigación experimental o clínica es crucial que el investigador seleccione un instrumento de medición que sea altamente fiable y válido en relación a la medición de resultados. La medición en la mayoría de las áreas tales como personalidad, capacidad física, funciones cognitivas, destrezas vocacionales y habilidades perceptivo motoras, depende directamente de la adecuación y sensibilidad de los instrumentos para medir cambios. Si bien es cierto que la mayoría de los autores que investigan en la disciplina de Terapia Ocupacional ,recomiendan la utilización de instrumentos estandarizados como métodos para la obtención de datos, también es cierto que los mismos no se encuentran fácilmente en la literatura de la profesión (Cutler & Stein, 1996).

El proceso de elección de un instrumento de medición lleva al investigador a revisar un número de pasos entre los cuales se encuentran: (a) identificar la función a medirse; (b) identificar un instrumento publicado para medir la función / desarrollar un nuevo procedimiento para evaluar la función e identificar la fiabilidad y validez de la evaluación; (c) identificar el nivel de destreza necesario para utilizar el instrumento; (d) identificar los posibles factores en el ambiente, en el evaluador, en el sujeto o en el instrumento de evaluación que potencialmente pueden distorsionar los resultados de la evaluación; (e) identificación de la población, objetivo para el que se a propuesto la evaluación y cuales son las normas establecidas; (f) seguir las directivas y los procedimientos para la administración de manera estricta y calificar la evaluación o modificar el procedimiento de la prueba para permitir que el cliente con discapacidad se desempeñe en su máximo nivel y (g) interpretar los resultados relacionados al desempeño o la competencia del paciente sobre la base de datos referidos a normas o datos con referencia a criterios (Cutler & Stein, 1996).

Entre los beneficios de los métodos de recolección estructurados figura en primer término la recomendación de profesionales experimentados en investigación ,dentro de la disciplina de Terapia Ocupacional. Numerosos escritores han estimulado correctamente a los terapeutas ocupacionales que utilicen evaluaciones formales o estandarizadas (Bonder, 1995; Short-DeGraff, 1988; Brollier, Watts, Bauer & Schmidt, 1989). Algunas razones para las exhortaciones anteriores son: a) cuando los terapeutas ocupacionales utilizan evaluaciones estructuradas, se benefician del esfuerzo sistemático que se ha realizado al crear métodos para la obtención de datos; b) beneficiarios y otros profesionales tienen

alguna certeza que el procedimiento acerca del valor del tiempo del terapeuta y su esfuerzo para producir información de utilidad; c) estos métodos probablemente produzcan datos sujetos a menor error o prejuicio personal. Coordinando la utilización de métodos estructurados con los métodos de situación dentro de un amplio plan para la obtención de datos, probablemente sean el mejor curso de acción (Kielhofner, 1995).

Los terapeutas ocupacionales obtienen datos por medio de instrumentos estructurados y de situación. Los medios estructurados para la obtención (generalmente reconocidos como valoraciones, evaluaciones o instrumentos) emplean protocolos que deben seguirse por el método de trabajo de acuerdo a su diseño. Los métodos de situación son diseñados por los terapeutas ocupacionales en el curso de la terapia y se emplean para obtener datos que igualen situaciones específicas (Kielhofner, 1995).

Los métodos estructurados proporcionan datos en forma de categorización, de asignación de grados o determinación de cantidad. Por categorización, un método puede determinar por ejemplo, si una persona tiene o no un problema particular. La designación de grado, determina si una persona tiene más o menos de alguna característica. La determinación de la cantidad se refiere a cuantas características tiene alguien. Los métodos estructurados pueden también guiar a quien los utiliza a generar información descriptiva. Es importante que los mismos incorporen un medio de interpretación o determinación del significado de los datos obtenidos del medio.

Otro aspecto a considerarse cuando se intenta la utilización de un instrumento de evaluación estandarizado en la disciplina de Terapia Ocupacional, es la referencia de sus

autores y otras personas que han utilizado el instrumento en relación a la fiabilidad y validez.

### **6.1.1 Fiabilidad**

La fiabilidad de un instrumento de medición, se refiere a la consistencia con la cual mide el comportamiento clave. Si una persona debe tomar una decisión sobre la base de instrumentos de medición, es importante que los cambios en las calificaciones del instrumento reflejen cambios en los comportamientos y no inestabilidad del instrumento mismo. Es decir, la fiabilidad puede expresarse como el grado de certeza y estabilidad de la prueba, como lo demuestra ante administraciones repetidas que consistentemente producen los mismos resultados. Además de describir cuanta dependencia posee la prueba para proporcionar resultados estables, la fiabilidad también describe que tan libre es la evaluación de defectos internos que producirán errores en la medición (denominada consistencia interna).

Existen dos tipos de fiabilidad, que generalmente se informan en los estudios de investigación de Terapia Ocupacional (Cutler, S.K. & Stein, F. 1996): (a) test-retest que se refiere a la estabilidad del instrumento a lo largo del tiempo, para examinar la fiabilidad test-retest de un instrumento, se administra a dos grupos de sujetos en dos ocasiones diferentes y los resultados que producen los dos instrumentos son examinados calculando un coeficiente de correlación. Un instrumento de evaluación estable se espera que posea un coeficiente de correlación que se aproxime a uno. La longitud entre la primera administración y la segunda es muy importante y debe seleccionarse

cuidadosamente. Por ejemplo, pueden producirse cambios en el desempeño de los pacientes relacionados a la maduración, el aprendizaje, el desarrollo y (b) la fiabilidad “interrater” que se refiere a la consistencia de los resultados del instrumento de medición entre dos o más terapeutas (o administradores del instrumento) para los mismos sujetos. Para examinar la fiabilidad “interrater” dos o más terapeutas califican al mismo sujeto durante la sesión de administración y comparan los resultados de ambos para el mismo o los mismos sujetos. La comparación puede ser calculada por medio de un porcentaje de acuerdo o por medio de un coeficiente de correlación (Ottenbacher; Barris; Van Deusen 1986).

### **6.1.2 Validez**

La validez es un aspecto importante de cualquier evaluación sea esta estandarizada, en referencia a norma o con referencia a criterio. La validez interna es un concepto teórico que se refiere al rigor en un experimento o en un diseño experimental. El grado de validez interna depende de la extensión para la cual el investigador a controlado todas las variables que pueden potencialmente afectar los resultados. Si un experimento o diseño de investigación se considera con buena validez interna, luego el experimentador a sido capaz de controlar todos los factores que potencialmente podían distorsionar los resultados. Una alta validez interna puede demostrarse de acuerdo a lo expresado por Cutler & Stein (1996), como sigue:

1. Mediciones de base pretest para asegurar que los grupos comparativos son equivalentes.

2. Mediciones post-test que se comparan con las anteriores.
3. Selección random de los sujetos para reducir el prejuicio en el muestreo.
4. Estandarización en la administración de los procedimientos de la prueba.

La validez externa se refiere a la habilidad del investigador para generalizar los resultados de un experimento de una muestra a la población total. Es usual que los investigadores busquen generalizar los resultados de un experimento a una población más grande. La extensión para la cual el investigador puede generalizar los resultados de un estudio depende del número de sujetos en el mismo y si el estudio ha sido replicado y ha confirmado resultados previos. Sin embargo, la validez externa también depende de la validez interna. En otras palabras los resultados de un estudio no pueden generalizarse a una población si la validez es débil (Cutler & Stein, 1996).

### **6.1.3 Evaluaciones referidas a criterios y evaluaciones referidas a normas**

Hasta hace poco tiempo la mayoría de las evaluaciones tenían referencia a norma o NRTs (Normative-referenced tests), los mismos fueron desarrollados para clasificar individuos dentro de niveles de grupos de instrucción. Las calificaciones obtenidas por la muestra normativa sobre una evaluación referida a norma se distribuyen a lo largo de una curva normal. Las calificaciones obtenidas por los individuos, a quienes se toma una evaluación referida a norma, se compara a la muestra normativa y pueden ser convertidos dentro de calificaciones estándares y percentiles. Este método tiene ventajas

y desventajas. Los individuos son comparados con la población general. De este modo el desempeño de un paciente puede juzgarse como típico o atípico. Además la estandarización de NRTs incluye la administración de la evaluación a grandes muestras de individuos estratificados y cruzando muchos grupos socioeconómicos, edades, etnias, antecedentes y niveles educativos. De este modo, las calificaciones obtenidas de un individuo pueden compararse a las calificaciones obtenidas por la mayoría de la población que tiene las mismas características. Al mismo tiempo, existen desventajas para un NRTs, porque las evaluaciones son mediciones amplias de un sujeto y contienen un limitado número de ítems de muchas áreas.

El propósito del NRTs es (a) comparar el desempeño o logro de un individuo con otro individuo de la misma edad, nivel educativo y estado socioeconómico y (b) obtener información acerca de la población normal. Cuando estas evaluaciones se utilizan con poblaciones atípicas, puede existir prejuicio que conducen a errores sistemáticos. A pesar de estas desventajas los NRTs son útiles en la investigación clínica.

La validez relacionada al criterio exige que los resultados de las evaluaciones serán comparados con criterios externos para determinar el grado de acuerdo entre las clasificaciones y el criterio. Existen dos tipos de validez relacionadas al criterio, las que son concurrente y predictiva. La validez concurrente se refiere a la extensión para la cual la evaluación acuerda con mediciones existentes de la misma o de similares características y comportamientos (por ejemplo cuando el puntaje en una lista de control o evaluación es comparable a otras dos evaluaciones o listas de control conocidas como

válidas). La validez predictiva se refiere a la extensión para la cual los resultados para la evaluación acuerdan con un resultado o criterio futuro.

En relación a lo anterior, organizamos la información relacionada a los datos existentes para (1) fiabilidad y (2) validez, en la literatura para el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE) by Brayman, Kirby, Misenheimer, Short (1976).

La validez para el Cote - Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale - fue determinada mediante la selección al azar de los cuadros de 5 pacientes dados de alta de un grupo de 400. Los puntajes totales para el primer y último día en terapia ocupacional fueron comparados. Los puntajes promediaron 31 y 17 respectivamente y la baja en el puntaje estuvo de acuerdo con la observación de otros profesionales en el preciso emplazamiento del hospital. Resultados similares han sido reportados por terapistas de otros hospitales.

En un estudio conducido por un estudiante de terapia ocupacional, en la unidad psiquiátrica del hospital de una Universidad de medicina, se observó que los puntajes totales de un paciente decrecieron del primero al último día en terapia ocupacional. Para asegurar la validez de las evaluaciones de cada día a fin de evitar la influencia del puntaje del día anterior. El puntaje promedio en el último día fue de 8, con una variación de 0 a 57. Nuevamente, resultados similares en distintos emplazamientos respaldan la validez del instrumento.

*Validez: las calificaciones obtenidas sobre el primer día de hospitalización fueron comparadas con calificaciones post-alta y calificaciones significativas en mejoras fueron registradas de acuerdo a la última, investigación en progreso (Asher,1989).*

Para este tipo de validez ,se requiere estudio de seguimiento del desempeño posterior de los sujetos, por ejemplo sobre el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale los sujetos que calificaron más bajo en el desempeño de las áreas de comportamiento general, comportamiento interpersonal y comportamiento de tareas llevarán a cabo una vida más activa y satisfactoria, que los que calificaron más alto en esta misma escala 5 años más tarde.

Desde los comienzos, la profesión ha expresado su interés acerca de la falta o escasez de instrumentos de evaluación válidos y fiables en la práctica de psiquiatría. Este interés resurgió en el año 1977 y condujo a la Sección de Especialización en Salud Mental de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) a la creación de una institución para el trabajo en este tema. Como resultado se presentó la Bay Area Functional Performance Evaluation (BaFPE) y la recomendación para un mayor desarrollo y planificación de diferentes evaluaciones. La BaPFE fue diseñada por Judith Bloomer & Susan Williams para evaluar el desempeño en actividades generales de la vida diaria. Consiste de dos subtests: The Task Oriented Assessment (TAO) y The Social Interaction Scale (SIS). La evaluación se basa en una visión funcional y en los marcos de referencia adquisicional (comportamental), comportamiento ocupacional, adaptación y restauración funcional. La evaluación de tareas que incluyen la clasificación, tareas de marketing y manejo de dinero, dibujo de una casa, dibujo kinético de una persona y

completar un diseño de bloques se utilizan o a fin de evaluar la habilidad del paciente para parafrasear, planificar y tomar decisiones. La motivación del paciente, la autoestima, el campo atencional y la habilidad para abstraer así como también la evidencia posible de trastornos del pensamiento o el humor, pueden determinarse con las tareas que incluye la evaluación (Bloomer & Williams, 1978, 1987).

Las investigaciones con el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale han arrojado una fiabilidad Cote de .95 promedio para dos evaluadores considerándose un grado de libertad en relación a cada ítem aceptable es decir 0-1, 1-2, 2-3, 3-4. También se calculó el grado de acuerdo ,dividiendo el número de acuerdos por el número de acuerdos más los desacuerdos. El porcentaje entre Terapistas Ocupacionales para 55 pacientes fue de 76% a 100% promediando en 95%. El porcentaje de acuerdos también fue calculado por los acuerdos exactos de calificaciones entre los Terapistas Ocupacionales y para el mismo paciente. Alcanzaron desde 36% a 84% y promediaron 63%, utilizando para esta medición los resultados obtenidos por 5 Terapistas Ocupacionales y formando alternativamente 7 parejas distintas (Brayman, Kirby, Misenheimer y Short, 1976).

Para determinar la fiabilidad , entre terapistas ocupacionales, utilizando la escala, un porcentaje de acuerdo entre las valoraciones de dos terapistas ocupacionales se computaron de la siguiente manera: después de una hora de sesión en terapia ocupacional, dos terapistas ocupacionales valoraron independientemente al mismo paciente en los 25 comportamientos de la escala (Brayman, Kirby, Misenheimer y Short 1976). En correspondencia, el Director de un Hospital General con una unidad

psiquiátrica de 13 camas los datos de fiabilidad se informaron en relación a 7 pacientes. Dos terapeutas ocupacionales y un asistente de terapia ocupacional certificado (C.O.T.A) habían completado las evaluaciones, el porcentaje de acuerdo para evaluaciones con un grado de diferencia entre una y otra, varió entre el 96% y el 100% y promedió en un 98% . Consecuentemente los datos de fiabilidad de dos emplazamientos diferentes fueron altamente comparables (Hemphill, B. 1988). Asher, 1989 informa buena fiabilidad interrater (.95 promedio).

Cuando un terapeuta ocupacional se cuestiona la utilización de un instrumento de evaluación, también resulta de utilidad conocer por medio de la revisión de la literatura u otros trabajos de investigación de características similares, datos referidos a la utilización del instrumento en cuestión, en cualquier población de pacientes o su relación con otros instrumentos de evaluación de modo que pueda aumentarse la información disponible en relación a la fiabilidad del mismo.

Luego de examinar de este modo la fiabilidad y validez para el instrumento utilizado, debemos exponer otra información relacionada a instrumentos de medición en terapia ocupacional. Estos miden diferentes aspectos del comportamiento de tareas ocupacionales, o se encuentran dirigidos primordialmente a la medición de habilidades o destrezas, que forman parte de estratos más básicos en los mismos. De este

Modo, se revisó la literatura en busca de información relacionada a los aspectos de medición, estructura, población con la que fue utilizada, tipo de fiabilidad y validez investigados o en progreso y especialmente la medición de aspectos relacionados a las

variables intervinientes en los paseos terapéuticos, de principal relevancia en este estudio y su relación con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

#### **6.1.4 Normas para la Administración del instrumento**

##### **de medición COTE:**

Veinticinco comportamientos identificados como siendo observables en terapia ocupacional, son enumerados hacia abajo en el margen izquierdo de la escala (apéndice X, pag 207). Siguiendo a los comportamientos se encuentra una grilla que proporciona espacios para registrar calificaciones de cada comportamiento. Las calificaciones se basan sobre un rango de 0 a 4, en donde 0 significa normal y 4 indica un comportamiento extremo negativo. La calificación de comportamientos se completa luego de cada sesión de evaluación, quedando registrado todo cambio en el comportamiento. El protocolo proporciona espacio luego de la grilla para enumerar objetivos de tratamiento o acontecimientos inusuales.

La estructura del COTE ofrece al terapeuta un mecanismo eficiente para informar las observaciones realizadas en terapia ocupacional. El terapeuta solamente asigna una calificación numérica simple para cada uno de los 25 comportamientos. La calificación de todos los comportamientos toma menos de 2 minutos. La grilla permite al terapeuta registrar diferentes observaciones en la misma hoja y de este modo proporciona un mecanismo para comparar el comportamiento de una sesión con el observado en una sesión previa. Esto también ahorra tiempo, de modo que el profesional no necesita buscar otros registros para ver calificaciones anteriores. La calidad para realizar informes

fáciles de escribir y de leer. Si bien el protocolo tiene varias páginas, también la información relativa al paciente tiene solo dos . Si existiera alguna pregunta acerca de la terminología, las definiciones para cada calificación son establecidas en términos técnicos e impresos en otras páginas del protocolo, apéndice X.

La escala del COTE, impone una estructura para registrar las observaciones realizadas durante el proceso de terapia ocupacional. La utilización de esta estructura elimina la vaguedad de constructos narrativos tales como “hoy parece mejor”. El problema de la singularidad de las definiciones también se encuentra eliminado, de modo que cualquier persona que utiliza o lea la escala puede referirse directamente a las definiciones.

#### **6.1.4.1 Comportamientos evaluados**

Los 25 comportamientos se encuentran divididos en tres áreas: 1) comportamiento general, 2) comportamiento interpersonal, 3) comportamiento de tareas. Los 7 comportamientos enumerados en la parte I, aunque no son únicamente observados en terapia ocupacional proporcionan información de valor acerca del funcionamiento total del paciente. Los 6 comportamientos enumerados en la parte II abarcan las destrezas interpersonales que pueden ser evaluadas en otras terapias así como también en terapia ocupacional. La parte III de la escala del COTE consiste de 12 comportamientos que se relacionan con el desempeño de tareas y que son exclusivos de terapia ocupacional. Esta tendencia hacia el desempeño de tareas enfatiza la importancia del rol de la actividad con propósito en el proceso de terapia ocupacional.

Los comportamientos en la parte I proporcionan una evaluación del nivel del funcionamiento general del paciente. Mientras que estos comportamientos son observados e informados por otros profesionales de la salud la ocurrencia y desempeño durante el proceso de terapia ocupacional proporcionan una perspectiva adicional del comportamiento total del paciente. Los 5 posibles puntajes para cada uno de los 6 comportamientos también aparecen en el apéndice.

## TERAPIA OCUPACIONAL

---

### COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY

#### EVALUATION SCALE

#### (COTE SCALE)

---

### 1. COMPORTAMIENTO GENERAL

#### **A.- Apariencia.**

**B.- Comportamiento no productivo**

**C.- Nivel de actividad (a o b)**

**D.- Expresión**

**E.- Responsabilidad**

**F.- Puntualidad**

**G.- Orientación hacia la realidad**

**A . Apariencia:** Aquí nos dice como el paciente se cuida a si mismo. Los seis factores fueron elegidos porque ellos están dentro del control del paciente en el hospital. La apariencia está valorada de acuerdo a seis factores implicados.

Ellos son: 1) higiene de la piel, 2) higiene de cabello, 3) peinado del cabello, 4) limpieza de las prendas, 5) prendas planchadas, 6) prendas adecuadas para la ocasión.

0- Ningún problema en ninguna área.

1- Problema en un área

2- Problemas en dos áreas.

3- Problemas en tres o cuatro áreas.

4- Problemas en cinco o seis áreas

**B. Comportamiento no productivo :** Incluyen el balanceo, jugar con las manos y hablar consigo mismo, enunciados repetitivos y preocupado con los propios pensamientos. Estos comportamientos impiden que el paciente se vuelva participante en

experiencias de todos los días. Excesiva socialización puede también ser considerado como comportamiento no productivo. Cuando estos comportamientos interfieren con el desempeño de una actividad o con el establecimiento de una relación, ellos deben ser medidos sobre la escala del COTE por la cantidad de tiempo de tratamiento implicado.

- 0- Ningún comportamiento no productivo durante la sesión.
- 1- Comportamiento no productivo ocasionalmente durante la sesión.
- 2- Comportamiento no productivo en la mitad de la sesión.
- 3- Comportamiento no productivo dentro de las tres cuartas partes de sesión.
- 4- Comportamiento no productivo en la totalidad de la sesión.

**C . Nivel de actividad : (a ó b)** Puede tener dos direcciones, un nivel normal de actividad, está equilibrado a la mitad de hiperactividad e hipoactividad.

Cuando el nivel de actividad es tan alto o tan bajo que atrae la atención de otras personas, esto se considera un problema. El nivel de actividad está valorado de acuerdo a su efecto sobre la participación.

- (a) 0- Sin hipoactividad.
- 1- Hipo-actividad ocasional.
- 2- Hipo-actividad que atrae la atención de otros pacientes y el terapeuta, pero participa.
- 3- Nivel de hipo-actividad de modo que puede participar pero con gran

dificultad.

4- Hipo-actividad que hace que el paciente no pueda participar de la actividad.

(b) 0- Sin hiper-actividad.

1- Ocasional arrebato de hiper-actividad.

2- La hiper-actividad atrae la atención de otros pacientes y el terapeuta, pero participa.

3- Nivel de hiper-actividad de modo que puede participar pero con gran dificultad.

4- Hiper-actividad de modo que el paciente no puede participar en la actividad.

**D . Expresión** : Incluye muchos de los elementos que abarcan la expresión cualquiera de los cuales puede proporcionar una indicación de los sentimientos del paciente.

Algunos de los elementos son : el lenguaje corporal, el volumen y el tono de voz, la expresión facial, la postura y el grado de animación que está poniendo de acuerdo a su apropiación a la situación (o adecuación a la situación).

0- Expresión consistente con la situación y ámbito.

1- Se comunica con expresión ocasionalmente inapropiada.

2- Muestra expresión inapropiada en diversos momentos de la sesión.

3- Muestra expresión inconsistente con la situación.

4- Extremos de expresión bizarra, descontrolada o sin expresión.

**E . Responsabilidad:** Se mide la disponibilidad del paciente para sus acciones. El comportamiento se refleja en áreas tales como patrones de atención, adherencias o reglas conocidas, el cuidado de equipamientos, materiales, herramientas, mantener las cosas que ha dicho y satisfacer los contratos comportamentales. La responsabilidad se mide de acuerdo al grado en que se asume.

0- Toma responsabilidad de las propias acciones.

1- Niega la responsabilidad para una o dos acciones.

2- Niega la responsabilidad para diversas acciones.

3- Niega la responsabilidad para muchas acciones.

4- Negación total de la responsabilidad, desordena el proyecto, culpa al terapeuta u otras personas.

**F . Puntualidad:** Es el comportamiento que refleja la responsabilidad del paciente como así también la satisfacción, la motivación y la puntualidad. Este comportamiento se aplica al ámbito en el cual el COTE fue desarrollado porque los pacientes son responsables de concurrir a las sesiones de terapia ocupacional independientemente.

La puntualidad se basa en el número de minutos que un paciente llega tarde a terapia ocupacional.

0- A tiempo.

1- Cinco o diez minutos tarde.

- 2- Diez o veinte minutos tarde.
- 3- Veinte o treinta minutos tarde.
- 4- Treinta minutos o mas tarde.

**G. Orientación hacia la realidad:** Muestra que tan consciente, es el paciente de si mismo, del lugar, el tiempo y la situación. Se valora de acuerdo al número de factores para los cuales el paciente es inconsciente. Las relaciones interpersonales que afectan el desempeño en todas las actividades sociales. El desempeño efectivo de una tarea de la vida diaria a menudo depende de la efectiva interacción social.

Terapia Ocupacional proporciona una situación estructurada para que estas relaciones ocurran y de este modo, es el mejor ámbito para observarlas.

- 0- Conciencia completa de la persona, lugar, tiempo y situación.
- 1- Conciencia general pero insistencia en un área.
- 2- Conciencia en dos áreas.
- 3- Conciencia en un área.
- 4- Falta de conciencia de la persona, lugar, tiempo y situación.

Quien, donde, cuando y por qué.

## II . COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL

**A . Independencia:** Nos dice que tan independiente el paciente puede funcionar en terapia ocupacional. Mientras que terapia ocupacional puede incluir la actividad estructurada en cada sesión, existen oportunidades para que el paciente demuestre acciones independientes. Estas acciones son calificables y estimadas en concordancia.

- 0- Funcionamiento independiente.
- 1- Solo una o dos acciones dependientes.
- 2- La mitad de las acciones dependientes y la otra mitad independientes.
- 3- Solo una o dos acciones independientes.
- 4- Ninguna acción independiente.

**B . Cooperación :**

- 0- Coopera con el programa.
- 1- Sigue muchas directivas, se opone a menos de la mitad.
- 2- Sigue la mitad y se opone a la mitad.
- 3- Se opone a las tres cuartas partes de las directivas.
- 4- Se opone a todas las directivas y sugerencias.

**C . Auto - Asertividad : ( a ó b )** Está dividida de manera similar al nivel de actividad. La asertividad normal se encuentra aproximadamente a mitad de camino entre los comportamientos muy positivo y sumiso y el comportamiento totalmente dominante.

Este comportamiento está calificado de acuerdo a la cantidad de tiempo que el paciente se encuentra pasivo y sumiso, o dominante.

(a) 0- Se afirma cuando es necesario.

1- Es sumiso menos de la mitad de la sesión.

2- Sumiso la mitad de la sesión.

3- Sumiso las tres cuartas partes de la sesión.

4- Totalmente pasivo y sumiso.

(b)- 0- Asevera cuando es necesario

1- Dominante menos de la mitad de la sesión.

2- Dominante la mitad de la sesión.

3- Dominante las tres cuartas partes de la sesión.

4- Dominante en la totalidad de la sesión.

**D . Sociabilidad:** Va a medir que tanto el paciente se socializa con el equipo y con otros pacientes durante una sesión terapéutica. Este comportamiento está valorado de acuerdo, a si el paciente puede o no participar, iniciar o responder a una interacción social.

0- Se socializa con el equipo y los pacientes.

1- Se socializa con el equipo y ocasionalmente con otros pacientes o viceversa.

2- Se socializa solamente con el equipo o con pacientes.

3- Se socializa solo si es abordado.

4- No se une a otras personas en actividades, incapaz de conducir una

conversación si es abordado.

**E . Comportamiento para conseguir atención:** Refleja cuanto tiempo el cliente utiliza en este tipo de comportamiento. Ejemplos incluyen, repetir preguntas, requerir frecuentemente asistencia, requisitos extremados de aprobación o no hacer nada para conseguir atención.

- 0- Ningún comportamiento atencional irrazonable.
- 1- Menos de la mitad del tiempo de comportamiento atencional.
- 2- La mitad del tiempo en comportamiento atencional.
- 3- Tres cuartas partes del tiempo en comportamiento atencional.
- 4- Demandas verbales o no verbales constantes para llamar la atención.

**F . Respuestas negativas a otras personas:** Es un indicador del efecto que tiene el paciente sobre el terapeuta y sobre otros pacientes. Este comportamiento incluye el pedido de reclamar privilegios especiales al equipo o interacciones que no se le otorgan a otros pacientes y pueden resultar en respuestas negativas. Se valora de acuerdo al número de respuestas negativas evocadas por otras personas.

- 0- No evoca ninguna respuesta negativa
- 1- Evoca una respuesta negativa
- 2- Evoca dos respuestas negativas
- 3- Evoca tres respuestas o mas respuestas negativas durante la sesión.
- 4- Evoca numerosas respuestas negativas de otros y el terapeuta debe tomar alguna acción.

El comportamiento en la Parte III del COTE, refleja el énfasis de Terapia Ocupacional sobre el desempeño de tareas. Permite observar el mismo en tareas actuales en distintas situaciones para poderlo relacionar a la vida diaria de los pacientes.

Cuando se observan los comportamientos el terapeuta ocupacional puede utilizar numerosas actividades. La calificación demuestra el desempeño de tareas ya que utilizó varias actividades que estaban incluidas para clarificar estos 13 comportamientos, sin embargo en una sesión de terapia ocupacional solamente una actividad podría ser utilizada para evaluar los 13 comportamientos.

### PARTE III

#### COMPORTAMIENTO DE TAREAS

**A . Compromiso:** Indica motivación hacia el trabajo o actividad. Como la actividad no puede completarse a menos que se comience, este comportamiento de tarea es significativo. La voluntad del paciente para participar en una actividad de collage con revistas puede ejemplificar el grado de compromiso exhibido y puede ser calificado como sigue:

- 0- Luego de recibir las directivas, el paciente elige una revista obtiene tijeras y cola, y comienza a seleccionar elementos para su collage. Luego corta los elementos deseados, los acomoda y los pega como le fue indicado.
- 1- El paciente es capaz de desempeñarse como se le indicó anteriormente pero

requiere una suave estimulación para comenzar.

- 2- El paciente participa en la actividad pero necesita ser estimulado personalmente para comenzar y luego requiere ser estimulado para continuar con cada paso de la actividad.
- 3- El paciente puede participar solamente con el apoyo y la estimulación constante del terapeuta. Necesita una gran estimulación en cada paso de la actividad.
- 4- El paciente es incapaz de participar en la actividad.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- No necesita estimulación para comenzar la tarea.
- 1- Se lo estimula una vez para comenzar la actividad.
- 2- Se lo estimula dos o tres veces para comprometerse en la actividad.
- 3- Se compromete en la actividad solo después de mucha estimulación.
- 4- No se compromete en la actividad.

**B . Concentración:** El tiempo de concentración, es un factor importante en la habilidad para realizar las tareas de la vida diaria y es medido cuantitativamente en términos de la cantidad de tiempo empleado atendiendo la actividad. Trabajando laminas de cobre como una modalidad de tratamiento, el desempeño de un paciente podría ser calificado como sigue:

- 0- El paciente es capaz de atender al trabajo de la lámina de metal que es

asegurada a un molde plástico, trabajando en él durante toda la sesión, pudiendo continuar aún después de interrupciones.

- 1- El paciente tiene dificultad en continuar la actividad después de interrupciones. El exhibe algún comportamiento no productivo.
- 2- El paciente es capaz de participar en la tarea solo la mitad de la sesión y es incapaz de continuar la actividad después de las interrupciones sin la intervención del terapeuta ocupacional.
- 3- El paciente es capaz de concentrarse en la actividad del metal menos de un cuarto de la sesión y necesita que el terapeuta le recuerde reanudar la actividad. Es distraído fácilmente por otras personas que se encuentran a su alrededor.
- 4- El paciente pierde la concentración en menos de un minuto y cae en comportamientos no productivos.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Ninguna dificultad en concentrarse durante la totalidad de la sesión.
- 1- Sale de la tarea menos de un cuarto del tiempo.
- 2- Sale de la tarea la mitad del tiempo.
- 3- Sale de la tarea las tres cuartas partes del tiempo.
- 4- Pérdida de concentración en la tarea en menos de un minuto.

**C . Coordinación:** Puede servir como una muestra medible de los efectos colaterales de la medicación e indica cuan bien el cuerpo y el cerebro están funcionando como una

unidad. Esmaltar un jarro de cerámica para cerveza es una actividad en la que la coordinación puede ser fácilmente observada y podría ser calificada como sigue:

- 0- El paciente es capaz de aplicar la base del esmalte o la tinta y puede llegar al borde del molde en detalle muy fino.
- 1- El paciente es capaz de esmaltar el proyecto y de mantenerse dentro de la línea excepto en áreas muy precisas.
- 2- El paciente tiene alguna dificultad pero puede esmaltar prolijamente grandes superficies.
- 3- El paciente es capaz de realizar el sobre-esmalte en un solo color. Sus manos son temblorosas pero puede completar la tarea.
- 4- El paciente es incapaz de manipular el pincel, la mano y la extremidad superior es temblorosa.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Ningún problema con la coordinación.
- 1- Ocasionalmente tiene problemas con detalles finos, manipular herramientas o materiales.
- 2- Problemas ocasionales al manipular herramientas y materiales pero tiene frecuentes problemas con detalles finos.
- 3- Alguna dificultad en movimientos gruesos, incapaz de manipular algunas herramientas y materiales.
- 4- Gran dificultad en los movimientos, virtualmente incapaz

de manipular herramientas y materiales.

**D . Seguir Directivas:** Es un aspecto importante de todas las destrezas de la vida diaria. El terapeuta ocupacional puede usar juegos como las charadas para demostrar la habilidad del paciente para seguir directivas. Este comportamiento podría ser calificado como sigue:

- 0- El paciente es capaz de jugar a las charadas y puede responder y dar símbolos standar una vez que estos le han sido enseñados. Es capaz de utilizarlos sin apoyo.
- 1- El paciente necesita asistencia mínima. Puede recordar la mayoría de las reglas pero puede olvidar algunos de los símbolos o reglas comunes del juego.
- 2- El paciente necesita asistencia y apoyo en relación al procedimiento. Puede olvidar varias reglas y necesita que se le recuerde cada vez que tiene un turno.
- 3- El paciente es capaz de participar solo con el terapeuta, quien le proporciona la guía a cada paso de la actividad.
- 4- El paciente es incapaz de participar en la actividad.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Lleva a cabo directivas sin problema.
- 1- Problemas ocasionales con directivas de más de tres pasos.
- 2- Lleva a cabo directivas simples pero tiene problemas con las de dos pasos.
- 3- Puede llevar a cabo directivas de un paso muy simple

(demostradas, escritas u orales).

4- Incapaz de llevar a cabo cualquier directiva.

**E . Orden de la actividad:** Son listados como opuestos en la escala COTE y uno o el otro es valorado. Estos comportamientos están relacionados a cuan bien un paciente puede lograr una tarea y a la calidad de su trabajo. Cualquiera de ellos puede ser prontamente observado mientras el paciente está realizando el juego del mosaico. Estos comportamientos son evaluados de la siguiente manera:

**a) Prolijidad de la actividad:**

- 0- Dadas las consignas, una gran caja de mosaicos mezclados, un trípode y cola vinílica, el paciente es capaz de crear un diseño placentero (agradable), seleccionar, ubicar y pegar los mosaicos prolijamente en el trípode durante una sesión de treinta minutos.
- 1- El diseño del paciente es de alguna manera ondulado y puede usar demasiada cola vinílica manchando el resto de la superficie y los demás mosaicos.  
Sin embargo la actividad puede ser completada dentro del tiempo previsto.
- 2- El diseño del paciente puede ser desordenado y la superficie de los mosaicos puede estar desprolija y marcada.
- 3- El paciente vuelca cola vinílica o es muy torpe o descuidado con ella puede mancharse sus manos y la superficie del trabajo los mosaicos pueden estar dispersos y pegados al azar. Algunos no están del derecho.

- 4- El terapeuta tiene que intervenir durante esa actividad por que el paciente está por volcar o colocar grandes cantidades de cola vinílica sobre el trípode y luego tirar descuidadamente los mosaicos sobre ella.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Realiza la actividad ordenadamente. Arreglo de la actividad realizada.
- 1- Ocasionalmente ignora detalles finos.
- 2- A menudo ignora detalles finos y los materiales están dispersos.
- 3- Ignora los detalles finos y los hábitos laborales molestan.  
a las personas de su alrededor, los materiales están deteriorados.
- 4- Desconoce los detalles finos, tan desordenado que el terapeuta debe intervenir.

**b) Atención al detalle:**

- 0- Dadas las consignas una gran caja de mosaicos mezclados, un trípode y cola vinílica, el paciente es capaz de crear un diseño agradable, seleccionar, ubicar y pegar los mosaicos prolijamente al trípode dentro de una sesión de 30 minutos.
- 1- El paciente tiene cierta dificultad en la selección de los mosaicos cierta precisión se nota cuando el paciente los ubica sobre el trípode. El paciente utiliza totalmente 60 minutos para finalizar la tarea completa.

- 2- El paciente ocupa tiempo excesivo para decidir sobre el diseño o seleccionar los mosaicos. Sin embargo una vez que estos pasos han sido logrados, el puede completar esta fase de la tarea dentro de los 60 minutos.
- 3- Le lleva al paciente por lo menos dos horas para completar la actividad. Cada mosaico es colocado con mucha precisión y el paciente puede hasta utilizar las herramientas para asegurar la posición correcta .
- 4- El paciente ocupa varias sesiones para completar la tarea, si es que es completada. El parece seleccionar los más pequeños mosaicos disponibles y puede usar compases para elegir y medir la posición.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Pone atención a los detalles apropiadamente.
- 1- Ocasionalmente, demasiado conciso.
- 2- Mayor atención a los detalles en general, que los que se requieren.
- 3- Tan conciso que el proyecto tomará dos veces el tiempo esperado.
- 4-. Tan preocupado que el proyecto nunca conseguirá terminarse.

**F . Solución de problemas:** Puede ser observado en muchas situaciones. Por ejemplo en una actividad grupal como el armar rompecabezas, este comportamiento puede ser fácilmente observado. Se les da a los pacientes paquetes conteniendo todos los elementos menos uno de un simple rompecabezas (infantil) más una pieza perteneciente a otro rompecabezas. Se le indica que los arme. El comportamiento sería valorado :

- 0- Dadas las indicaciones, el paciente rápidamente arma su rompecabezas. Èl es capaz de determinar que tiene una pieza de más y se acerca a otros pacientes tratando de negociar la pieza que le falta y de donar su pieza sobrante al paciente que la necesite.
- 1- El paciente es capaz de armar su rompecabezas sistemáticamente pero se da cuenta que tiene una pieza de más y que le falta una pieza necesaria para completar su rompecabezas. Busca consejo en el terapeuta.
- 2- El paciente utiliza la reiteración de pruebas para armarlo. Una vez que se da cuenta que le falta una pieza va de mesa en mesa y prueba todas las fichas sobrantes, finalmente es capaz de completar su rompecabezas por prueba y error. Es incapaz de reconocer la pieza que necesita sin intentar colocarla dentro del rompecabezas.
- 3- El paciente es capaz de armar su rompecabezas con esfuerzo. Trata repetidamente de colocar la pieza sobrante dentro del rompecabezas y no reconoce que es diferente.
- 4- El paciente es incapaz de armar el rompecabezas.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Soluciona los problemas sin asistencia.
- 1- Soluciona problemas después que se da una asistencia.
- 2- Los puede solucionar solo después de repetidas instrucciones.
- 3- Reconoce un problema pero no puede solucionarlo.

4- Incapaz de reconocer o solucionar un problema.

**G . Complejidad y organización de la tarea:** Puede ser evaluado usando actividades multinivel como trenzado en cuero. Cada estilo de trenzado lleva su propio nivel de complejidad. Este comportamiento es evaluado de la siguiente manera:

- 0- Dadas las consignas, el paciente es capaz de lograr la puntada doble ojal, puede unir el trenzado, comenzar y terminarlo sin dificultad.
- 1- El paciente puede realizar el trenzado pero no puede darse cuenta de como unirlo, comenzar o terminarlo aún con instrucciones detalladas.
- 2- El paciente puede hacer la doble puntada con dificultad. Tiene problemas tratando de mantener la curva fuera de la cinta y realiza una puntada a la vez, en vez de organizar un método o desarrollar un ritmo.
- 3- El paciente puede solamente hacer puntadas simples, como del tipo simple (una detrás de otra) y enrollar. Necesita apoyo del terapeuta.
- 4- El paciente no puede realizar la tarea.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Organiza y desempeña todas las tareas dadas.
- 1- Ocasionalmente tiene problemas con la organización de actividades complejas que debe ser capaz de hacer.
- 2- Puede organizar actividades simples pero no complejas.
- 3- Puede realizar solo actividades muy simples con la

organización impuesta por el terapeuta.

- 4- Incapaz de organizar o conducir una actividad cuando todas las herramientas, materiales y directivas están disponibles.

**H . Aprendizaje inicial** : Puede ser demostrado por actividades que sean no familiares al paciente y que requerirían instrucción. El armado de un cinturón de cuero encadenado (pegado) puede proveer un medio excelente en el cual observar este comportamiento y sería evaluado de la siguiente manera:

- 0- El paciente es capaz de seguir todas las instrucciones escritas o verbales y comienza el cinturón, aún la variedad de doble ancho, sin ayuda del terapeuta.
- 1- El paciente es capaz de aprender la actividad durante la sesión pero necesita apoyo del terapeuta para comenzar. Luego que el profesional comienza la actividad, el paciente es capaz de continuar independientemente.
- 2- El paciente es incapaz de hacer uniones de doble ancho pero puede lograr una variedad de ancho simple con mínima ayuda del terapeuta. Sin embargo, como en el punto anterior, el terapeuta debe comenzar el cinturón.
- 3- El paciente es incapaz de unir el cinturón encadenado (pegado) sin ayuda ocasional del terapeuta a lo largo de toda la actividad.
- 4- El paciente es incapaz de unir aún el cinturón más elemental con completa ayuda e instrucción del terapeuta.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Aprende una nueva actividad rápidamente y sin dificultad.
- 1- Ocasionalmente tiene dificultad de aprendizaje para una actividad compleja.
- 2- Tiene frecuentes dificultades en el aprendizaje de una actividad compleja pero puede aprender actividades simples.
- 3- Incapaz de aprender actividades complejas, dificultad en el aprendizaje de actividades simples.
- 4- Incapaz de aprender una nueva actividad.

**I. Interés en la actividad:** Ilustra el deseo del paciente de probar cosas nuevas o diferentes. Este comportamiento puede ser observado durante la actividad motora gruesa utilizando el paracaídas. Este comportamiento es evaluado de la siguiente manera :

- 0- El paciente participa con entusiasmo.
- 1- El paciente desea participar y lo hace, aunque de alguna manera precavido en un inicio. Luego de diez o quince minutos él participa entusiastamente.
- 2- El paciente participa por estar en el lugar, demostrando no compromiso con la tarea.
- 3- El paciente puede unirse a la actividad por los primeros 5 minutos, pero luego se mantiene fuera de círculo y observa a los otros participar.
- 4- El paciente no participa y no desea ser un espectador.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Se interesa en una variedad de actividades.

- 1- Ocasionalmente no se interesa en una actividad nueva.
- 2- Muestra interés ocasional en una parte de la actividad.
- 3- Se compromete en actividades pero no muestra interés.
- 4- No participa.

**J . Interés en la culminación :** Indica si el paciente puede establecer logros y trabajar hacia ellos tomando los pasos necesarios. Actividades: craft (recortado y pegado de figuras que tendrán volumen) como el decoupage requieren muchos pasos y un compromiso para completarlo. Este comportamiento es evaluado a continuación:

- 0- El paciente selecciona cuidadosamente su diseño o artículo para ser decoupage prepara la superficie de madera apropiadamente y expresa preocupación por que todo sea hecho correctamente y desea que su producto final sea agradable.
- 1- El paciente quiere realizar la actividad e inicialmente realiza su aporte, aunque su interés se acaba antes de que la actividad sea terminada. Muy frecuentemente las primeras partes de la actividad son hechas con cuidado y los últimos pasos trabajosamente logrados.
- 2- El paciente parece querer terminar la actividad tan rápido como sea posible y no demuestra verdadera preocupación. Sin embargo, él realmente expresa, el deseo de terminar la tarea.
- 3- El paciente realiza la actividad solo por que el terapeuta lo estimula. El no demuestra preocupación para completar la actividad.

4- El paciente no demuestra interés o placer en la actividad. Él no la completa y la descarta o abandona.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

0- Interesado en terminar la actividad.

1- Falta ocasional de interés o placer en la comunicación de una actividad de largo plazo.

2- Interés o placer en la culminación a corto plazo, falta de interés en la actividad a largo plazo.

3- Solamente interés ocasional en terminar cualquier actividad.

4- Ningún interés o placer en la culminación de la actividad.

**K . Toma de decisiones:** Es una parte integral de la vida diaria y puede depender en el número y tipo de opciones y el grado de apoyo disponible. El proceso de seleccionar una actividad para hacer en terapia ocupacional puede ilustrar este comportamiento y sería medido de la siguiente manera :

0- Luego de tratar con el terapeuta lo relacionado a los logros para el tratamiento el paciente es capaz de seleccionar una actividad entre aquellas disponibles y proceder independientemente.

1- Luego de tratar con el terapeuta lo relacionado a los logros para el tratamiento el paciente selecciona una actividad apropiada pero ocasionalmente busca la aprobación del terapeuta.

- 2- El paciente toma decisiones sobre su actividad pero frecuentemente busca la aprobación del terapeuta.
- 3- El paciente es capaz de seleccionar una actividad cuando se le dan dos alternativas.
- 4- El paciente es incapaz o se rehusa a tomar decisiones.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Toma decisiones propias.
- 1- Toma decisiones pero ocasionalmente busca la aprobación del terapeuta.
- 2- Toma decisiones pero a menudo busca aprobación del terapeuta
- 3- Toma decisiones solo cuando se le proporcionan dos opciones.
- 4- No puede tomar ninguna decisión o se rehusa a tomar una decisión.

**L . Tolerancia a la frustración:** Puede ser un indicador de la habilidad del paciente para perseverar en actividades cuando cada fase no se realiza con facilidad. Este comportamiento puede ser observado cuando se le solicita a los pacientes ensamblen madera (conjunto de distintas piezas).

- 0- El paciente es capaz de ensamblar las piezas de madera de una caja para herramientas. Él planea cuidadosamente el ensamble y es capaz de continuar superando inconvenientes menores.

- 1- El paciente se frustra frecuentemente cuando el ensamblado no es suave, pero puede realizar tareas simples.
- 2- El paciente frecuentemente se frustra con tareas de más de un paso, pero es capaz de lograrlas.
- 3- El paciente se frustra con todos los aspectos del ensamble pero trata de continuar la actividad.
- 4- El paciente se frustra tanto con una tarea simple que se rehusa o es incapaz de continuar.

Los autores del COTE establecen otro ejemplo a modo de criterio de evaluación que puede asistir al terapeuta en la calificación de este comportamiento.

- 0- Maneja todas las tareas sin frustrarse demasiado.
- 1- Ocasionalmente, se frustra con las tareas más complejas, puede manejar tareas simples.
- 2- A menudo se siente frustrado con las tareas mas complejas pero es capaz de manejar tareas simples.
- 3- A menudo se siente frustrado con cualquier tarea pero intenta continuar.
- 4- Se siente tan frustrado con las tareas simples que es incapaz de funcionar .

Las consideraciones teóricas relacionadas a la perspectiva histórica de la disciplina de la terapia ocupacional, la asistencia humanitaria, las creencias de los fundadores, el rol de la ocupación y la actividad, la expansión de la teoría y la práctica, la analogía síntoma

- actividad, la medicación, terapia ocupacional en la comunidad, la especificación de términos en terapia ocupacional y su relación a los conceptos de actividad y salud nos dieron una primera aproximación a algunos aspectos de nuestra profesión. Investigaciones relacionadas en esquizofrenia, sus diferentes tipos y formas de presentación clínica nos situaron en los principales problemas que presenta la muestra seleccionada. La inclusión de los paseos terapéuticos a la comunidad como un programa de intervención es utilizado consistentemente en la literatura internacional de terapia ocupacional y por los diferentes autores dentro del paradigma de la ocupación, fueron considerados y nos asistieron en la delineación y planificación de nuestra investigación con algunas modificaciones relacionadas a las diferencias de los contextos sociales y culturales. Los aspectos ambientales, que Mosey (1981) considera una herramienta legítima y singular de terapia ocupacional y a la luz de los postulados de Kielhofner (1985) fueron analizados y revisados, por ser un aspecto importante a tenerse en cuenta cuando un grupo de pacientes coordinados por un terapeuta ocupacional que se dispone a realizar un paseo a la comunidad, entra en interacción con el mismo. Algunas investigaciones en relación a los terapeutas ocupacionales que utilizan el modelo de trabajo grupal y que teorizan acerca de su poderosa influencia en nuestra disciplina se revisaron para comprender este concepto en relación al grupo que realiza un paseo terapéutico. Luego de la revisión de numerosos instrumentos de medición o evaluación en terapia ocupacional, y casi un criterio excluyente en relación a su utilización si se piensa en una investigación de este tipo, fueron analizados de la misma manera en que se revisó la literatura nacional e internacional por medio de bases de datos y sistemas de

recuperación de información computarizados para los profesionales de la salud. La elección del Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE) fue realizada por numerosos motivos entre los cuales los más importantes obedecen a cuestiones de índole institucional, que su utilización no requiere un entrenamiento o certificación especial y por el alto coeficiente de correlación hallado por los terapeutas ocupacionales que lo utilizan para este estudio en algunos exámenes utilizando métodos especiales referidos a mediciones pre-test. Por ser una evaluación referida a criterio y no a norma, y por sus altos índices de fiabilidad y validez resultó en todos los aspectos adecuado para este estudio.

Las consideraciones anteriores, la experiencia profesional en terapia ocupacional en psiquiatría de los terapeutas ocupacionales que realizaron este trabajo, la adecuación institucional para el desempeño del mismo en los hospitales Moyano y Borda y la concordancia de la metodología de la investigación en el presente trabajo con los criterios de los servicios de investigación y docencia de las instituciones mencionadas con anterioridad, la retroalimentación teórica y práctica profesional de terapeutas ocupacionales del país y del extranjero, la asistencia del director de tesis y la supervisión metodológica de la Prof. Nuria Cortada de Kohan, nos dieron la oportunidad de trabajar, formular y validar la hipótesis de investigación *pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia (realizado por un médico psiquiatra, siguiendo los criterios diagnósticos del D.S.M. IV) se favorecen (habrá una estadística significativa con indicadores cuanti y cualitativos) en el desempeño ocupacional en las áreas de comportamiento general, interpersonal, de tareas y en sus respectivos componentes, al*

*participar en paseos terapéuticos programados periódicamente coordinados por un terapeuta ocupacional y un auxiliar de terapia ocupacional, medidos por el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale by Brayman, S.J.; Kirby, T. F.; Misenheimer, A. M. and Short, M. J..*

## **6.2 Metodología**

### **6.2.1 Sujetos**

#### **6.2.1.1 Muestra**

La muestra se compuso de veinte pacientes (N= 20) con diagnóstico de esquizofrenia entre 30 y 45 años de edad en condición crónica, realizado por el médico psiquiatra, de los Hospitales Municipales Neuropsiquiátricos Moyano A. y Borda T. , de los cuales diez son del sexo femenino(e.p.=39.5) y el resto de sexo masculino(e.p.=37.1) respectivamente Los pacientes que componen esta muestra en su gran parte (87%) son de un bajo nivel socioeconómico y grado de instrucción regular (escolaridad primaria 79%), escolaridad secundaria incompleta (19%) y universitarios (2%); con escasa o nula contención familiar y de grupos de pertenencia no familiares (menos de una visita semanal); en su mayoría (87%) han sostenido trabajos en forma transitoria sin relación de dependencia, razón por la cual no tienen cobertura social ni previsional; recibiendo tratamiento psicofarmacológico, psicológico y terapia ocupacional durante el período de estudio pero sin incluir cambios substanciales en los mismos, a excepción de los paseos terapéuticos que pertenecen al estudio (total 96 paseos terapéuticos a la comunidad).

Voluntarios para este estudio de investigación mediante compromiso firmado por el paciente, médico psiquiatra, psicólogo.

#### **6.2.1.2. Criterio de selección y asignación**

Los pacientes pertenecen a dos instituciones, los criterios de inclusión fueron: diagnóstico, edad, sexo y voluntarios para desempeñar un estudio de 1 año de duración, determinada la población (50 pacientes) de cada institución se confeccionó una tabla de números random para seleccionar 10 pacientes de cada institución (n= 20) que constituyen la muestra actual y se utilizó la misma para seleccionar dos grupos de 5 personas.

III Objetivos: sobre la base de mediciones post-test, se realizaron los exámenes de la muestra y se concluyó en los siguientes objetivos que delimitaron el campo de acción en lo referente a los alcances que debía tener el estudio.

#### **III.1. A largo Plazo**

III.1.1. Mejorar la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, mediante la implementación de los recursos disponibles en la disciplina de terapia ocupacional.

III.1.2. Mejorar el desempeño ocupacional en una muestra (representativa de la población o universo de estudio) específicamente en relación a las áreas de medición que establecen las variables dependientes (1- Comportamiento General ;2- Comportamiento

Interpersonal; 3- Comportamiento de Tareas) y su incidencia en la inserción social del paciente.

### **III.2 A corto Plazo**

III.2.1. Obtener información cuantitativa y cualitativa de como mejoran las variables dependientes que se incluyen en la evaluación estandarizada de terapia ocupacional.

## 7 Resultados

Esta sección presenta los resultados y hallazgos estadísticos sin interpretación. Se han realizado estudios en relación a la muestra representativa de la población estudiada de los Hospitales Neuropsiquiátricos Braulio A. Moyano y José T. Borda. La información se organiza del siguiente modo: a) tablas de agrupación de información no agrupada de puntuaciones de pacientes discriminada por variable de análisis, separados por ámbito de tratamiento (los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional de los hospitales antes mencionados, respectivamente), considerando separadamente comportamiento general, comportamiento interpersonal y comportamiento de tareas; y las instancias en relación a la modalidad de los paseos terapéuticos en el marco de la intervención de terapia ocupacional y las mediciones efectuadas con un instrumento de medición formal denominado Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale by Brayman, S; Kirky, T.; Misenheimer, A; Short, M.J.; b) organización de variables anteriores y la relación de los datos agrupados por puntajes de pacientes individuales; c) tablas de distribución de frecuencias organizadas en columnas de datos que incluyen el número o frecuencias de casos ( la tabla de distribución de frecuencias describe la edad y el sexo de la muestra representativa de la población en el estudio; d) la obtención de las medidas de tendencia central y dispersión más importantes (  $\bar{x}$  = media,  $\sigma$  = desviación standar ), la primera es el índice más ampliamente utilizado y familiar de tendencia

central. La media es el promedio aritmético de todas las calificaciones en una distribución y la segunda es el valor más importante para medir la dispersión de una distribución; e) el cálculo de coeficiente de correlación y el índice del grado de relación entre dos variables es el coeficiente de correlación. Este índice puede variar desde 0, lo que indica ninguna relación, a + 1.00 ó - 1.00 lo que indica una correlación perfecta positiva o negativa entre las dos variables. Se midió con el coeficiente de correlación Pearson que es utilizado para probar si existe una relación estadísticamente significativa entre dos variables; g) estudio de la fiabilidad relacionada a la medición de la consistencia del instrumento, fiabilidad que ha sido calculada en relación a los coeficientes de correlación y corroborados por el coeficiente de correlación Pearson para las mediciones de los terapeutas ocupacionales y del instrumento de evaluación cuya fiabilidad es informada por estudios de mediciones de este valor en la literatura internacional ( Véase fiabilidad y validez del Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale by Brayman, S; Kirky, T.; Misenheimer, A; Short, M.J.).

A) Estudio del comportamiento general (X 1); B) Comportamiento interpersonal (X 2) y C) Comportamiento de tareas (X 3)

B) Se estudiará el comportamiento general, interpersonal y de tareas de los Hospitales Neuropsiquiátricos Braulio A. Moyano y José T. Borda en relación a la consideración de las puntuaciones de la primera medición con el instrumento de medición mencionado, las puntuaciones de la segunda medición con el mismo instrumento de evaluación como resultado de la instrumentación de los paseos terapéuticos en la muestra estudiada y como único cambio sustancial que estos

pacientes reciben durante el período en que se efectúa el presente estudio por las terapistas ocupacionales.

Pacientes del Hospital B. Moyano y José T. Borda:

1. X 1 A (M) = pacientes del H. Moyano, comportamiento general antes del tratamiento.
2. X 1 D (M) = pacientes del H. Moyano comportamiento general después del tratamiento.
3. X 1 A (B) = pacientes del H. Borda, comportamiento general antes del tratamiento.
4. X 1 D (B) = pacientes del H. Borda, comportamiento general después del tratamiento.
5. X 2 A (M) = pacientes del H. Moyano, comportamiento interpersonal antes del tratamiento.
6. X 2 D (M) = pacientes del H. Moyano, comportamiento interpersonal después del tratamiento.
7. X 2 A (B) = pacientes del H. Borda, comportamiento interpersonal antes del tratamiento.
8. X 2 D (B) = pacientes del H. Borda, comportamiento interpersonal después del tratamiento.
9. X 3 A (M) = pacientes del H. Moyano, comportamiento de tareas antes del tratamiento.
10. X 3 D (M) = pacientes del H. Moyano, comportamiento de tareas después del tratamiento.
11. X 3 A (B) = pacientes del H. Borda, comportamiento de tareas antes del tratamiento.
12. X 3 D (B) = pacientes del Borda, comportamiento de tareas después del tratamiento.

---

**PACIENTES DE HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO BRAULIO A. MOYANO  
ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO GENERAL (X 1)**

---

<b>PACIENTE N°</b>	<b>X 1 A(M)</b>	<b>X 1 D (M)</b>
1	21	13
2	20	10
3	20	13
4	26	19
5	22	15
6	18	11
7	17	10
8	16	9
9	24	16
10	20	13

---

## DESCRIPTIVOS

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
CGMA	10	16,00	26,00	20,4000	3,0623
CGMD	10	9,00	16,00	12,9000	3,1073
N válido ( según lista)	10				

## PRUEBA T

### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación tip.	Error tip. de la media
Par 1 CGMA	20,4000	10	3,0623	,9684
CGMD	12,9000	10	3,1073	,9826

### Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CGMA y CGMD	10	,950	,000

Pruebas de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t.
	Media	Desviación tipo	Error tip.de la media	Intervalo de confianza para la diferencia		
				Superior	Inferior	
Par 1 CGMA- CGMD	7,5000	,9718	,3073	6,8048	8,1952	24,405

Prueba de muestras relacionadas

	gl	Sig. (bilateral)
Par1 CGMA-CGMD	9	,000

---

**PACIENTES DE HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO JOSÉ T. BORDA  
ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO GENERAL (X 1)**

---

<b>PACIENTE N°</b>	<b>X 1 A (B)</b>	<b>X 1 D (B)</b>
11	22	13
12	20	12
13	21	16
14	18	11
15	17	14
16	16	12
17	21	12
18	20	18
19	17	11
20	18	15

---

## DESCRITIVOS

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
CGBA	10	16,00	22,00	19,0000	2,0548
CGBD	10	11,00	18,00	13,4000	2,3190
N válido ( según lista)	10				

## PRUEBA T

### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación tip.	Error tip. de la media
Par 1 CGBA	19,0000	10	2,0548	,6498
CGBD	13,4000	10	2,3190	,7333

### Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CGBA y CGBD	10	,303	,395

Pruebas de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t.
	Media	Desviación tipo	Error tip.de la media	Intervalo de confianza para la diferencia		
	Inferior	Superior				
Par 1 CGBA-CGBD	5,6000	2,5906	,8192	3,7468	7,4532	6,836

Prueba de muestras relacionadas

	gl	Sig. (bilateral)
Par1 CGMBA-CGBD	9	,000

---

**PACIENTES DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO BRAULIO A. MOYANO**  
**ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL ( X 2 )**

---

<b>PACIENTE N°</b>	<b>X 2 A ( M )</b>	<b>X 2 D ( M )</b>
1	19	11
2	20	10
3	19	14
4	23	17
5	19	13
6	18	12
7	15	9
8	17	11
9	21	15
10	20	11

---

## DESCRIPTIVOS

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
CIMA	10	15,00	23,00	19,1000	2,1833
CIMD	10	9,00	17,00	12,3000	2,4518
N válido ( según lista)	10				

## PRUEBA T

### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación tip.	Error tip. de la media
Par 1 CIMA	19,1000	10	2,1833	,6904
CIMD	12,3000	10	2,4518	,7753

### Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CIMA CIMD	10	,762	,010

Pruebas de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t.
	Media	Desviación tipo	Error tip.de la media	Intervalo de confianza para la diferencia		
				Inferior	Superior	
Par 1 CIMA-CIMD	6,8000	1,6193	,5121	5,6416	7,9584	13,279

Prueba de muestras relacionadas

	gl	Sig. (bilateral)
Par1 CIMA-CIMD	9	,000

---

**PACIENTES DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO JOSÉ T. BORDA**  
**ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL ( X 2)**

---

<b>PACIENTE N°</b>	<b>X 2 A ( B )</b>	<b>X 2 D ( B )</b>
11	19	10
12	18	8
13	17	11
14	19	10
15	15	7
16	14	12
17	18	10
18	19	15
19	14	6
20	15	11

---

## DESCRIPTIVOS

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
CIBA	10	14,00	19,00	16,8000	2,0976
CIBD	10	6,00	15,00	10,0000	2,5820
N válido ( según lista)	10				

## PRUEBA T

### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación tip.	Error tip. de la media
Par 1 CIBA	16,8000	10	2,0976	,6633
CIBD	10,0000	10	2,5820	,8165

### Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CIBA y CIBD	10	,369	,294

Pruebas de muestras relacionadas

	Deferencias relacionadas					t.
	Media	Desviación tipo	Error tip.de la media	Intervalo de confianza para la diferencia		
				Inferior	Superior	
Par 1 CIBA-CIBD	6,8000	2,6583	,8406	4,8984	8,7016	8,089

Prueba de muestras relacionadas

	gl	Sig. (bilateral)
Par1 CIBA-CIBD	9	,000

---

**PACIENTES DE HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO BRAULIO A. MOYANO**  
**ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE TAREAS (X 3)**

---

<b>PACIENTE N°</b>	<b>X 3 A ( M )</b>	<b>X 3 D ( M )</b>
1	37	22
2	33	22
3	35	24
4	42	30
5	34	23
6	36	24
7	30	18
8	34	22
9	38	27
10	33	21

---

## DESCRIPTIVOS

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
CTMA	10	30,00	42,00	35,2000	3,2931
CTMD	10	18,00	30,00	23,3000	3,3015
N válido ( según lista)	10				

## PRUEBA T

### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación tip.	Error tip. de la media
Par 1 CTMA	35,2000	10	3,2931	1,0414
CTMD	23,3000	10	3,3015	1,0440

### Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CTMA y CTMD	10	,934	,000

Pruebas de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t.
	Media	Desviación tipo	Error tip.de la media	Intervalo de confianza para la diferencia		
				Inferior	Superior	
Par 1 CTMA- CTMD	11,9000	1,1972	,3786	11,0436	12,7564	31,432

Prueba de muestras relacionadas

	gl	Sig. (bilateral)
Par1 CTMA-CTMD	9	,000

---

**PACIENTES DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO JOSÉ T. BORDA**  
**ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE TAREAS ( X 3 )**

---

<b>PACIENTE N° (B)</b>	<b>X 3 A ( B)</b>	<b>X 3 D</b>
11	35	24
12	38	22
13	38	25
14	34	22
15	31	21
16	36	22
17	38	22
18	36	28
19	34	20
20	33	21

---

## DESCRITIVOS

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
CTBA	10	31	38	35,3000	2,3594
CTBD	10	20	28	22,7000	2,3594
N válido ( según lista)	10				

## PRUEBA T

### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación tip.	Error tip. De la media
Par 1 CTBA	35,3000	10	2,3594	,7461
CTBD	22,7000	10	2,3594	,7461

### Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CTBA y CTBD	10	,417	,230

Pruebas de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t.
	Media	Desviación tipo	Error tip.de la media	Intervalo de confianza para la diferencia		
				Inferior	Superior	
Par 1 CTBA-CTBD	12,600	2,5473	,8055	10,7778	14,4222	15,642

Prueba de muestras relacionadas

	gl	Sig. (bilateral)
Par1 CTBA-CTBD	9	,000

Se proporciona un análisis de los resultados considerando (1) Áreas del Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale, COTE es decir para el comportamiento general, interpersonal y de tareas; (2) y los comportamientos enumerados para cada una (A a G; A a F y A a L, respectivamente y para cada área). Pueden verse los resultados en cuadro resumen que sigue:

### CUADRO RESUMEN

	HOSPITAL MOYANO		HOSPITAL BORDA	
	COTE ANTES	COTE DESPUÉS	COTE ANTES	COTE DESPUÉS
<b>COMPORTAMIENTO GENERAL</b>	x = 20,40 S = 3,06	x = 12,90 S = 3,10	x = 19 S = 2,05	x = 13,40 S = 2,31
	$\Gamma = 0,950$ AD Difer.medias = t = 24,40 muy significativa 0,000		$\Gamma = 0,303$ AD Difer.medias = t = 6,83 muy significativa 0,000	
<b>COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL</b>	x = 19,10 S = 2,18	x = 12,30 S = 2,45	x = 16,80 S = 2,09	x = 10 S = 2,58
	$\Gamma = 0,762$ AD Difer.medias = t = 13,279 muy significativa 0,000		$\Gamma = 0,369$ AD Difer.medias = t = 8,089 muy significativa 0,000	
<b>COMPORTAMIENTO DE TAREAS</b>	x = 35,20 S = 3,29	x = 23,30 S = 3,30	x = 35,30 S = 2,35	x = 22,70 S = 2,35
	$\Gamma = 0,934$ AD Difer.medias = t = 31,43 muy significativa 0,000		$\Gamma = 0,417$ AD Difer.medias = t = 15,642 muy significativa 0,000	

I. Para el área de *comportamiento general* y para la primera evaluación se obtuvo un resultado promedio de 20,4 puntos y 19 puntos para el Hospital Braulio A. Moyano y José T. Borda, respectivamente. El área de *comportamiento general* en la segunda evaluación medidas por el COTE y como resultado directamente atribuido a la intervención de terapia ocupacional con un programa especial de paseos terapéuticos a la comunidad; 12,9 puntos y 13, 4 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente. Todas las diferencias antes-después de las medidas fueron altamente significativas (  $p = 0,000$ ).

II. Para el área de *comportamiento interpersonal* y para la primera evaluación se obtuvo un resultado promedio de 19,1 puntos y 16,8 puntos para el Hospital Braulio A. Moyano y José T. Borda, respectivamente. El área de *comportamiento interpersonal* en la segunda evaluación medidas por el COTE y como resultado directamente atribuido a la intervención de terapia ocupacional con un programa especial de paseos terapéuticos a la comunidad; 12,3 puntos y 10 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente.

III. Para el área de *comportamiento de tareas* y para la primera evaluación se obtuvo un resultado promedio de 35,2 puntos y 35,3 puntos para el Hospital Braulio A. Moyano y José T. Borda, respectivamente. El área de *comportamiento de tareas* en la segunda evaluación medidas por el COTE y como resultado directamente atribuido a la intervención de terapia ocupacional con un programa especial de paseos terapéuticos a la comunidad; 23,3 puntos y 22,7 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente

1. Los resultados de las variables dentro del área de comportamiento general son como sigue;

(A) Para la variable *apariencia* los resultados promediaron en 4 puntos y 4 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 3 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(B) Para la variable *comportamiento no productivo* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(C) Para la variable *nivel de actividad* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(D) Para la variable *expresión* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(E) Para la variable *responsabilidad* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(F) Para la variable *puntualidad* los resultados promediaron en 2 puntos y 2 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 1 puntos y 1 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(G) Para la variable *orientación a la realidad* los resultados promediaron en 3 y 3 puntos y puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

2. Los resultados de las variables dentro del área de comportamiento interpersonal son como sigue;

(A) Para la variable *independencia* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(B) Para la variable *cooperación* los resultados promediaron en 3 puntos y 2 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 1 puntos y 1 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(C) Para la variable *auto asertividad* los resultados promediaron en 4 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(D) Para la variable *sociabilidad* los resultados promediaron en 4 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(E) Para la variable *comportamiento para conseguir atención* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(F) Para la variable *respuesta negativa de otros* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

3. Los resultados de las variables dentro del área de comportamiento de tareas son como sigue;

(A) Para la variable *compromiso* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(B) Para la variable *concentración* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(C) Para la variable *coordinación* los resultados promediaron en 3 puntos y 2 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(D) Para la variable *seguir directivas* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(E) Para la variable E orden en la actividad / atención a los detalles el terapeuta ocupacional debe calificar una variable y solo una de ella. De este modo, en este estudio y para esta variable se obtuvieron los siguientes resultados. Para las pacientes que constituyeron la muestra del Hospital Braulio A. Moyano; el 100% de las mismas (Base = 8) promediaron en 3 puntos, siendo calificadas en la variable orden en la actividad. El resto de ellas (Base = 2) fue calificada en la variables atención a los detalles obteniendo un promedio de 4 puntos para la misma y considerado como 100% y en la primera evaluación de terapia ocupacional efectuando la medición con el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE). Esta misma muestra en un 100 % obtuvo para la variable orden en la actividad un promedio de 2 puntos (Base = 8) y 2 pacientes fueron calificadas con 3 puntos, considerada como 100% (Base=2). Atribuyendo estos resultados a la intervención de terapia ocupacional con su programa de paseos terapéuticos a la comunidad. En la institución José T. Borda el 100% de los pacientes fue calificado en la variable atención a los detalles (Base = 10) obteniendo un puntaje promedio de 3 puntos en la primera evaluación de terapia ocupacional. Esta misma muestra obtuvo en un 100% un puntaje promedio de 2 puntos (Base = 10) y para

la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(F) Para la variable *solución de problemas* los resultados promediaron en 3 puntos y 4 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(G) Para la variable *complejidad y organización de la tarea* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(H) Para la variable *aprendizaje inicial* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(I) Para la variable *interés en la actividad* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 1 puntos para las instituciones

antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(J) Para la variable *interés en la culminación* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 1 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(K) Para la variable *toma de decisiones* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

(L) Para la variable *tolerancia a la frustración* los resultados promediaron en 3 puntos y 3 puntos para las Instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la primera evaluación. La misma variable calificó con 2 puntos y 2 puntos para las instituciones antes mencionadas, respectivamente y para la segunda evaluación medidas con el COTE y luego del programa de los paseos terapéuticos a la comunidad.

## 8 Conclusiones y Recomendaciones

A continuación enunciamos conclusiones de este trabajo.

. Con este diseño se administra a un grupo de sujetos un pre-test seguido de un tratamiento, el que continúa luego por un post-test. El tratamiento se considera efectivo si existe una diferencia significativa entre las calificaciones de pre- y post-test. Un diseño de este tipo está sujeto a la amenaza relacionada con la validez interna. Por ejemplo es posible que algo más que el tratamiento cause el cambio en las calificaciones pre- y post-test tales como la experiencia de recuperación espontánea entre el período pre- y post test. Sin embargo esto es improbable por que los pacientes con patologías cambiantes no estaban incluidos y por que todos los pacientes tenían una condición médica estable. En consecuencia, el diseño de estudio no abandona los efectos potenciales de las otras terapias para las destrezas o comportamientos medidos en los pacientes en cuestión, pero los mantiene estables; por lo tanto se indica precaución en la interpretación de los resultados de los estudios de investigación.

. El cambio en la terminología refleja la expansión de la práctica más allá del hospital tradicional o ámbito médico, hacia la salud mental comunitaria, los ámbitos de la escuela y el hogar. Los paseos terapéuticos forman una parte importante de este contexto como tratamiento total basado exclusivamente en la comunidad o como instrumentación de ocupaciones , tareas o actividades de transición entre el ámbito de salud (hospitalario) y la comunidad.

La mejoría del desempeño ocupacional puede medirse con instrumentos referidos a criterio dentro de la disciplina de terapia ocupacional de los cuales el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale by Brayman, Kirby, Misenheimer & Short (1976) es solo un ejemplo. Este instrumento es susceptible de ser utilizado por los terapeutas ocupacionales que trabajan en el ámbito de psiquiatría. Los resultados de las evaluaciones con este instrumento muestran claramente como el desempeño ocupacional en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia progresa desde la disfunción a la función como resultado de la implementación de paseos terapéuticos a la comunidad en el contexto de terapia ocupacional. Muchos de los fracasos en los resultados funcionales de los pacientes tienen como eje problemas asociados a la relación terapéutica con el paciente, las destrezas para la evaluación, planificación y tratamiento en terapia ocupacional, para mencionar sólo algunos de ellos. Los programas que no han logrado mantener a los pacientes en la sociedad tienden a poner poco énfasis en el hecho de hacerlos participar en actividades sociales y además, el planeamiento o programación de las actividades de los pacientes no es bueno ( Rodseth & Crouch, 1996).

☺ La consideración relativa a los objetos, tareas, organizaciones, grupos sociales y la cultura pueden ser indicadores empíricos o indicaciones para la medición cualitativa de los aspectos que se relacionan a mediciones objetivas sugeridas por la utilización del COTE. La consideración de los diferentes estratos y en particular el de los *objetos* puede aportar sugerencias para las modificaciones ambientales que restringen o apoyan el desempeño de tareas y ocupaciones, en particular de esparcimiento o paseos a la comunidad. La conceptualización en relación a las tareas y si las mismas se realizan en

forma aislada o en grupo pueden afectar el comportamiento interpersonal específicamente en relación a la independencia, sociabilidad y auto-afirmación. Adicionalmente y de primordial importancia para terapia ocupacional resulta el área de comportamiento de tareas y nuevamente, la consideración de los objetos que intervienen puede correlacionarse con el nivel de concentración, solución de problemas y toma de decisiones.

- Al utilizar evaluaciones de terapia ocupacional con referencia a criterio los terapeutas ocupacionales pueden alcanzar, con las limitaciones que surgen de diferentes contextos sociales y culturales, niveles de fiabilidad y validez similares a los reportados por los autores del Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE) y de este modo contribuir a los datos de investigación básica que aportan conocimiento para la validación de los instrumentos de evaluación en estrecha relación con la efectividad de los programas de terapia ocupacional.

- Resulta una consideración importante para otros trabajos de naturaleza similar explorar el beneficio potencial de los gráficos, protocolos, planillas y su utilización con el paciente. En los paseos terapéuticos a la comunidad siempre permanece como consideración esencial que el paciente conozca la situación de evaluación, el instrumento utilizado, el alcance de la calificación, como puede obtener el puntaje más adecuado o elevado (menor o próximo a 0 en la Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale, COTE), qué se espera de él, diferentes ámbitos de medición y estilo de calificación del terapeuta ocupacional que completa el protocolo en ese momento.

Los índices de mejoría o alteración de las variables dependientes o indicadores pueden relacionarse con la progresión del paciente (en terapia ocupacional) hacia el estado de actividades saludables propuesto por Cynkin & Robinson en 1990.

En ningún caso pudo confirmarse la afirmación de Stone & Eldreds, 1959 y la de Wing y colaboradores, 1964; por que su afirmación relativa a índices cuantitativos de estímulos sociales como lo configuran los paseos terapéuticos en ningún caso desarrollo síntomas negativos y positivos para los pacientes que constituyeron la muestra. Sin embargo sus aportes pueden considerarse en las precauciones pertinentes a esta modalidad de trabajo dentro de la intervención de terapia ocupacional.

· En otros estudios es posible que las diferencias en los resultados se relacionen a diferencias inherentes en los dos grupos de sujetos diferentes. También las diferencias en los resultados pueden estar relacionados a las diferencias en los terapeutas ocupacionales que lo llevaron a cabo o en el tratamiento empleado por las diferentes instituciones, más que en la modalidad de tratamiento específico que se utilizó en terapia ocupacional. La comparación del estado de los grupos en las mediciones pre- y post-test, su selección, asignación en relación a los criterios de inclusión en la muestra (método que empleó tablas de números random) aseguran hasta cierto punto la fiabilidad de los resultados alcanzados.

· Si bien en este diseño la unidad de estudio puede ser una persona o un grupo que sea considerado colectivamente, con este tipo de investigación los sujetos sirven como su propio control y mediciones de la misma variable dependiente o variables que se repiten en el tiempo para medir sus efectos. También mientras otros factores se mantienen

constantes existe una aplicación sistemática, aislada y que generalmente lleva a la variación del tratamiento (variable independiente).

· En relación a la calificación, evaluación o medición de los pacientes en el ámbito de la realización de las actividades, tareas o desempeño ocupacional, muchas veces puede ser dificultoso, interrumpirse el proceso o despertar quejas o molestias en el desempeño de la actividad del paciente, su interrupción completa, desempeño ficticio en relación a una demanda externa, un desempeño aumentado o disminuido en calidad de ejecución. Aspectos todos que atentan contra la fiabilidad tanto interna como externa del estudio y que en todos los casos puede evitarse si se explica cuidadosamente el proceso de medición, se alienta la calificación de comportamientos en colaboración o compartida, se recuerda que la participación en el estudio es voluntaria, se intenta en otro momento durante la realización del paseo terapéutico, se solicita que los pacientes elijan los momentos, ámbitos y actividades en las cuales el proceso de medición tomará parte durante el paseo terapéutico a la comunidad y que son de su preferencia.

. En relación a los resultados los pacientes de la muestra seleccionada siempre exhibieron en la primera evaluación de terapia ocupacional utilizando el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE) mayores dificultades en el área Comportamiento de Tareas, seguido de las áreas de Comportamiento General e Interpersonal respectivamente y en ese orden. De manera similar la intervención de Terapia Ocupacional con el programa de paseos a la comunidad parece mejorar en relación a los indicadores para cada área en el mismo orden y en sentido inverso, si se emplea para esta medición post-test el mismo instrumento de medición.

· El rol del asistente en este trabajo se delinea en las funciones de planificación; asistencia directa; mediaciones durante actividades complejas, de excesivos requerimientos, especialmente de procesamiento cognitivo de diferentes niveles y su colaboración es, sino de utilidad, casi indispensable.

④ Los principales problemas funcionales de la muestra seleccionada y en relación a las variables dependientes, medidas con el instrumento de evaluación de terapia ocupacional, utilizado para este estudio fueron como sigue; en el área de comportamiento general: (a) *apariciencia*; (b) *comportamiento no productivo*, (c) *nivel de actividad*, (d) *expresión*, (e) *responsabilidad* y (f) *orientación a la realidad*; y (g) *puntualidad*, respectivamente y en orden de dificultad decreciente (Véase: 6 Resultados; Tablas de organización de datos y protocolos de la muestra para mayor detalle en relación a las calificaciones para cada variable.). En el área de comportamiento interpersonal: (a) *auto-assertividad* y (b) *sociabilidad*; (c) *independencia*, (d) *comportamiento para conseguir atención* y (e) *respuesta negativa de otros*; y (f) *cooperación*, respectivamente y en orden de dificultad decreciente (Véase: 6 Resultados, Tablas de organización de datos y protocolos de la muestra para mayor detalle en relación a las calificaciones para cada variable.). En el área de comportamiento de tareas: (a) *Solución de problemas*; (b) *compromiso*, (c) *concentración*, (d) *seguir directivas*, (e) *complejidad y organización de la tarea*, (f) *aprendizaje inicial*, (g) *toma de decisiones* y (h) *tolerancia a la frustración*; (i) *interés en la actividad* y (j) *interés en la culminación*, (k) *orden en la actividad/atención a los detalles*; (k) *coordinación* respectivamente y en orden decreciente (Véase: 6 Resultados;

Tablas de organización de datos y protocolos de la muestra para mayor detalle en relación a las calificaciones para cada variable).

- No pudieron constatarse diferencias significativas en relación a las variables dependientes medidas en una escala con un alcance de 0 a 4 establecida por el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE) para pacientes del sexo masculino y femenino, como así tampoco diferencias significativas en relación a índice de mejoría o aumento en las calificaciones de post-test para los pacientes de la muestra en relación a su edad o antecedentes.

- Los coeficientes de correlación para las áreas de comportamiento general ( $r = 0,950$ ; y  $0,303$ ), interpersonal ( $r = 0,762$  y  $0,369$ ) y de tareas ( $r = 0,934$  y  $0,417$ ) para las mediciones en los Hospitales Moyano y Borda, respectivamente; aseguran la fiabilidad y estabilidad de los acuerdos en las evaluaciones de las terapistas ocupacionales que llevaron adelante esta investiga.

- En el logro de resultados funcionales los paseos terapéuticos parecen tener una importante filiación o proximidad teórica con los programas de entrenamiento en destrezas sociales, programas pre-alta y programas de mantenimiento que en la literatura internacional se tratan como aspectos diferentes. Todos tienden al abordaje grupal y al desarrollo de las destrezas de interacción grupales como un elemento importante, progresando desde el grupo paralelo, proyecto grupal, grupo cooperativo- egocéntrico, grupo cooperativo y hasta el grupo maduro de acuerdo a lo enunciado por la PHD, OTR, FAOTA Anne Mosey en 1981; 1986.

· Los aspectos de mejoría funcional de acuerdo a las mediciones de post-test realizadas en las variables dependientes o comportamientos enumerados en las tres áreas del Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale se relacionan en alto grado con el concepto de los aspectos para enfrentarse con situaciones vitales y las destrezas del desempeño para afrontar los problemas y cambiarlos de una manera que sea funcional para si mismo y para otras personas de los cuales asumir la responsabilidad de si mismo y las consecuencias de las propias acciones forman algunos componentes como fue conceptualizado por diferentes autores en terapia ocupacional.

Se ratifica ampliamente los conceptos enumerados por Elliott y col. 1974; Emerson y col. 1983; Scull, 1977; Kielhofner, 1985, en relación a que los ambientes de tratamiento asignados para la disfunción psicosocial contribuyen a los aspectos que buscan aliviar por representar en parte un discontinuidad con los ambientes “normales” y en parte por las propiedades físicas y psicosociales inherentes a estos ámbitos. Teniendo los paseos terapéuticos un concepto marcadamente opuesto resultan de gran beneficio y potencialidad terapéutica al representar ambientes normales y por las propiedades físicas y psicosociales que implican al desarrollarse los mismos en terapia ocupacional.

Basandonos en los resultados de este estudio de investigación surgieron las siguientes recomendaciones, las cuales enunciamos debajo.

- En todos los casos la utilización de una evaluación con índices de fiabilidad y validez como la Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale facilita la comprensión de los profesionales de otras disciplinas en relación a no sólo la pertinencia de utilización de

la misma en terapia ocupacional, sino también en relación a los objetivos, alcances y abordaje de los problemas mencionados como pertinentes a nuestra disciplina. La utilización de instrumentos de evaluación o medición de este tipo en nuestros trabajos o investigaciones de rutina, alientan a los profesionales de otras áreas a una reflexión más profunda en relación a nuestro quehacer profesional y por lo tanto resultan ampliamente positivas. En el otro extremo son numerosas las publicaciones internacionales que nos alertan acerca de la utilización en diferentes contextos sociales y culturales de los instrumentos de medición alejados de los ámbitos en los cuales fueron desarrollados por sus autores. Para solucionar esta falta de continuidad y consistencia la literatura de terapia ocupacional recomienda los instrumentos referidos a criterio por su facilidad para cruzar diferentes culturas y ámbitos sociales.

- Otros estudios podrán tratar la problemática en relación a si esta modalidad de intervención en terapia ocupacional puede ser conducida sólo por auxiliares o asistentes de terapia ocupacional. En el contexto del presente trabajo, el asistente sólo es asignado con tareas de colaboración y en relación a los roles antes mencionados; creemos que los aspectos de medición e intervención en situaciones problemáticas, podrían ser la principal dificultad si se piensa en la conducción de este programa por un asistente.

- En relación a algunos aspectos teóricos de importancia además de los formulados en las conceptualizaciones anteriores, consideramos la efectividad de los paseos terapéuticos a la comunidad como un programa especial de intervención para promover efectos saludables en los pacientes. Esto lo relacionamos en alto grado con los conceptos de asistencia humanitaria; rol de la ocupación y la actividad; las creencias de los fundadores;

el reconocimiento de la expansión de las teorías y la práctica de la disciplina de terapia ocupacional desde el pasado y hasta nuestros días; terapia ocupacional y el reconocimiento de los beneficios del área o especialización psicosocial dentro del campo de terapia ocupacional.

## 9 Referencias

- Allen, C. (1985). Occupational Therapy for Psychiatric Diseases: Measurement and Management of Cognitive Disabilities. Boston: Little Brown. USA..
  
- Allen, C. (1992). Occupational Therapy Treatment Goals for the Physically and Cognitively Disabled. The American Occupational Therapy Association, Inc. Rockville. Maryland.
  
- American Journal of Occupational Therapy (1977). A.O.T.A. 60th Anniversary 1967-1977. Commemorative Issue, 10:625-712.
  
- American Occupational Therapy Association (1967). Then-And Now: 1917-1967. A.O.T.A.. Rockville, Md..
  
- American Occupational Therapy Association (1972). Occupational Therapy: its definition and functions. Am. J. Occup. Ther., 26,204. USA..
  
- American Psychiatric Association APA. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th. Ed). Washington, DC Author.
  
- Andreasen, N. C. (1987). The Diagnosis of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13, 9-22. U.S.A..

- Andreasen & Carpenter, W.T. (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 199-213. U.S.A.
  
- A.O.T.A (1989) Uniform Terminology of Occupational Therapy - Second Edition .Am. J. Occ. Ther V 43, Number 12. U.S.A. .
  
- Asher, I. E. (1989). An Annotated Index of Occupational Therapy Evaluation Tools. AOTA. USA.
  
- Barris, R.; Kielhofner, G.; Levine, R. and Neville, A. (1985). Occupation as Interaction with the Environment in Kielhofner (1985). A Model of Human Occupation: Theory and application. Williams & Wilkins. (ed). USA..
  
- Bilder, R. M.; Wu, H.; Bogerts, B.; Degreef, G.; Ashtari, M.; Alvir, J. M.; Snyder, P.J.; Lieberman, J.A. (1994). Absence of Regional Hemispheric Volume asymmetries in first-episode schizophrenia. Am. y Psychiatry. 151 (10): 1437-47. USA.
  
- Bloomer, J.; Williams, S. L. (1978) . Bay Area Functional Performance Evaluation. In Hemphill, B. (1982). Psychiatric Occupational Therapy. Slack. USA.
  
- Bloomer and Williams, S. L., (2 th ed. 1987). Bay Area Functional Performance Evaluation (BaFPE) in Asher I.E. (1989). An Annotated Index of Occupational Therapy Evaluation Tools. A.O.T.A. .U.S.A. .
  
- Bonder, B.R. (1995). Psychopatology Function. 2Th edition. Slack, inc.. USA.

- Brayman, S; Kirby, T.; Misenheimer, A.; Short, M, J. (1976).C.O.T.E. (Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale). The American Journal of Occupational Therapy. Volume 30, N°2. USA..
  
- Brollier, C.; Watts, J. H.; Bauer, D. & Schmidt, W. (1989). A content validity study of the assessment of occupational functioning. Occupational Therapy in Mental Health, 8, 29-47. ( I, R ). USA.
  
- Bruce, M.A. & Borg, B. (1993).”Psychosocial Occupational Therapy , Frames of Reference for intervention. 2th. Slack (inc). USA..
  
- Cartwright, D. and Zander, A. (1968), Group Dynamics: Research and Theory. Harper Row. New York.
  
- Cole, M. B. (1993). “Group Dynamics in Occupational Therapy”. The Theoretical Basis and practice application of Group Treatment. Slack, inc.. USA..
  
- Crane, G.E.(1977). The prevention of tardive dyskinesia. Am. J. Psychiat 134:756-758. USA..
  
- Cutler, S. K. & Stein, F. (1996). Clinical Research In Allied Health and Special Education ( 3 th. ED). Singular Publishing Group, inc.. USA..
  
- Cynkin, S.& Robinson, A. M. (1990). Occupational Therapy and Activities Health: Toward Health Through Activities. Little, Brown and Company. U.S.A.

- D.S.M. IV (1995): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales. Masson S.A. Impresión Gráficas 92, S:A- Sant Adria de Besos-. Printed in Spain.
  
- Duncombe, L.N. & Howe, M.C. (1985). Group Work in Occupational Therapy: A Survey of Practice. Am. J. Occup. Ther. Vol 39, Number 3. USA.
  
- Ekstein, R. and Wallerstein, R. (1972). The Teaching and Learning of Psychotherapy. Basic Books, New York.
  
- Elliott, D. S. ; Voss, H. L. (1974). Delinquency and Dropout. Lexington, Mass, Heath. USA..
  
- Emerson, R.M.; Rochford, E.B.; Shaw L.L.(1983). The micropolitics of trouble in a psychiatric board and care facility. Urban Life, 12: 349-366. USA..
  
- Fidler G. & Fidler Jay (1978): Introducción al Tema. Ficha S/D. E.N.T.O. (Escuela Nacional de Terapia Ocupacional).
  
- Gur, R. E. and Saykin, A. (1990). Neurobehavioral Studies in Schizophrenia Implications for Regional Brain Dysfunction. Schizophrenia Bulletin. Vol. 16 (3) 445-449. USA.
  
- Hars, A.; Borgatta, E. and Bales, R. (1965). Small Groups: Studies in Interaction Alfred A. Knopf. New York.

- Hasselkus, B. and Safrit, M. J. (1976). Measurement in Occupational Therapy. Am. J. Occup. Ther. 30: 429. USA..
  
- Hemphill, B.J. (1982). The evaluative Process in Psychiatric Occupational Therapy. Thorofare. New Jersey: Slack. (Inc). USA..
  
- Hemphill, B. (1988). (Ed.). Mental health assessment in occupational therapy. Thorofare, N.J.: Slack. (Inc). USA..
  
- Hemsley, D. R. (1978). Limitation of operation in the modification of schizophrenic functioning. Behaviour analysis and modification, 2, 165-173. USA..
  
- Howe, M.C.(1968). An Occupational therapy activity group. Am J. Occup Ther 22:176-179. USA..
  
- Kielhofner, G. (1983). Health Through Occupation Theory and Practice in Occupational Therapy. F.A.Davis Company. U.S.A.
  
- Kielhofner, G. (1985). A Model of Human Occupation: Theory and application. Williams & Wilkins. (ed). U.S.A..
  
- Kielhofner, G.; Burke, J. (1985). Components and Determinants of Human Occupation in A Model of Human Occupation: Theory and application. Williams & Wilkins. (ed). U.S.A..

- Kielhofner, G. (1995). A Model of Human Occupation, Theory and application. 2th. Edition. Williams & Wilkins. U.S.A..
  
- Kuentler G. (1976). A planning group for psychiatric outpatients. Am J. Occup. Ther 30: 634-639. USA..
  
- Ley 17.132. Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. Ministerio de Salud y Medio Ambiente.
  
- Lieberman, R. P. y Raskin, D. E. (1971). Depression: a Behavioral Formulation. Archives of General Psychiatry, 24, 515-523. USA.
  
- Lieberman, R.; Rueger, D. (1984). Drug and Psychosocial Treatment Interactions: Comprehensive Rehabilitation for Chronic Schizophrenia. Psychosocial Rehabilitation. Journal Vol. 7 (3) 3-15.
  
- Lifton, W. N. (1966). Working with Groups. John Wiley and Sonns,. New York.
  
- Manam, G. D. (1973). Te Group Approach in Nursing Practice. C. V. Mosby Company. USA.
  
- Martijena, Nidia (1995): Ecología Humana. ¿Utopía o realidad?. Nueva dimensión de la Terapia Ocupacional. Gráfica Centauro. Mar del Plata. Argentina.
  
- Matsutsuyu, J. (1967): The Interest Checklist. Am, J. Occup. Ther., 11 pp.179-181.

- Mayer, A. M.(1986). Psychosocial Treatment Approaches In ROTE. The role of Occupational Therapy whit the Ederly. Edited -by Davis ,L. J. And Kirkland, M.-. A.O.T.A..USA..

-MEDLINE :Electronic information retrieval systems.

- Meltzer, H. (1990). Biology of Schizophrenia Subtypes. A riview and proposal for method of study. Schizophrenia. Bulletin, Vol 16 (3). 460-473. USA..

- Mills, T. M. (1967). The Sociology of Small Group. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. New York.

- Morgan, A., & Godbey, G. (1978). The effect of entering an age segregated environment upon the leisure activity pattern of older adult, journal of leisure. USA.

- Mosey, A. C. (1968). Recapitulation of ontogenesis: A theory for practice of Occupational Therapy. Am. J. Occup. Ther. XXII,5. A.O.T.A.. USA..

- Mosey, A. C. (1981) Occupational Therapy. Configuration of a profession. Raven Press. New York. USA..

- Mosey, A. C. (1986). Psychosocial Components of Occupational Therapy. USA..

- Nelson, A.; Mackenthun, D.; Bloesch, A.; Milan, A.; Unrein, M.; Hill, K. (1956). A preliminary report on a study in group occupational therapy. Am. J. Occup. Ther 10: 254-258. 262-263. 271. 1956. USA..

- Oldenburg, R. (1991). *The great good place*. New York: Progamen Press. USA..
  
- Ottenbacher, K.J.; Barris, R.; Van Deusen, J.. (1986). Some Issues related to research utilization in occupational, therapy. *Am. J. Occup. Ther.*, 40 (2), 111-116  
USA..
  
- Parsons, T. and Bales, R. F. (1955). *Family, Socialization and Interaction Process* The Free Press. New York.
  
- Payton A, Otto D. (1994). *Research The Validation of Clinical Practice*. 3th. Edicion. F. A. Davis Company. Philadelphia. USA..
  
- Perry, W.; Braff, D. L. (1994). Information-processing deficits and thought disorder in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 151 (3): 363-7. USA.
  
- Reed, K. L. (1984): *Understanding Theory. The First Step in Learning About. Research in Am. J. Occup. Ther.* 38, 677 - 682.
  
- Reed, K. L. (1991). *Quick Reference to Occupational Therapy*. Aspen Series in Occupational Therapy Rhona Reiss Zukas, Series Editor. Gaithersburg. Maryland.
  
- Reilly, M. ( Ed.) (1974). *Play as Exploratory Learning*. Beverly Hills. Sage. USA..
  
- Roa, A. (1981). *Psiquiatría*. Andrés Bello. Santiago de Chile.

- Rodseth, D. & Crouch, R. (1996). A program for the maintenance of the schizophrenic patient in the community. WFOT Bulletin 28-32 AVG..USA..
  
- Samson, G. E. and Marthas, M. S. (1977). Group Process for the Health Professions. John Wiley and Sons, New York.
  
- Scull, A. T. (1977). Decarceration: Community Treatment and the Deviant-A Radical View. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall. USA..
  
- Short-Degraff,, M (1988) Human development for Occupational Therapists and Physical Therapists. Baltimore, Williams & Wilkins. U.S.A.
  
- Stevens, J. R. (1978). Eye blink and schizophrenia. Psychosis or tardive dyskinesia. Am. J. Psychiat 135(2):223-226. USA..
  
- Stone, .A. & Eldreds, S.H. (1959) Delusion fomation during the actuation of chronic schizophrenic patients archives of general Psychiatry, 1, 177-179. U.S.A.
  
- Varela, S.; Manghi, M. (1994). 1° Congreso Internacional de Psiquiatría. XXII Jornadas Argentinas y Encuentro Iberoamericano de Psiquiatría. Mesa Redonda: Rehabilitación "Habilitar para Rehabilitar". Buenos Aires.
  
- Varela, S.; Manghi, M. (1996). Plan de Tesis: Terapia Ocupacional y los paseos terapéuticos en la comunidad. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires.
  
- Vidal, G. ; Alarcon, R. (1986). Psiquiatría Médica. Panamericana. Argentina.

- Watts, F. N. & Bennett, D. H. (1990). Rehabilitaci3n Psiquiátrica. Limusa. Mexico.
  
- White, R.W. ( 1971). The urge toward competence. Am. J. Occ. Ther.,25 : 271, 272. USA..
  
- Whitaker, S. D.; Lieberman, A. (1964). Psichotherapy Through the Group Process Aterton Press. New York.
  
- Williams, S. L. and Bloomer, J. (2th ed. 1987). Bay Area Functional Performance Evaluation (BaFPE) in Asher I.E. (1989). An Annotated Index of Occupational Therapy Evaluation Tools. A.O.T.A.. USA..
  
- Wing, J. K., Bennett, D.H. y Denham, J. (1964). Industrial Rehabilitation of Long-Stay Schizophrenic patients. Medical Research Council Memorandum N° 42, HMSO, Londres.
  
- Yalom, I. D. (1975). The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books. New York.
  
- Zajonc, R. B. ( 1965). Social facilitation. Science 149: 269-274. USA..

## 10 Bibliografía

- Bateson, Gregory (1991): Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. 4° Edición. Planeta Argentina S.A.I.C.. Buenos Aires.
  
- Beck-Ford, Veda (1984): Leisure Training and Rehabilitation. Illinois U.S.A.
  
- Chaparro Araya, R. ; Orellana Ramirez; Montenegro Medina, M. A; Tellez, Tellez, C. (1992): “Validación del Instrumento de evaluación de esquizofrenia en Terapia Ocupacional”. 23° Edición Lilacs C.D-Rom.
  
- Christiansen, Charles H. (1991): Occupational Therapy. Overcoming Human performance deficits. Ed. Slack. N. York. EE.UU.
  
- Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Panamericana de la Salud (1975). Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 9° Revisión. Vol.I.
  
- C.O.L.T.O.P. (Comisión Organizadora del Libro de Terapia Ocupacional Psiquiátrica) (1988): Terapia Ocupacional en Salud Mental. Tango. Buenos Aires.
  
- C.O.L.T.O.P. (Comisión Organizadora del Libro de Terapia Ocupacional) (1991): Terapia Ocupacional. El Camino del Hacer. Buenos Aires.

- C.O.L.T.O.P. (Comisión Organizadora del Libro de Terapia Ocupacional), (1995).  
Terapia Ocupacional. Actualizaciones en Teoría y Clínica. Buenos Aires.
  
- Eco, Humberto (1991). Como se hace una Tesis. Gedisa. México.
  
- Ey, Henry (1969). Tratado de Psiquiatría. Toray Masson S:A.. Barcelona.
  
- Francia, Alvaro (1995). La investigación científica. Guía para confeccionar y redactar trabajos de investigación. Hemisferio Sur S.A.. Buenos Aires.
  
- Freeman (1992). In Payton, O. (1994) Research The Validation of Clinical Practice 3° edition. Davis company. Philadelphia.
  
- Hochman, Jacques (1980). Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Amorrortu Editores. Talleres Gráficos Didot S:A.. Buenos Aires.
  
- Goldart, J. C. (1993). Lóbulo frontal y psicosis. Psiquiatría y Psicología de America Latina. Acta. Argentina.
  
- Goldstein (1980): In Payton O. (1994) Research The Validation of Clinical Practice 3° edition. Davis company. Philadelphia.
  
- Jin-z (1994). Effect of an open-door policy combined with a structured activity programme on the residual symptoms of schizophrenic in-patients. A six month randomised controlled trial in Yanbian, Jilin-Br-J-Psychiatry-Suppl.

- Kielhofner, G. & Burke, J. (1980): A model of human occupation. Part I conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, 572-581.
  
- Kielhofner, G. (1980): A model of human occupation. Part. 2, ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *American Journal of Occupational Therapy*. 34, 572-581.(a).
  
- Libro del 2° Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er.Simposio Latino Americano de Terapia Ocupacional, (1992). Publicación de a Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales. Buenos Aires.
  
- MacDonald, M. E.y otros (1979): *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación*. 2° Edición. Salvat Editores S.A.. Barcelona.
  
- Moreno, L. (1992). Libro del 2° Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1° Simposio Latinoamericano de Terapia ocupacional. Publicación de la AATO. Buenos Aires.
  
- Paganizzi, Liliana y otros (1991). *Terapia Ocupacional: Del Hecho al Dicho*. Psicoterapias Integradas Editores. Buenos Aires.
  
- Percia, Marcelo (1991). *Notas para Pensar lo Grupal*. Ediciones Argentinas S.A. Buenos Aires.
  
- *Readings in Occupational Therapy Research* (1990). The Americam Ocupational Therapy Foundation, Inc. Rockville, Maryland.

- Rybczynski, Witold (1992). Esperando el fin de semana. Emece. Barcelona.
- Suto-M Frank-G (1994). Future time perspective and daily occupations of persons with chronic schizophrenia in a board and Care home. Medline C.D-Room.

## **10 RETRIEVAL SYSTEM**

1- Medline: Electronic information retrieval systems.

## **ANEXO**

- 1. Gráficos ( información de la muestra).
- 2. Tablas ( información de la muestra).
- 3. Gráficos ( resultados).
- 4. Tablas ( resultados).
- 5. Protocolo ( Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale. COTE.)
- 6. Protocolos (calificaciones de la muestra ) Hospital Municipal Braulio A. Moyano.
- 7. Protocolos ( calificaciones de la muestra) Hospital Municipal José T. Borda.

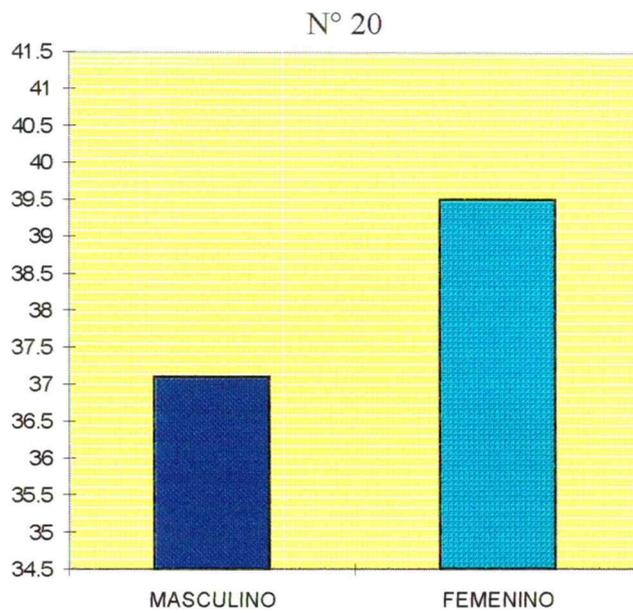
## **1 . Gráficos (información de la muestra)**

N = 20

R = 30 - 45

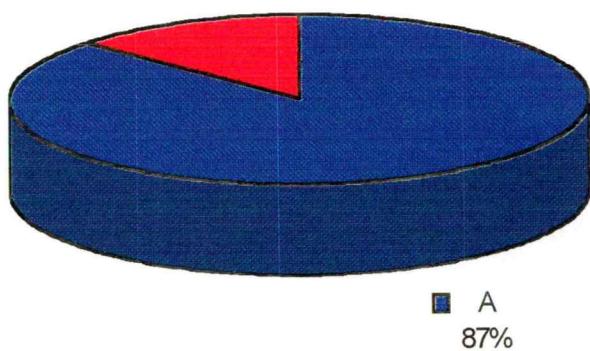
MASCULINO = 10 (ep = 37.1)

FEMENINO = 10 (ep = 39.5)

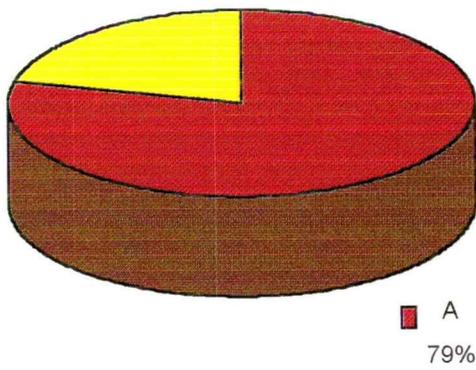


**Gráfico 1** : El gráfico muestra la relación entre la muestra (N=20) y su distribución relacionado a las variedades de edad (ep) y sexo (M/F).

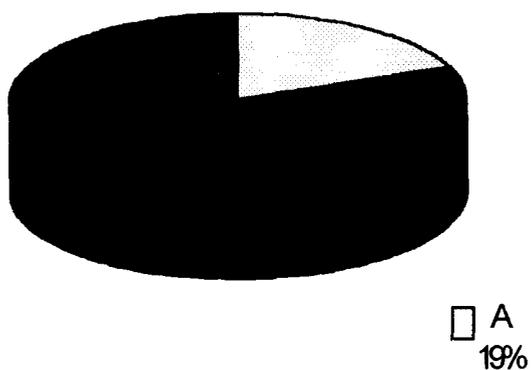
**Gráfico 2.** El gráfico compara la relación en el nivel socio-económico de la muestra seleccionada (N=20); estableciendo que el 87% posee bajos recursos.



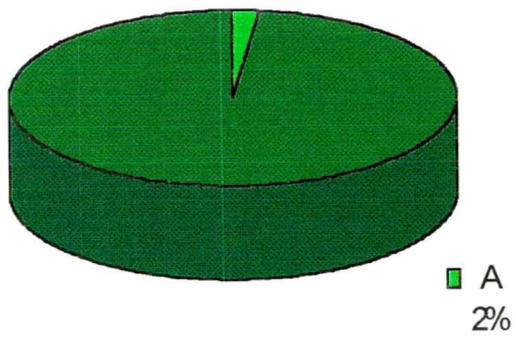
**Gráfico 3.** El gráfico compara la relación en el nivel de escolaridad primaria de la muestra seleccionada (N=20); estableciendo que el 79 % posee instrucción regular.



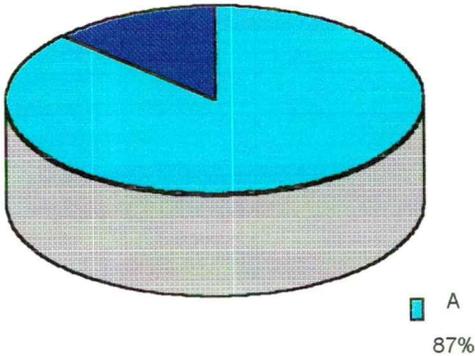
**Gráfico 4.** El gráfico compara la relación en el nivel de la escolaridad secundaria incompleta de la muestra seleccionada (N=20); estableciendo que el 19 % posee escolaridad secundaria incompleta.



**Gráfico 5.** El gráfico compara la relación en el nivel universitario de la muestra seleccionada (N=20); estableciendo que el 2% posee nivel universitario



**Gráfico 6.** El gráfico compara la relación en el nivel de trabajo de la muestra seleccionada (N=20); estableciendo que el 87 % han sostenido trabajos en forma transitoria sin relación de dependencia.



## **2. Tablas (información de la muestra)**

**TABLA 1**

Distribución de frecuencias para las variables de edad y sexo de la muestra seleccionada

<b>GRUPO ETARIO ( años )</b>	<b>MASCULINO N°</b>	<b>FEMENINO N°</b>	<b>TOTAL (N°)</b>
30 - 33	3	0	3
34 - 37	2	3	5
38 - 41	3	4	7
42 - 45	2	3	5
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>

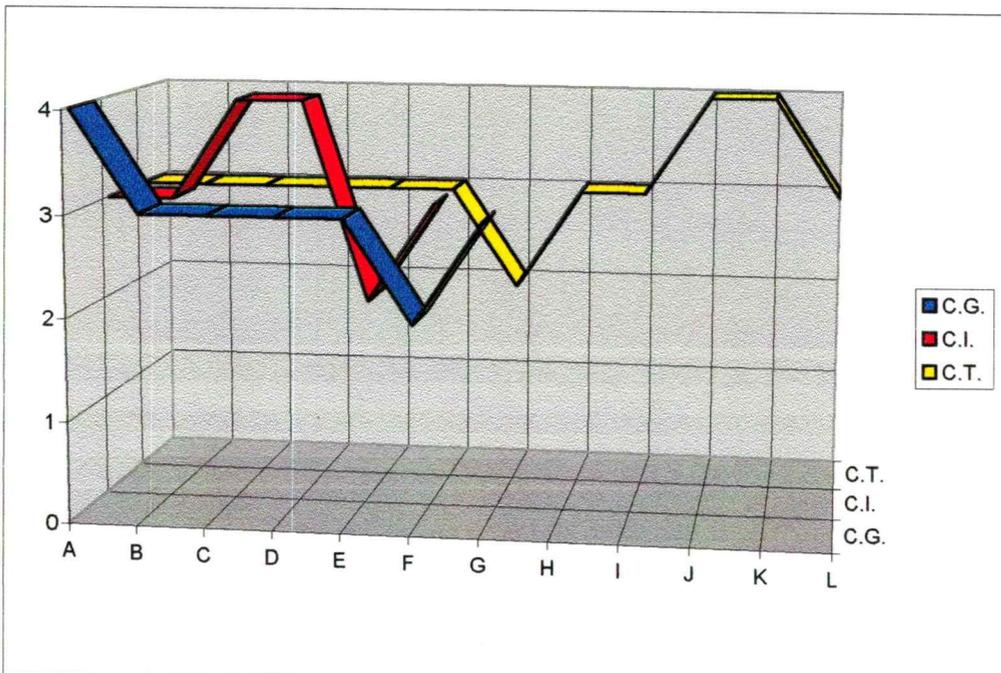
**TABLA 2**

Tabla de distribución de frecuencias para las variables de edad, sexo y edad promedio de la muestra seleccionada

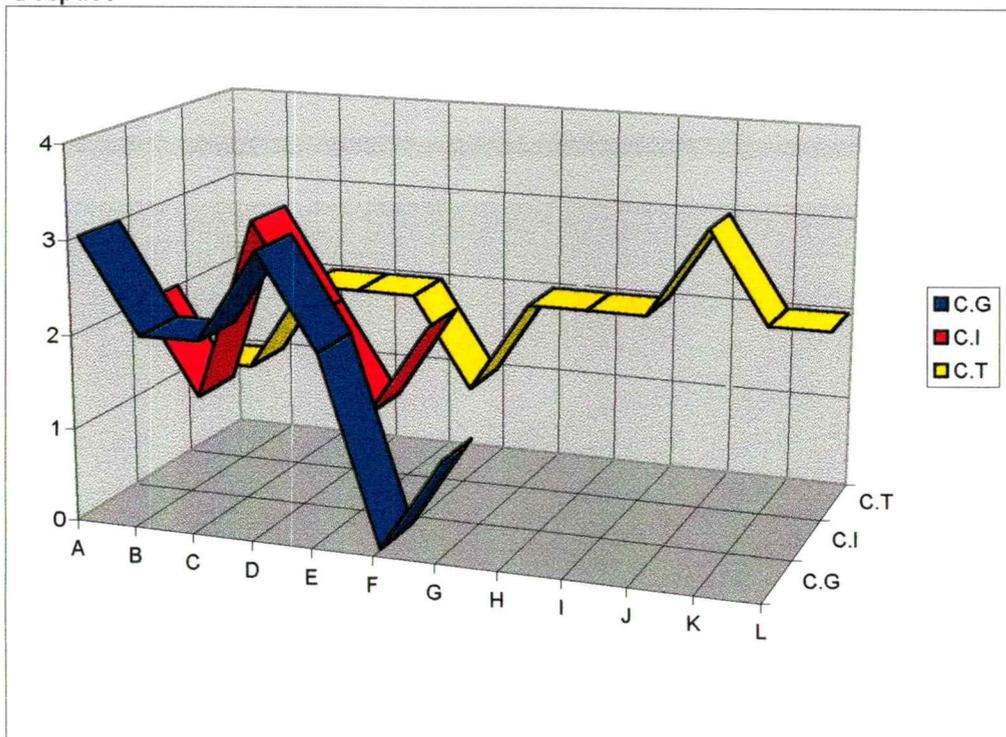
GRUPO ETARIO ( años)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL N°
	N°	ep.	N°	ep.	
30- 33	3	31	0	0	3
34 - 37	2	36	3	35	5
38 - 41	3	39.3	4	39.5	7
42 - 45	2	44	3	44	5
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>37.1</b>	<b>10</b>	<b>39.5</b>	<b>20</b>

### **3. GRAFICOS (resultados)**

Antes

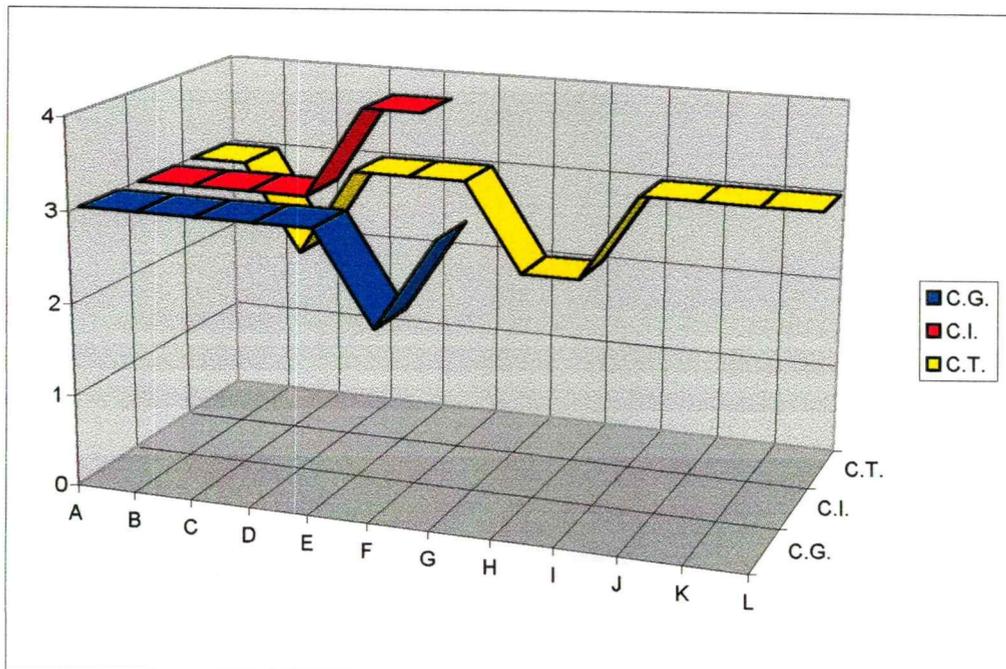


Después

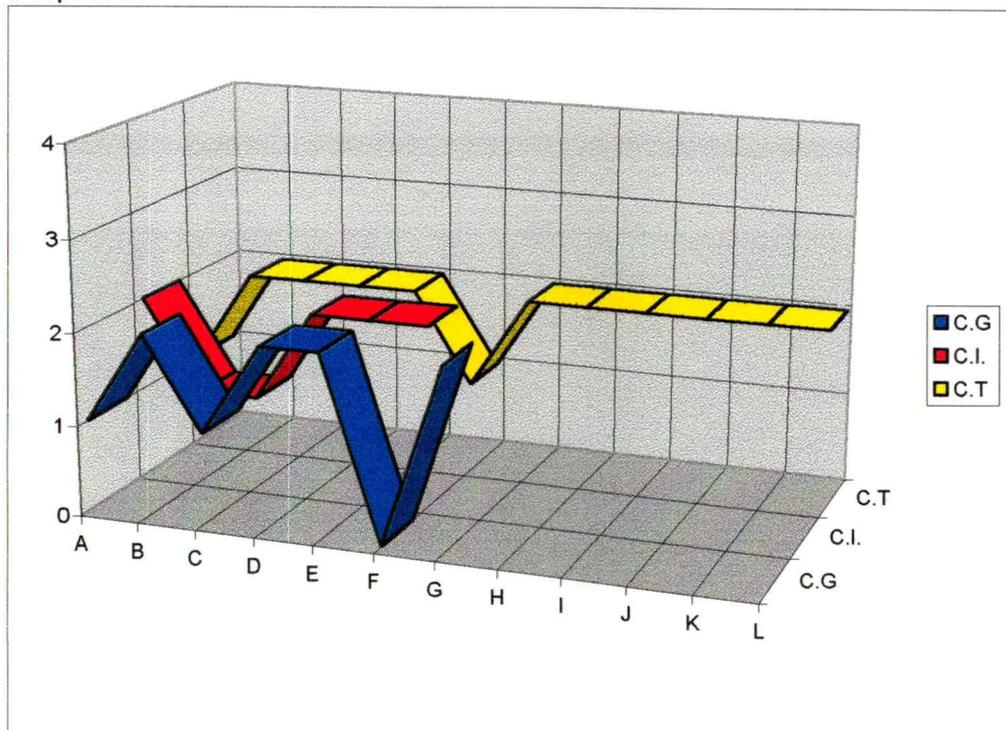


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=1. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

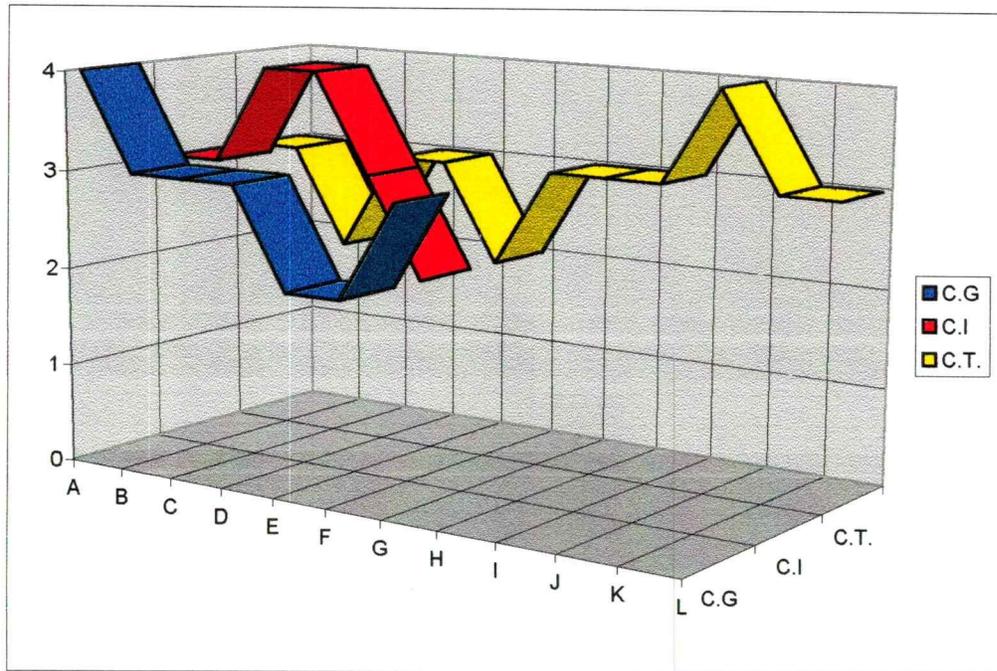


Después

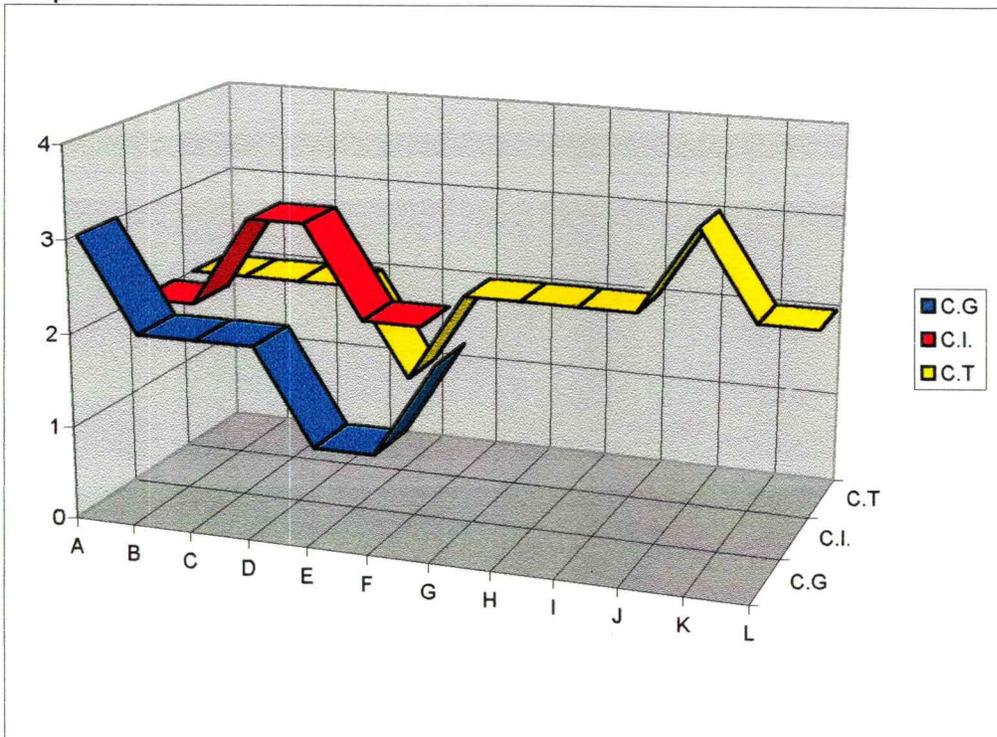


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=2. Antes y Después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

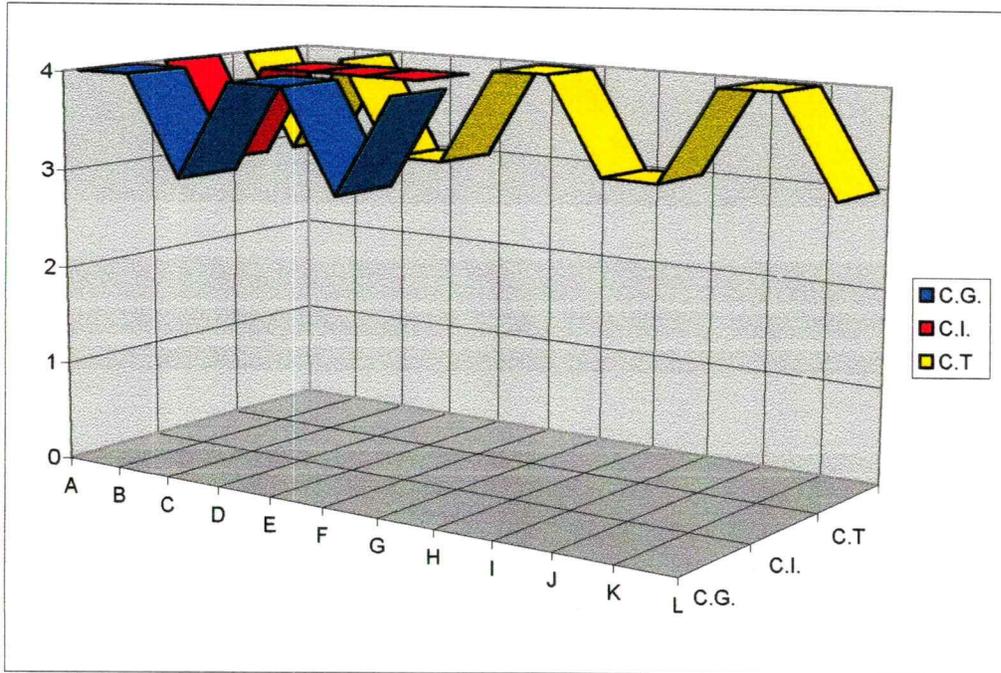


Después

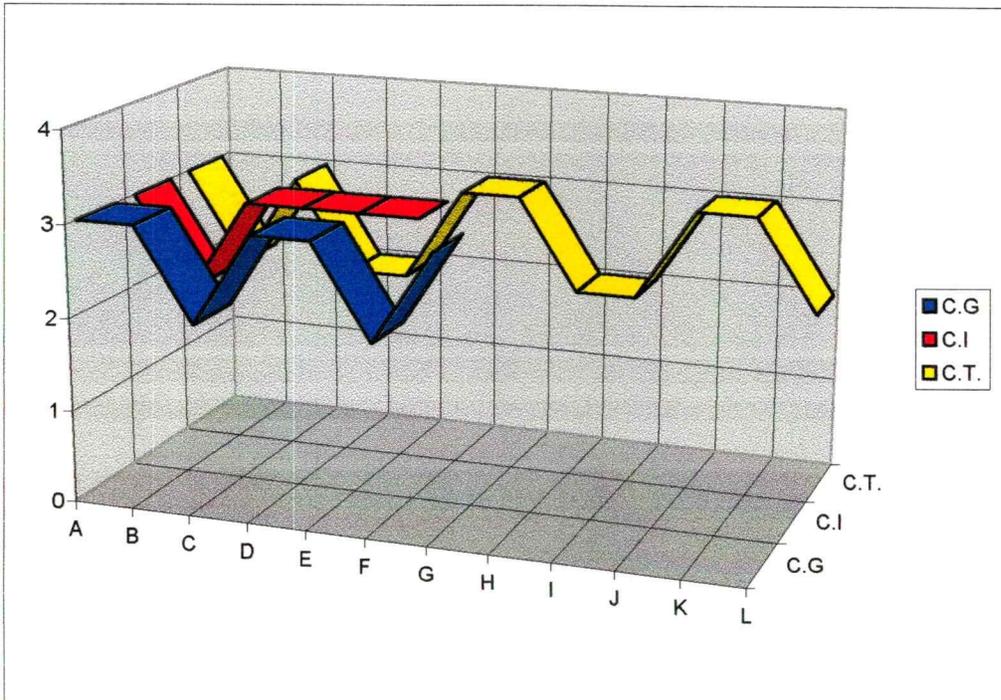


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=3. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

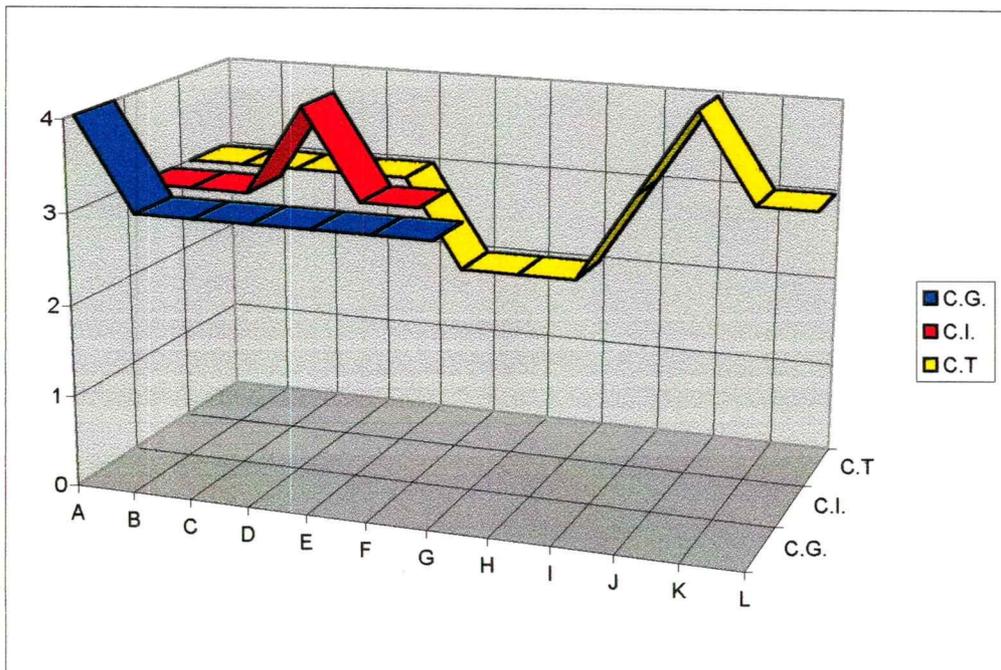


Después

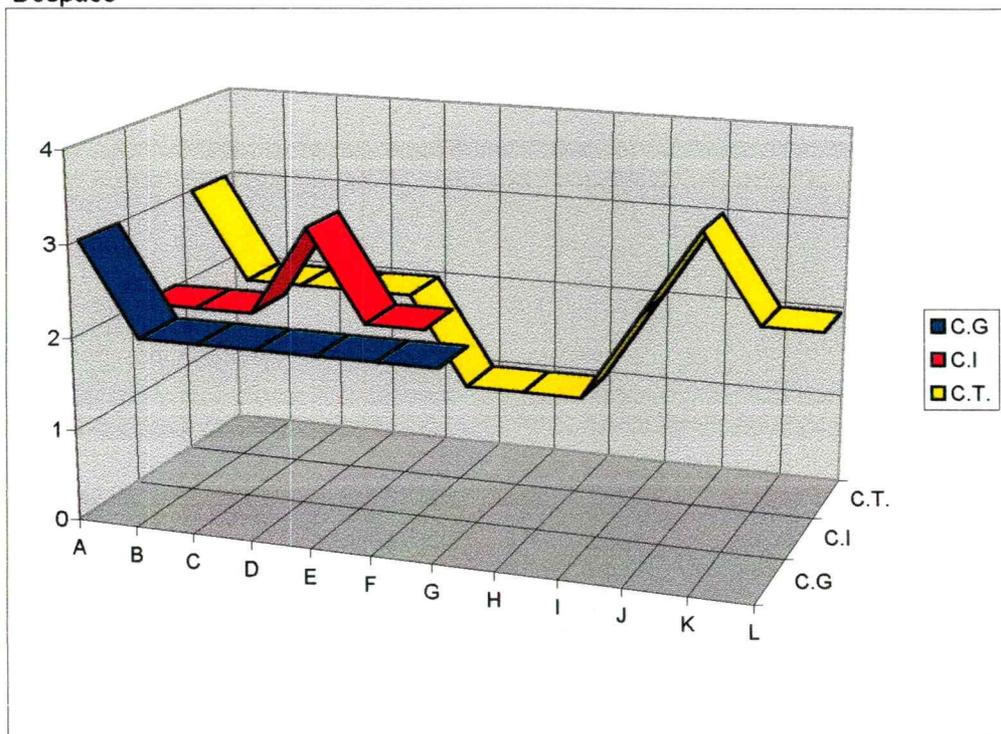


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=4. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

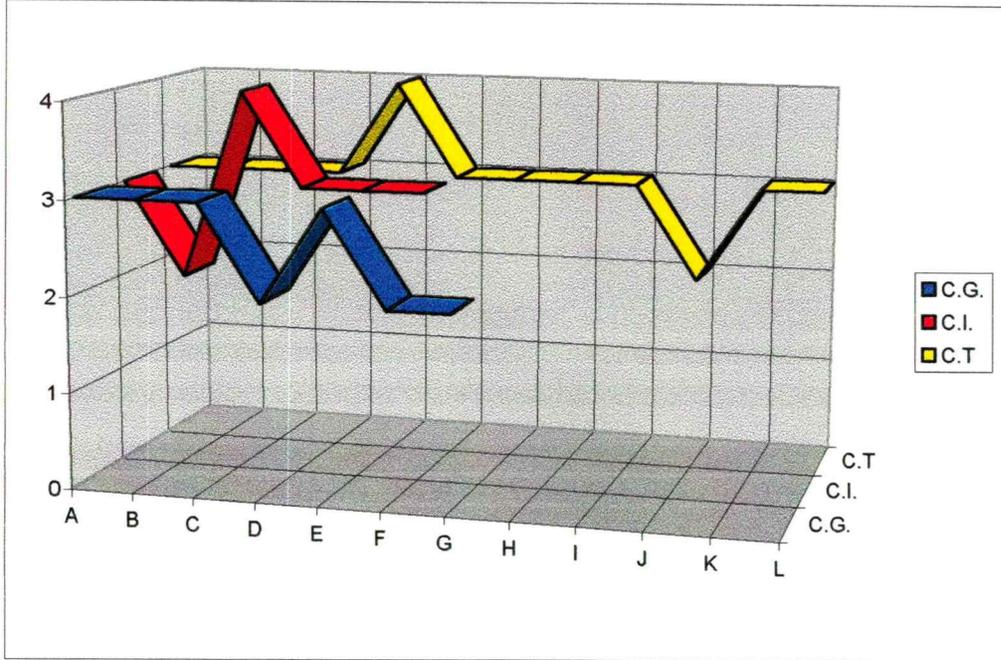


Después

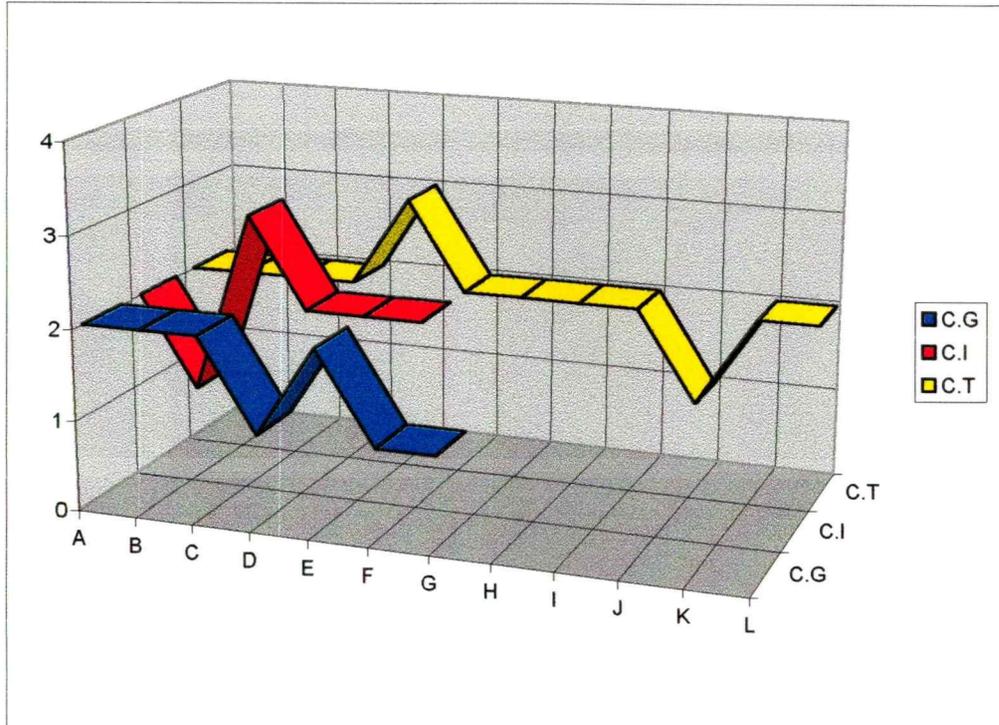


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=5. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

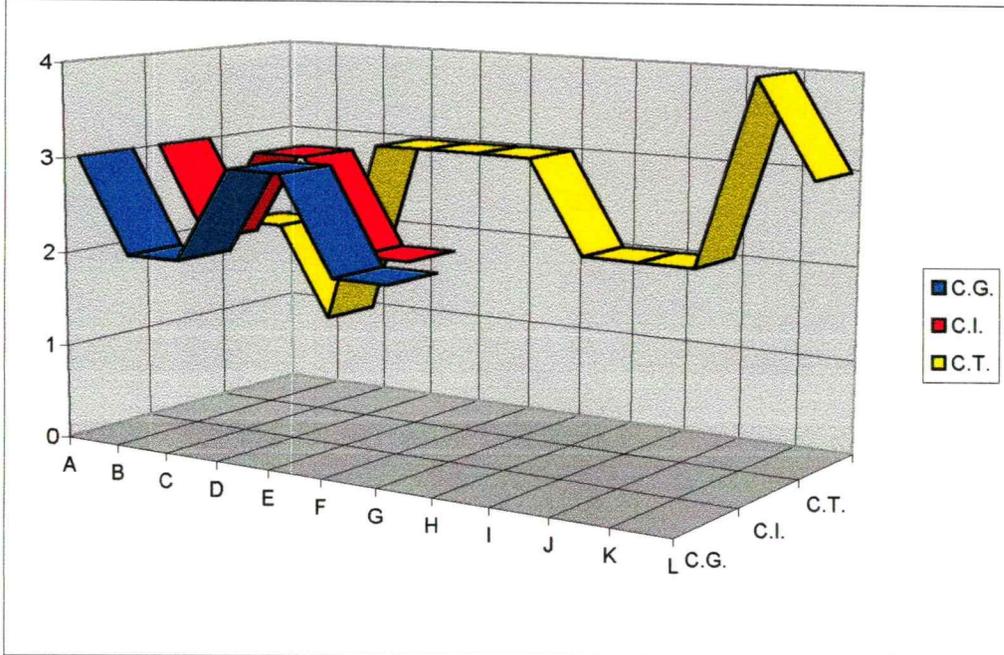


Después

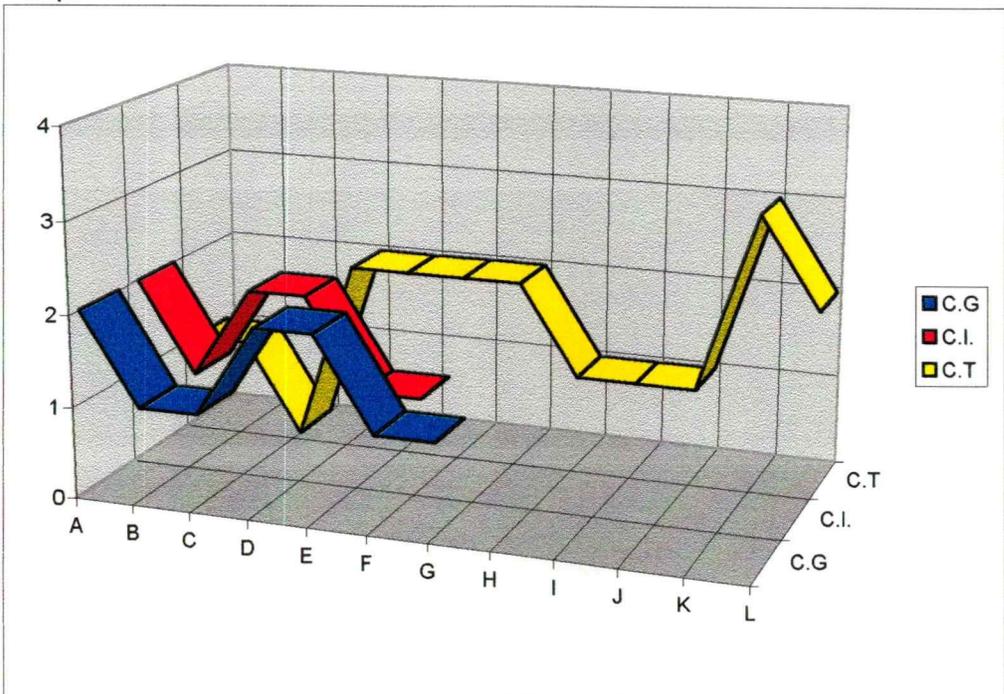


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y Comportamiento de Tareas para n=6. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

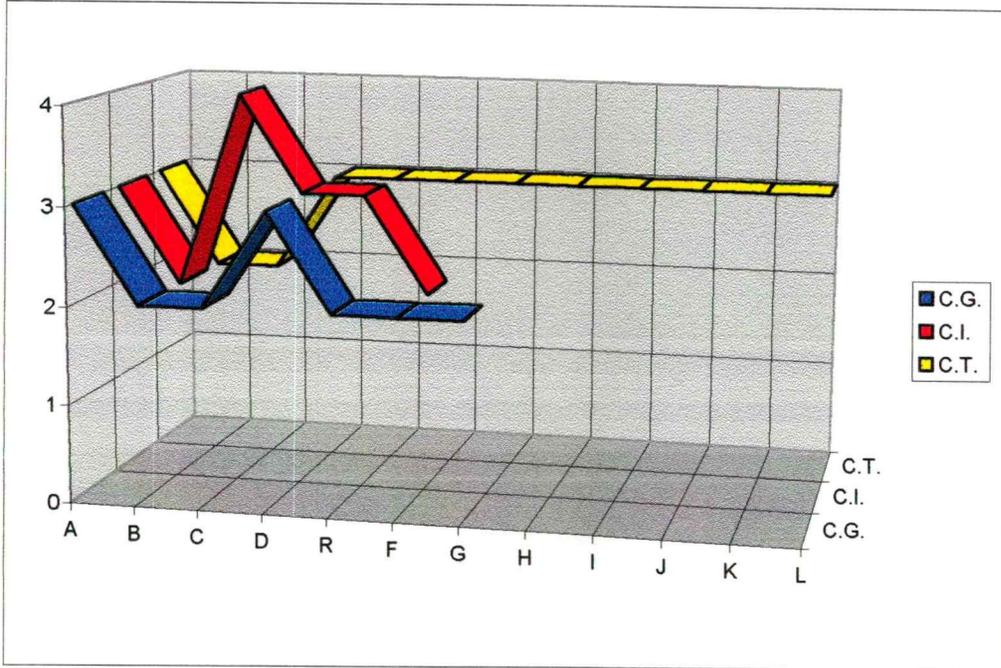


Después

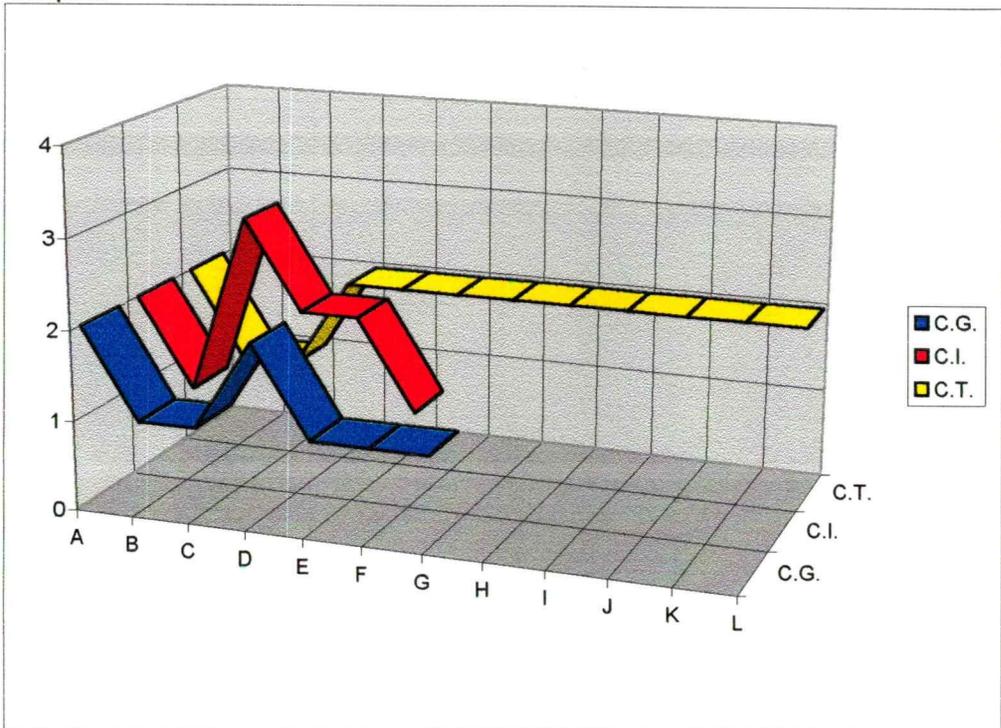


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=7. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A.Moyano.

Antes

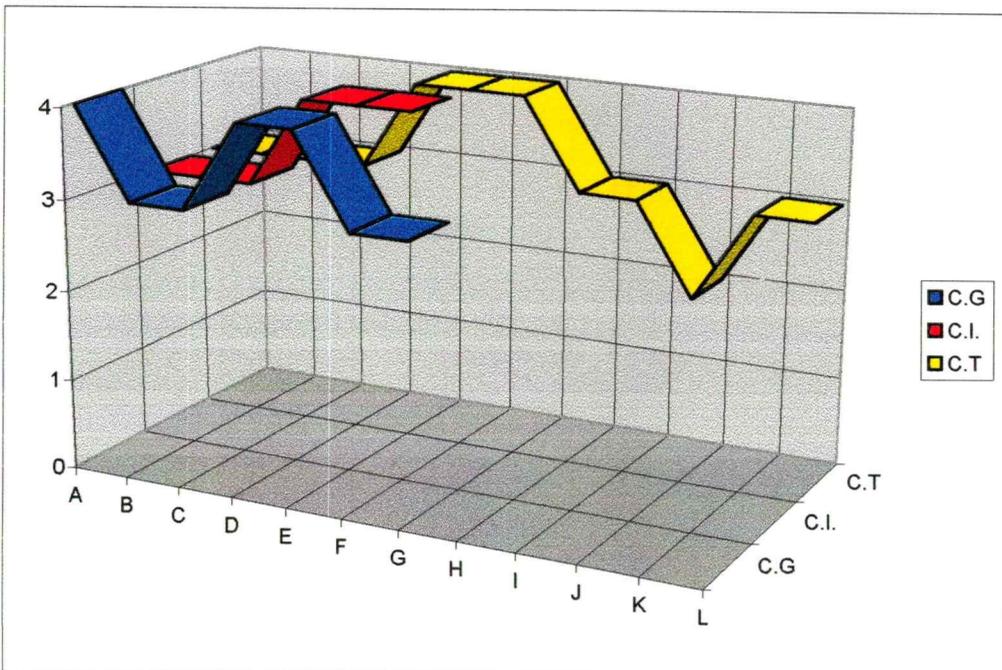


Después

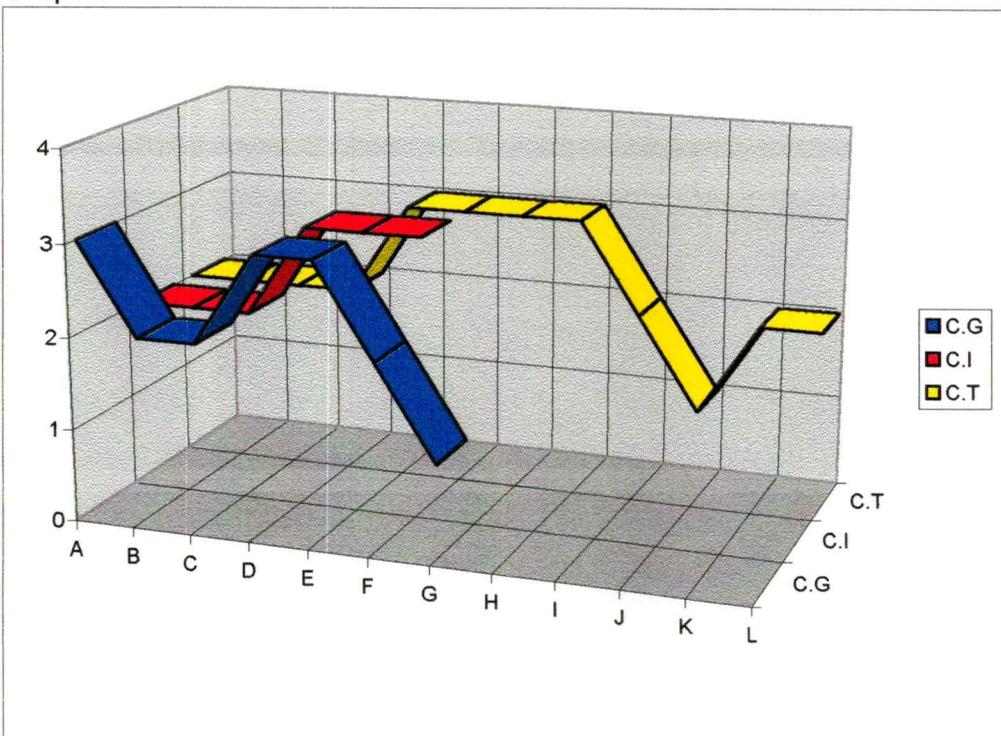


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=8. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

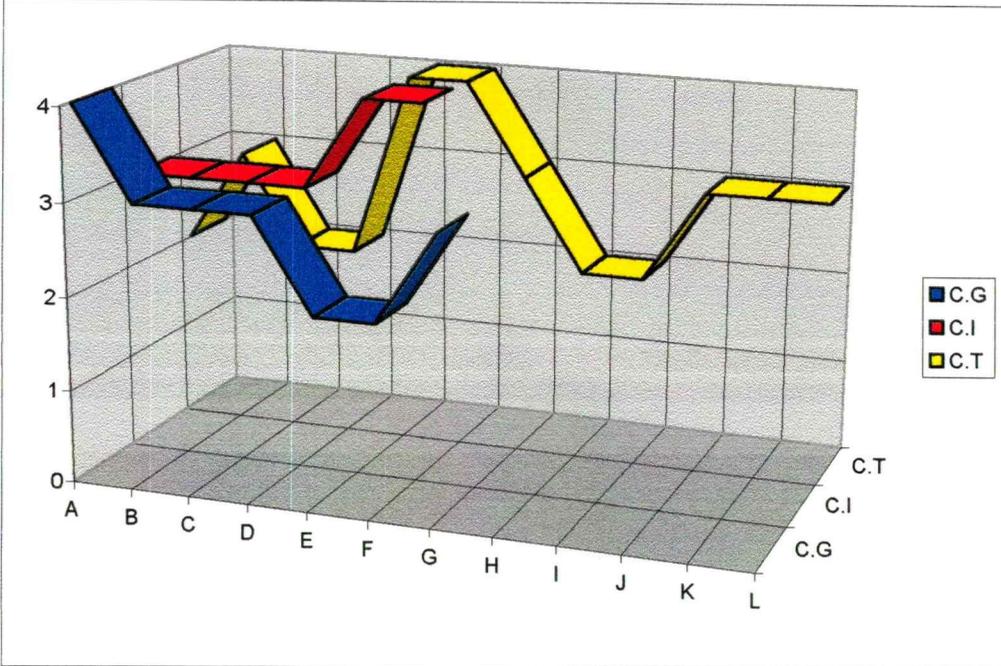


Después

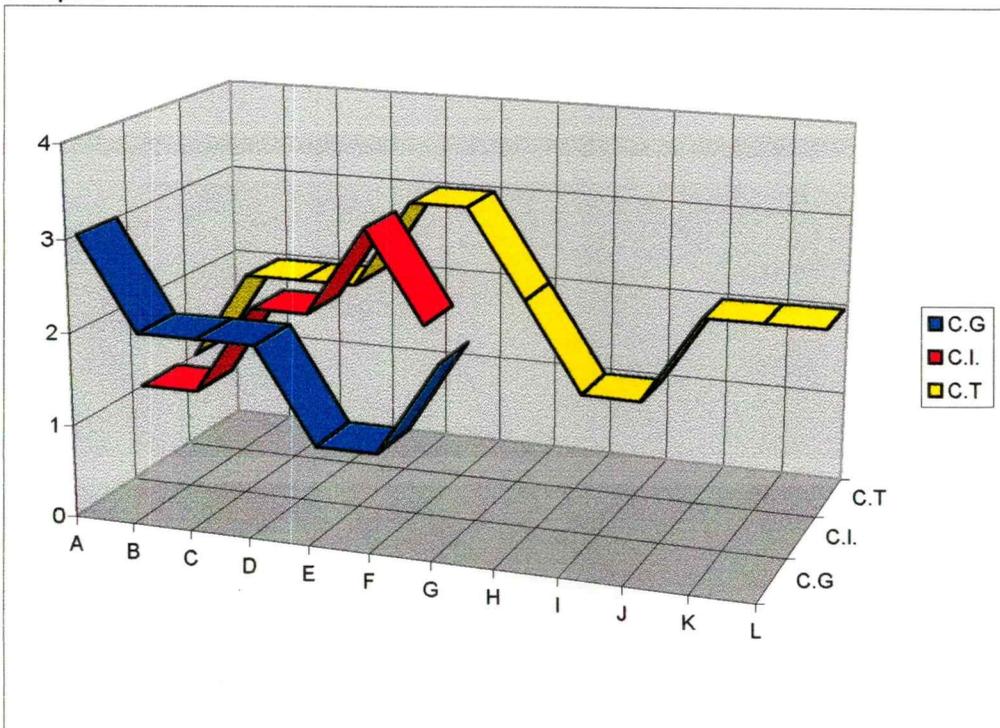


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y Comportamiento de Tareas para n=9. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A.Moyano.

Antes

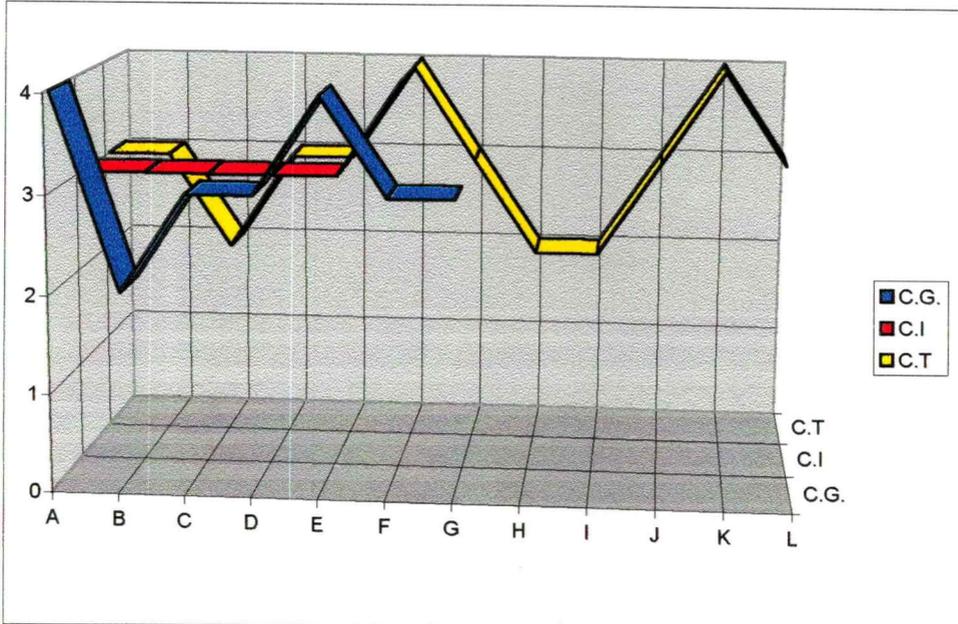


Después

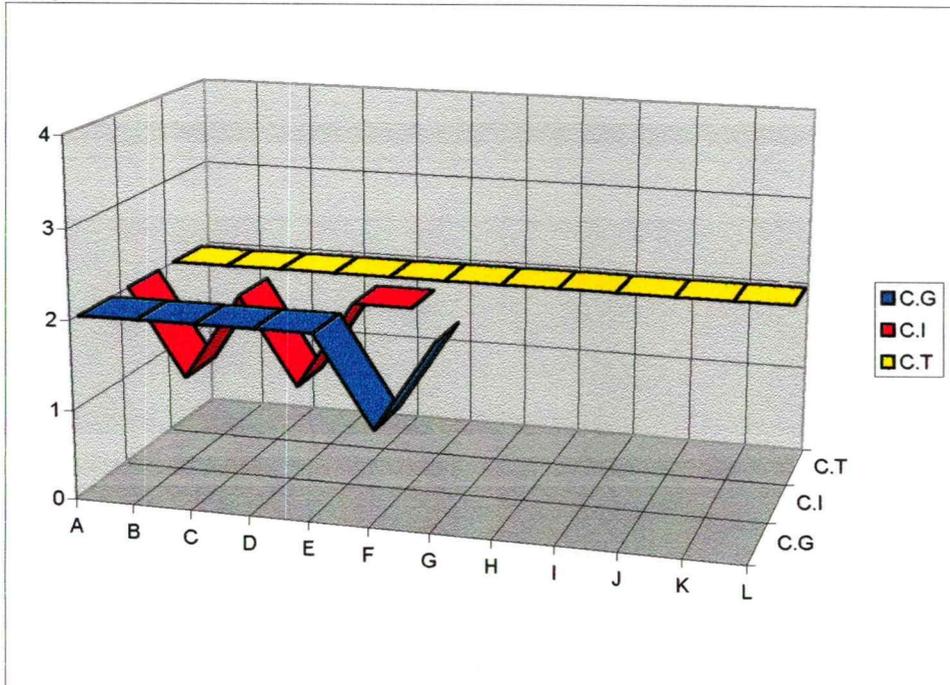


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y Comportamiento de Tareas para n=10. Antes y después del tratamiento. Hospital Braulio A. Moyano.

Antes

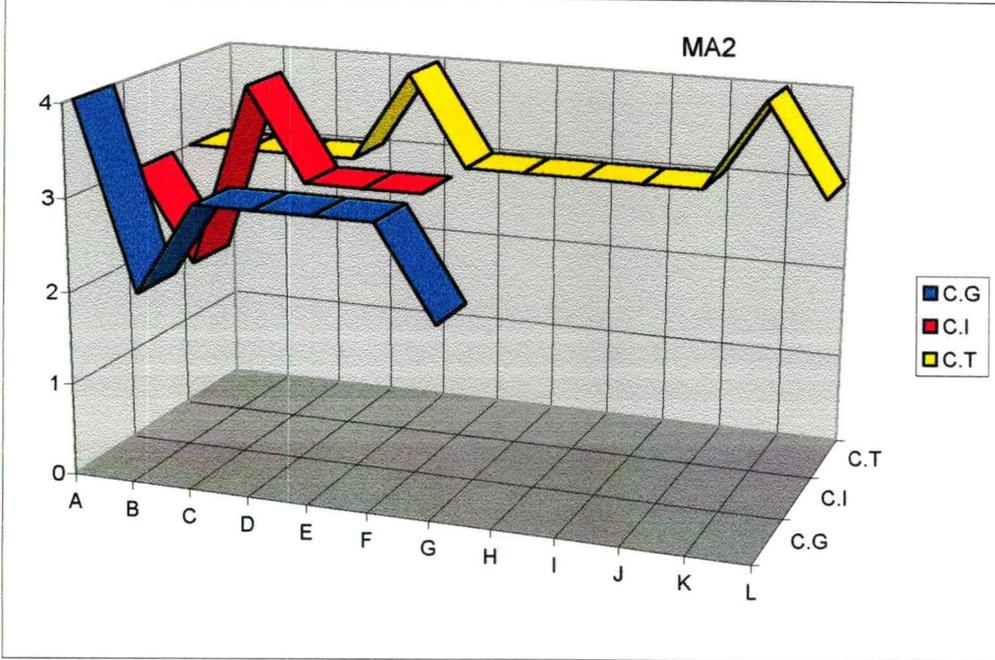


Después

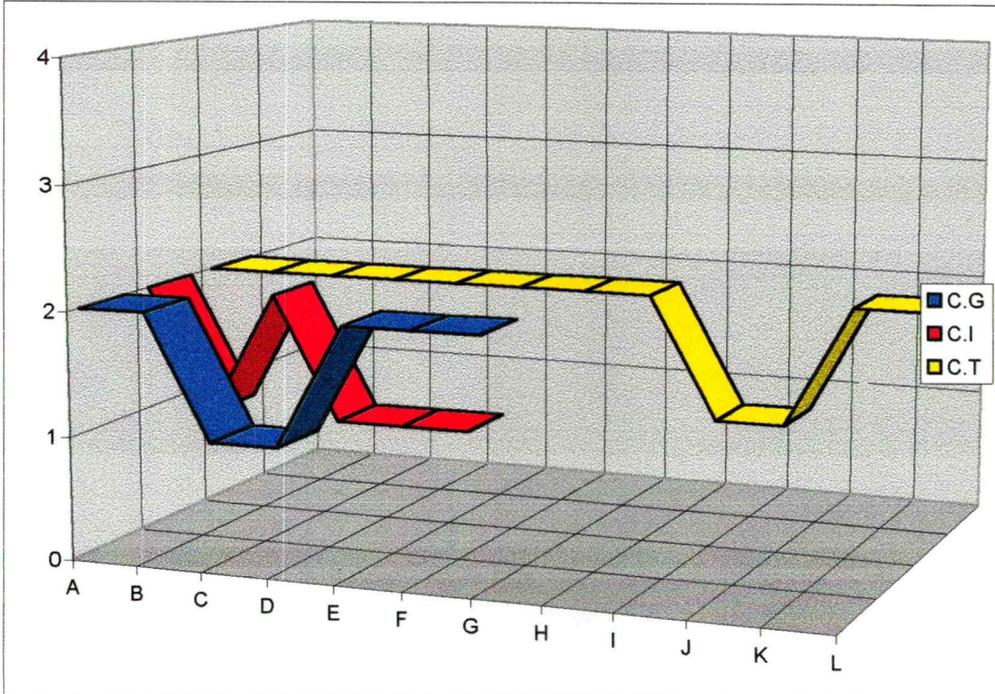


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para CG: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=11. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

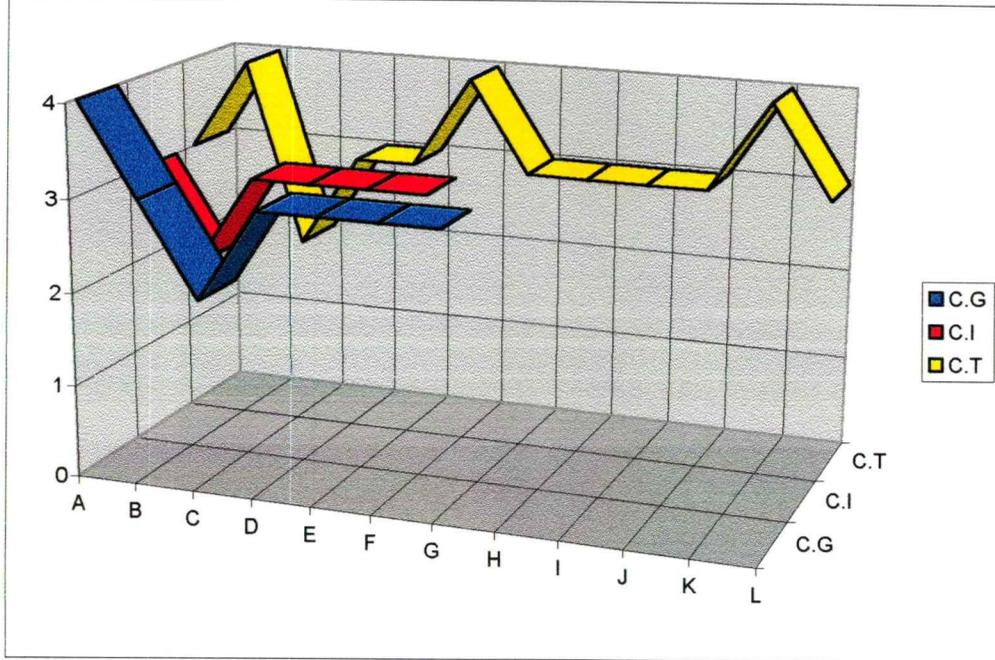


Después

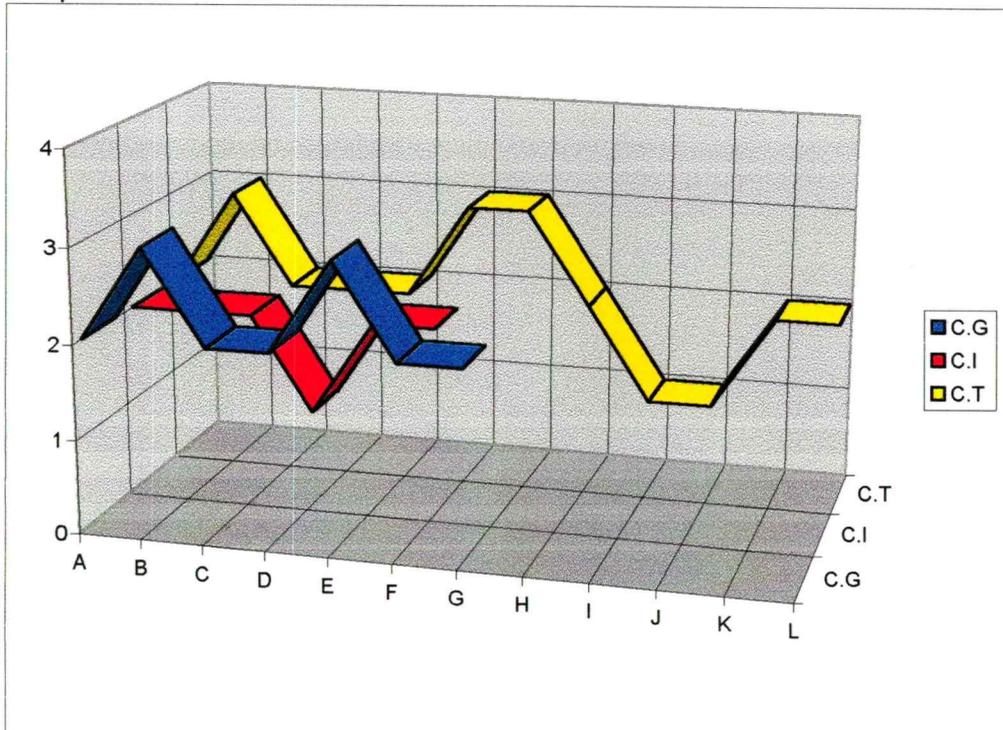


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=12. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

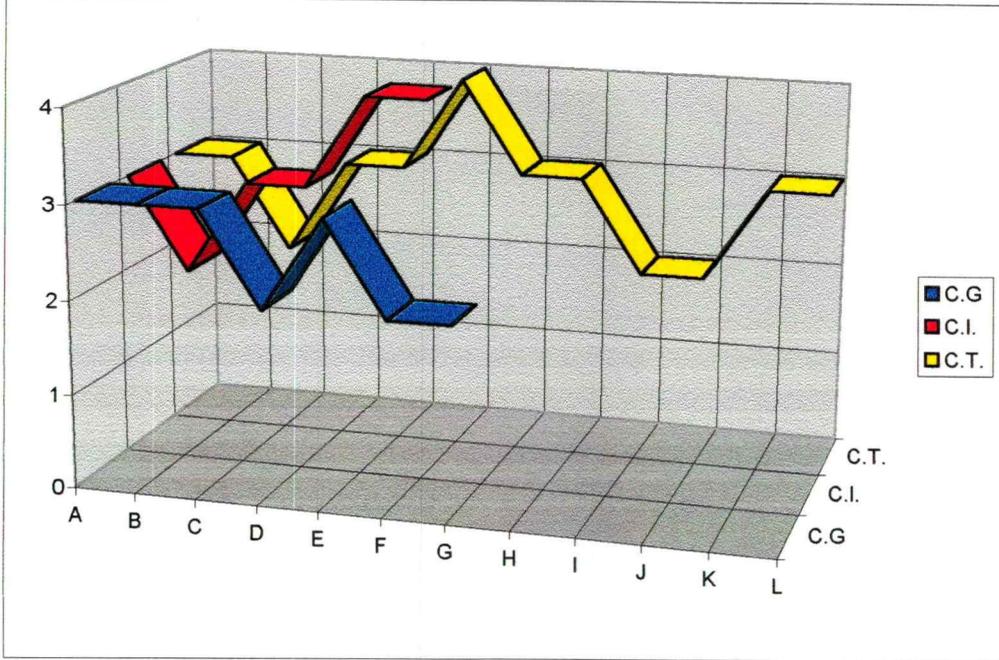


Después

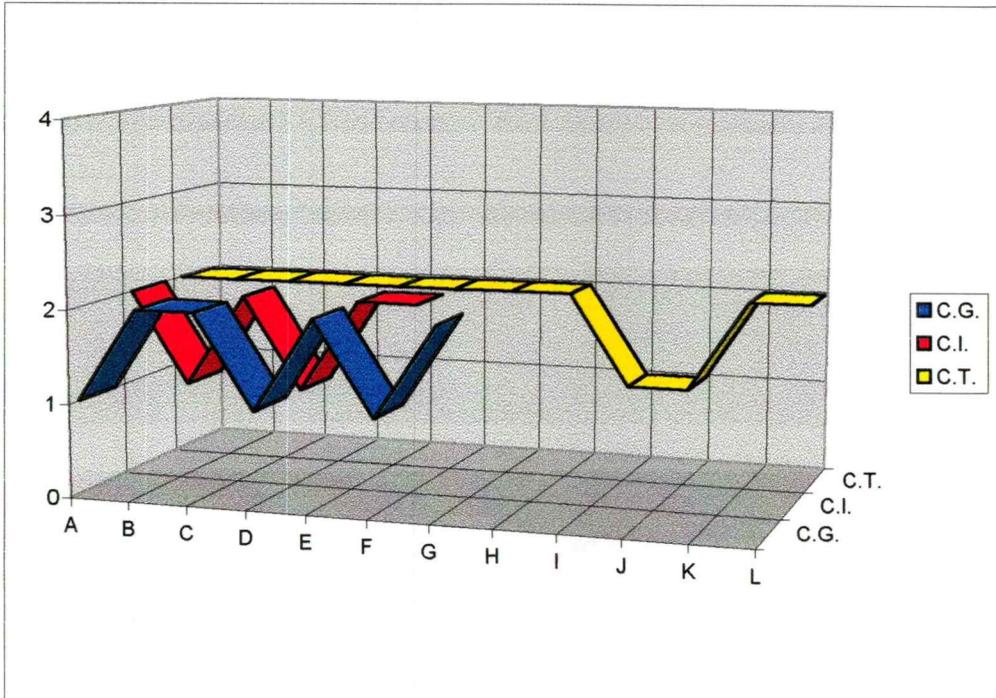


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.; Comportamiento de Tareas para n=13. Antes y Después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

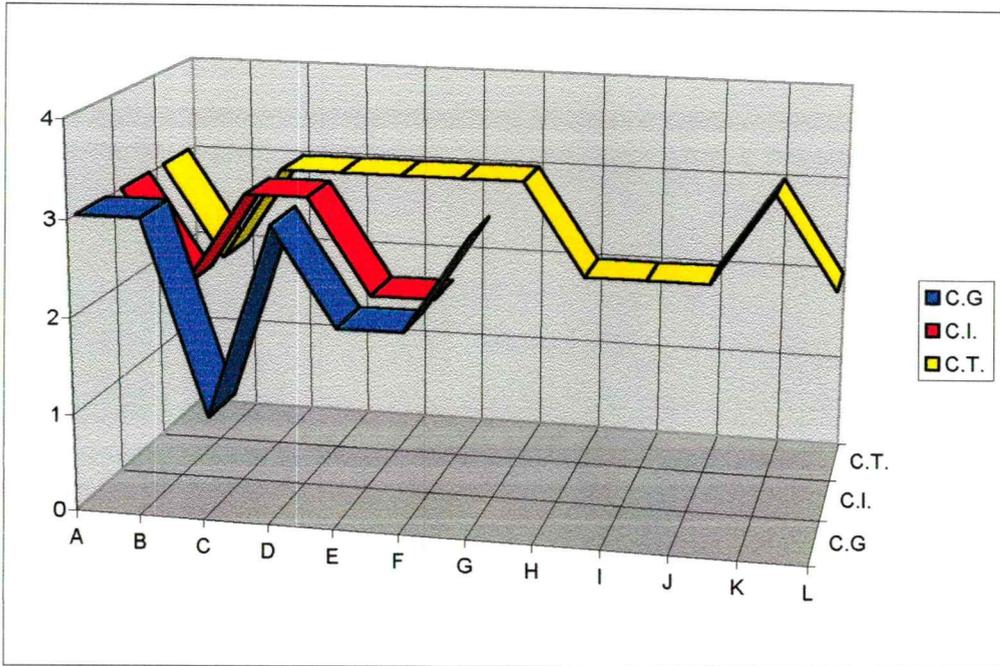


Después

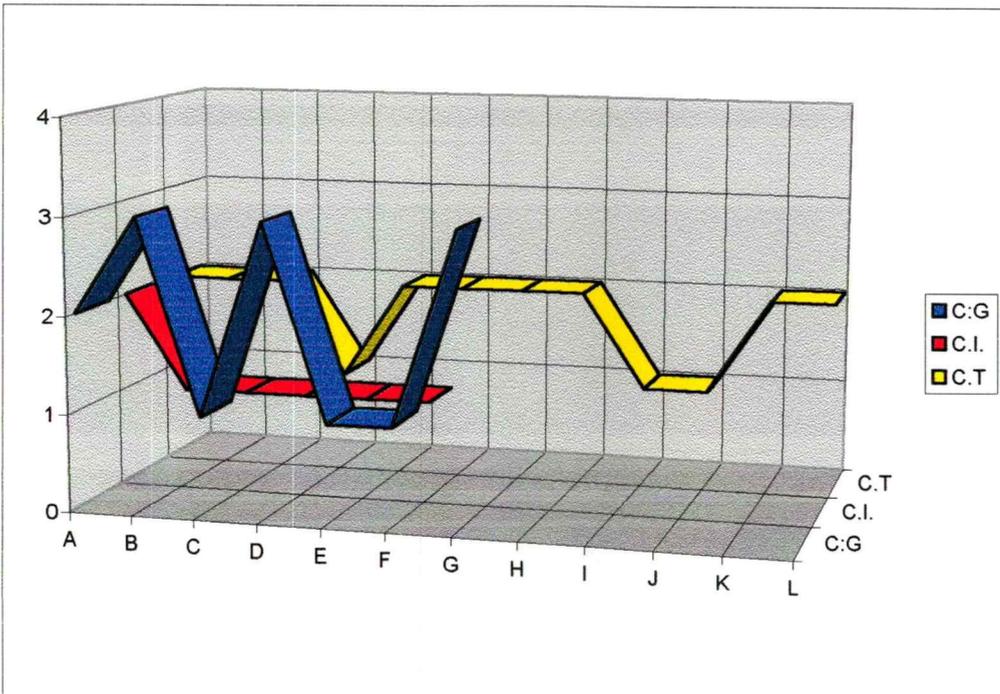


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=14. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

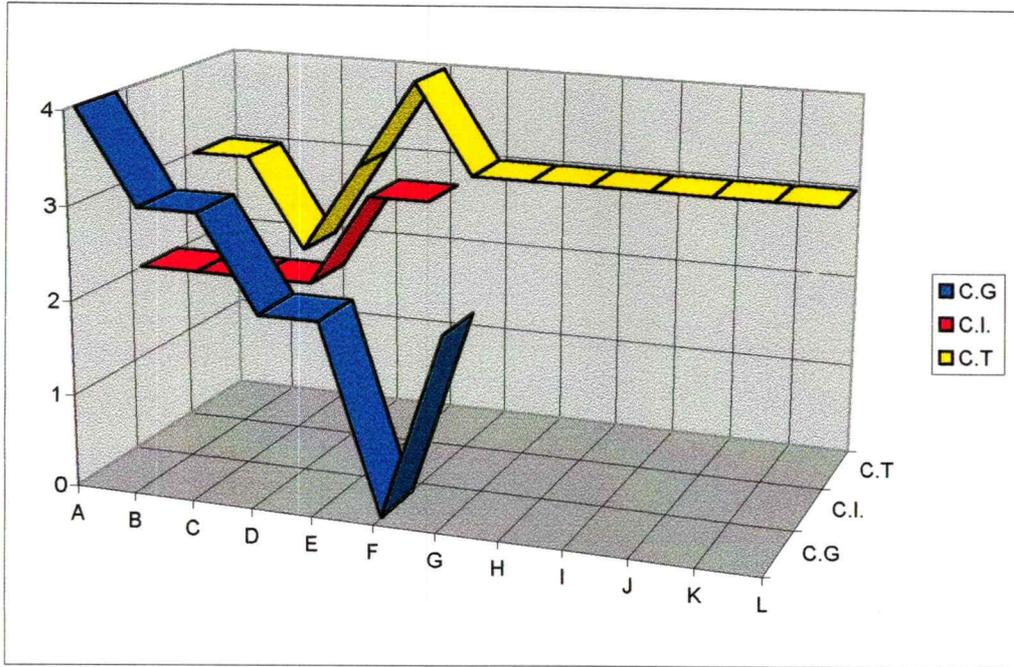


Después

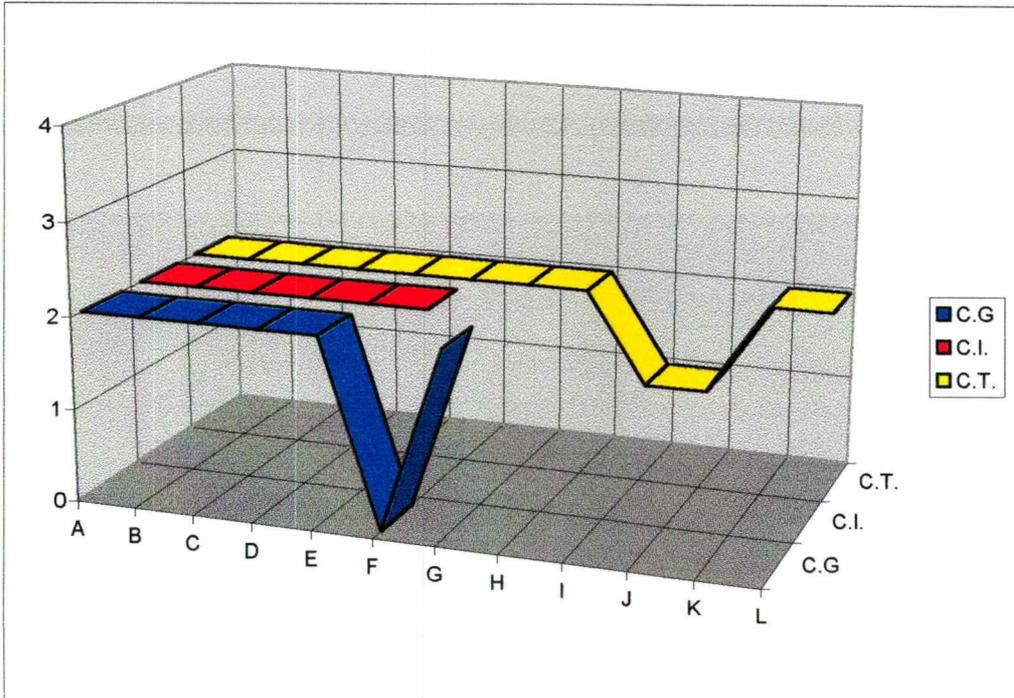


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=15. Antes y Después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

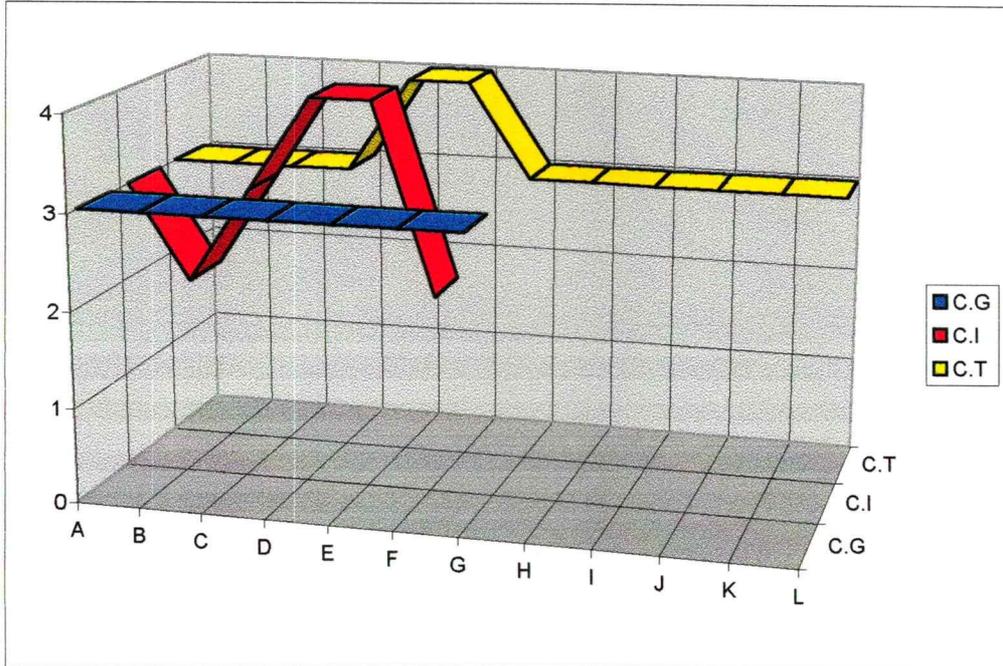


Después

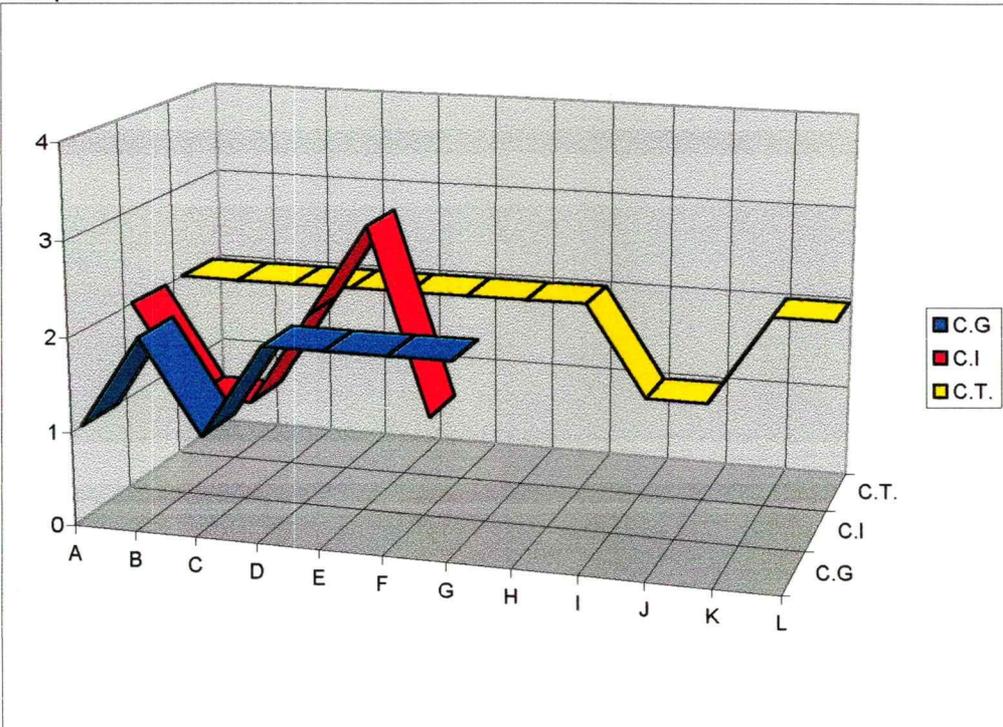


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=16. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

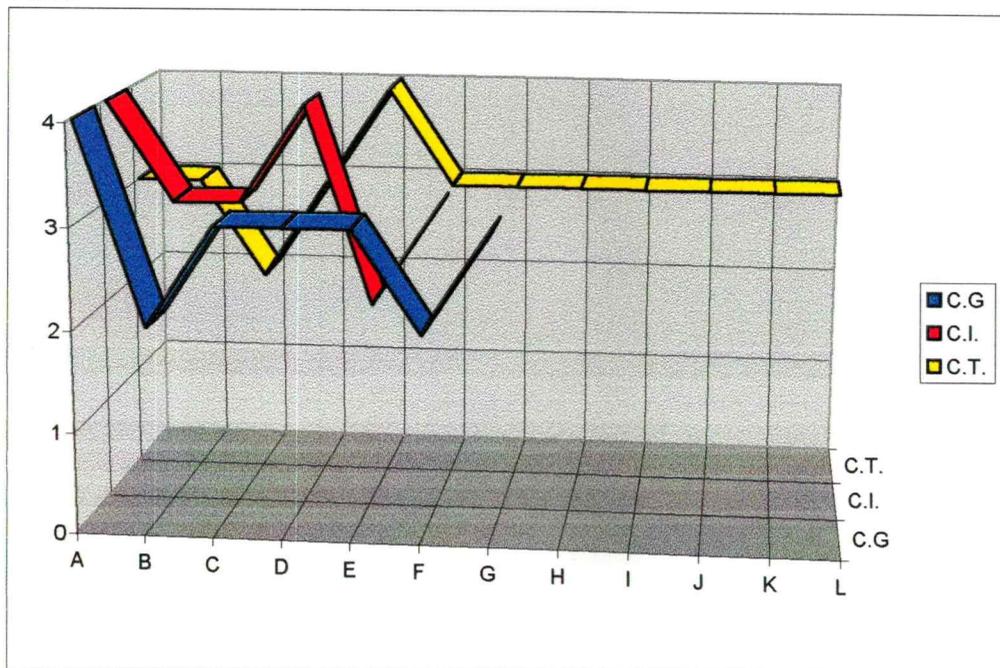


Después

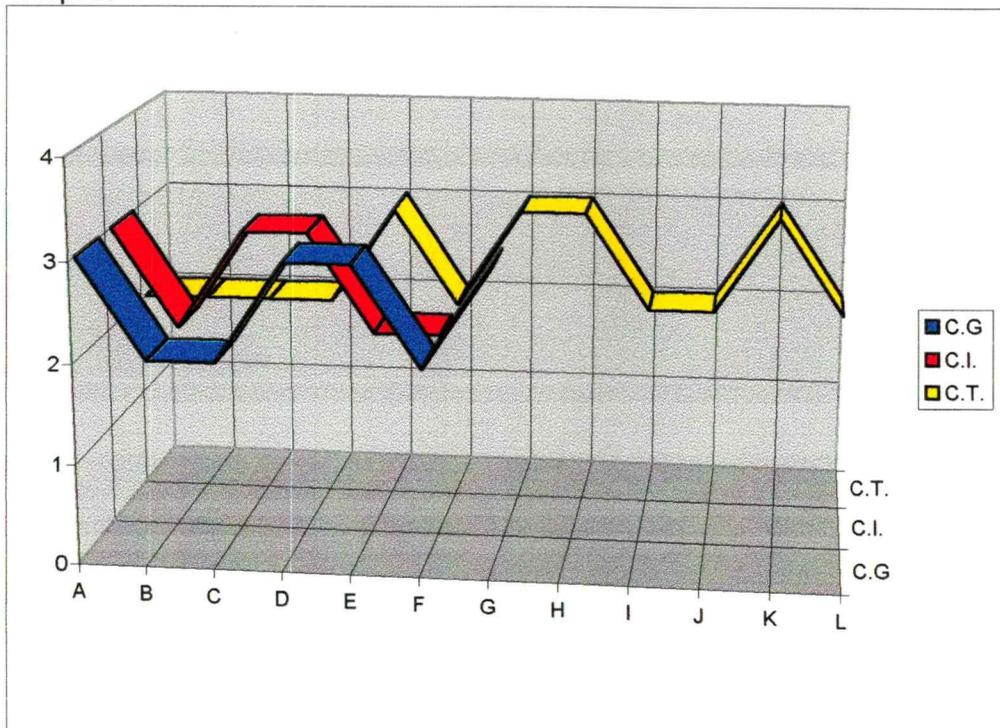


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=17. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

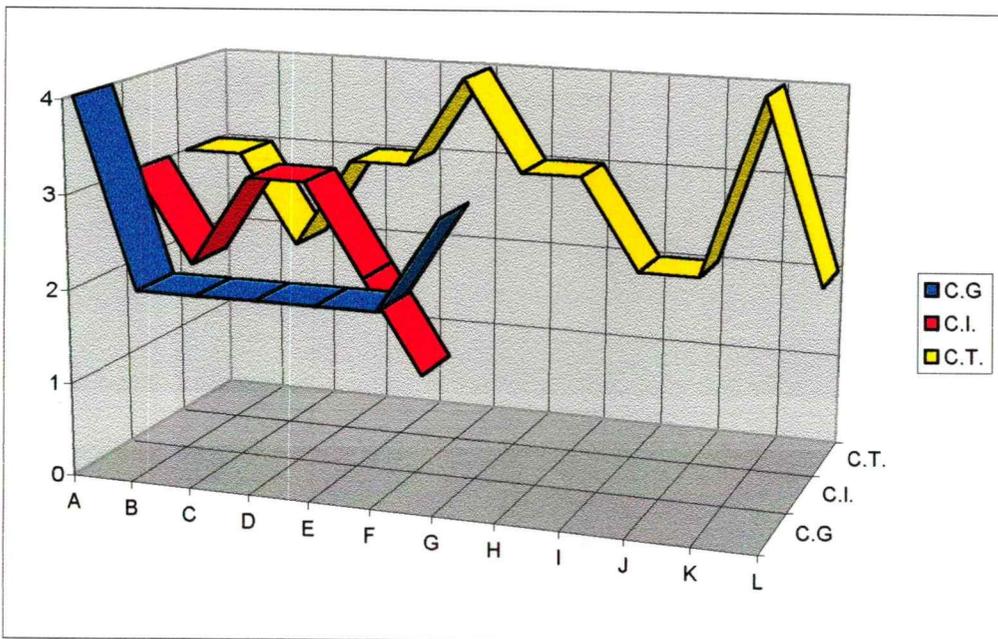


Después

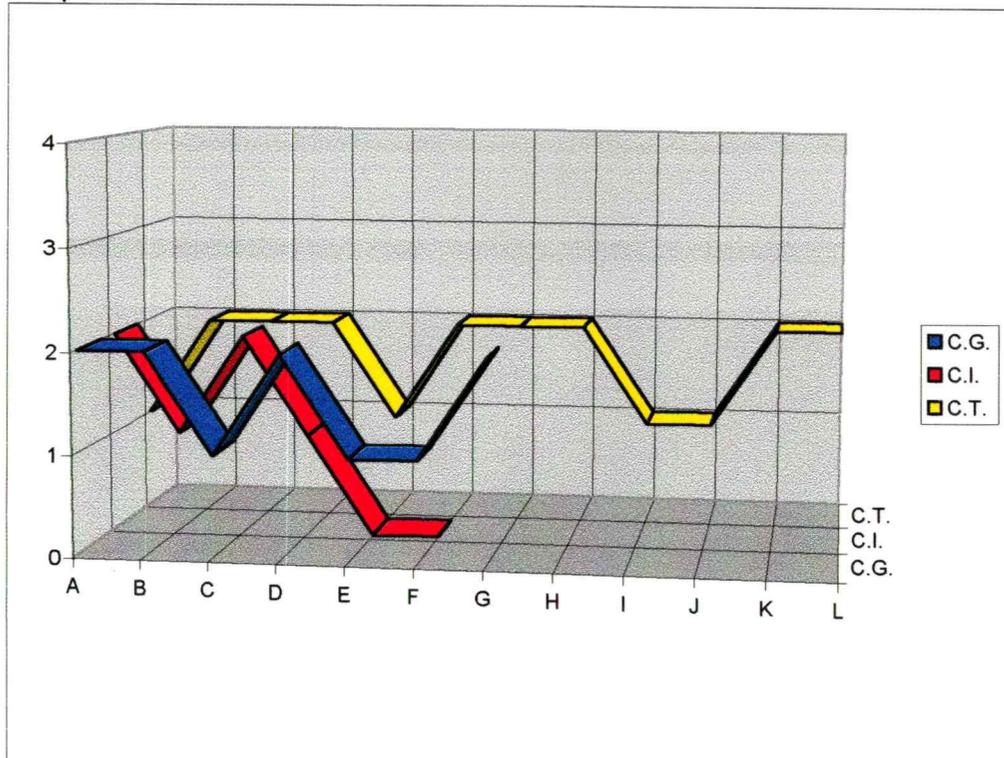


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=18. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes

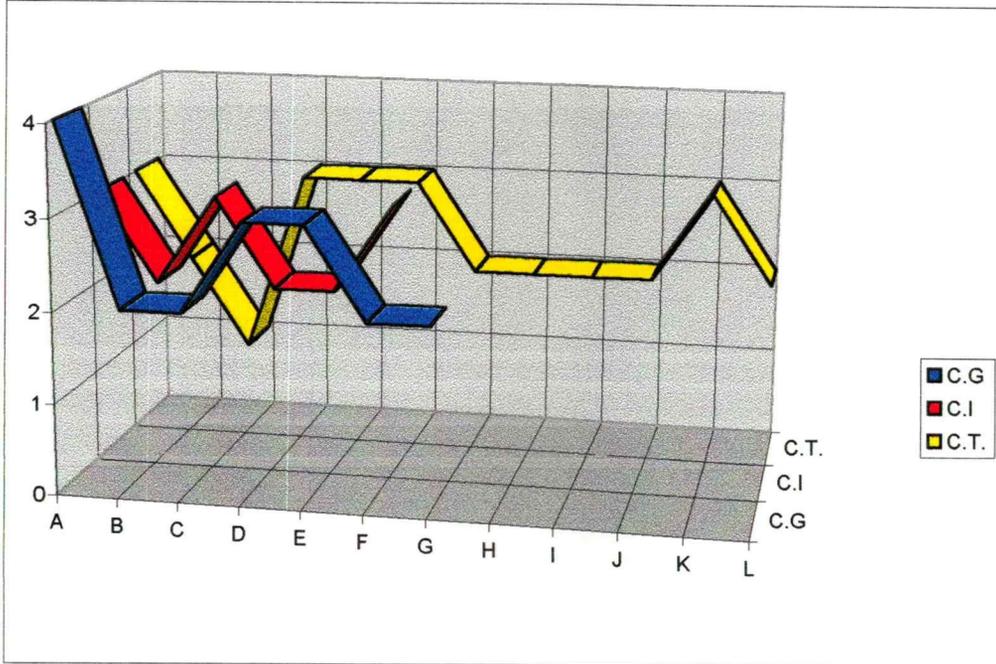


Después

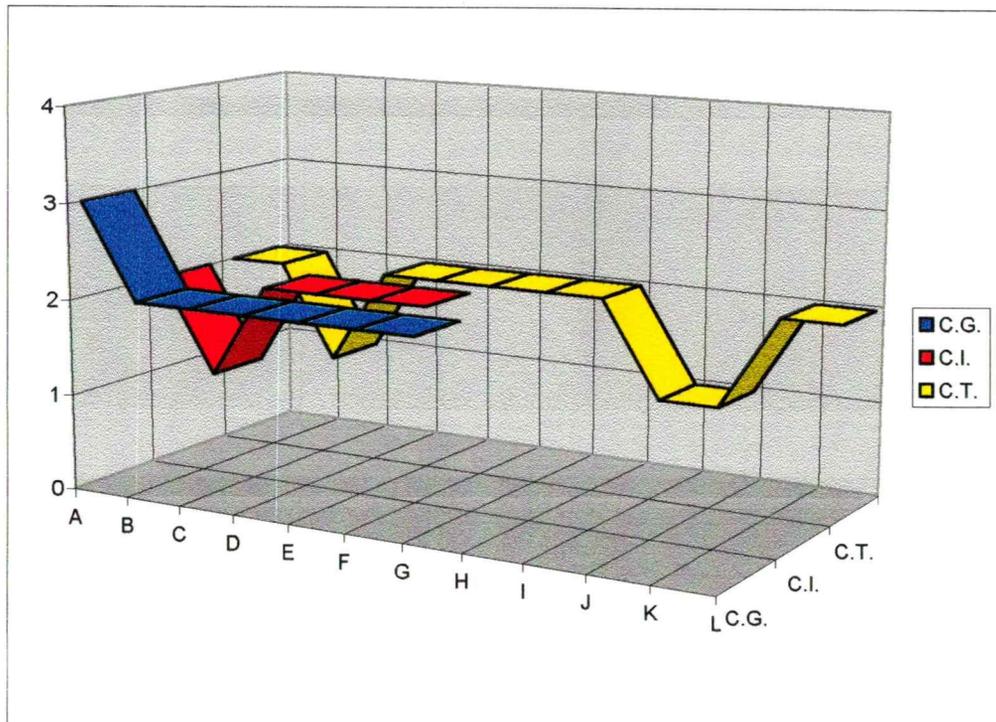


Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=19. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

Antes



Después



Los gráficos muestran la relación entre las calificaciones para C.G.: Comportamiento General; C.I.: Comportamiento Interpersonal y C.T.: Comportamiento de Tareas para n=20. Antes y después del tratamiento. Hospital José T. Borda.

#### **4. Tablas (resultados)**

**TABLA 3**  
**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A PACIENTES PARA**  
**LA MUESTRA SELECCIONADA; 1° y 2° MEDICIÓN EN EL ÁREA DE**  
**C.G. EN EL HOSPITAL B. MOYANO**

VALORES AGRUPADOS	VALORES POR PACIENTE DE LA 1 ° MEDICIÓN							TOTAL
	A	B	C	D	E	F	G	
	4	3	3	3	3	2	3	21
	3	3	3	3	3	2	3	20
	4	3	3	3	2	2	3	20
	4	4	3	4	4	3	4	26
	4	3	3	3	3	3	3	22
	3	3	3	2	3	2	2	18
	3	2	2	3	3	2	2	17
	3	2	2	3	2	2	2	16
	4	3	3	4	4	3	3	24
	4	3	3	3	2	2	3	20
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
VALORES AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	G	
<b>2° MEDICIÓN</b>	3	2	2	3	2	0	1	13
	1	2	1	2	2	0	2	10
	3	2	2	2	1	1	2	13
	3	3	2	3	3	2	3	19
	3	2	2	2	2	2	2	15
	2	2	2	1	2	1	1	11
	2	1	1	2	2	1	1	10
	2	1	1	2	1	1	1	9
	3	2	2	3	3	2	1	16
	3	2	2	2	1	1	2	13
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	

<b>TABLA 4</b>							
<b>ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A PACIENTES PARA LA MUESTRA SELECCIONADA; 1° y 2° MEDICIÓN EN EL ÁREA DE C.I. EN EL HOSPITAL B. MOYANO</b>							
	<b>VALORES POR PACIENTE DE LA 1° MEDICIÓN</b>						<b>TOTAL</b>
<b>VALORES AGRUPADOS</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	
	3	3	4	4	2	3	19
	3	3	3	3	4	4	20
	3	3	4	4	3	2	19
	4	3	4	4	4	4	23
	3	3	3	4	3	3	19
	3	2	4	3	3	3	18
	3	2	3	3	2	2	15
	3	2	4	3	3	2	17
	3	3	3	4	4	4	21
	3	3	3	3	4	4	20
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	
<b>VALORES AGRUPADOS</b>	2	1	3	2	1	2	11
<b>2° MEDICIÓN</b>	2	1	1	2	2	2	10
	2	2	3	3	2	2	14
	3	2	3	3	3	3	17
	2	2	2	3	2	2	13
	2	1	3	2	2	2	12
	2	1	2	2	1	1	9
	2	1	3	2	2	1	11
	2	2	2	3	3	3	15
	1	1	2	2	3	2	11
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	

**TABLA 5**

**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A PACIENTES PARA LA MUESTRA SELECCIONADA, 1° Y 2° MEDICIÓN EN EL AREA DE C.T. EN EL HOSPITAL MOYANO**

VALORES POR PACIENTES DE LA 1° MEDICIÓN													
VALORES AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	37
	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	33
	3	3	2	3	3	2	3	3	3	4	3	3	35
	4	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	42
	3	3	3	3	3	2	2	2	3	4	3	3	34
	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	36
	2	2	1	3	3	3	3	2	2	2	4	3	30
	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	34
	3	3	3	3	4	4	4	3	3	2	3	3	38
	2	3	2	2	4	4	3	2	2	3	3	3	33
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	29	28	25	29	33	31	29	26	28	31	33	30	
<b>PORCENTAJE</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
VALORES AGRUPADOS 2° MEDICIÓN	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
	1	1	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	22
	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	22
	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	24
	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	30
	3	2	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	23
	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	24
	1	1	0	2	2	2	2	1	1	1	3	2	18
	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
	2	2	2	2	3	3	3	3	2	1	2	2	27
	1	2	2	2	3	3	2	1	1	2	2	2	23
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	18	17	18	20	22	20	21	18	18	21	22	20	
<b>PORCENTAJE</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

**TABLA 6**  
**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A PACIENTES PARA**  
**LA MUESTRA SELECCIONADA; 1° y 2° MEDICIÓN EN EL ÁREA DE**  
**C.G. EN EL HOSPITAL J. BORDA**

VALORES POR PACIENTES DE LA 1° MEDICIÓN								
VALORES AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	G	
	4	2	3	3	4	3	3	22
	4	2	3	3	3	3	2	20
	4	3	2	3	3	3	3	21
	3	3	3	2	3	2	2	18
	3	3	1	3	2	2	3	17
	4	3	3	2	2	0	2	16
	3	3	3	3	3	3	3	21
	4	2	3	3	3	2	3	20
	4	2	2	2	2	2	3	17
	4	2	2	3	3	2	2	18
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>37</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
VALORES AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	G	
<b>2° MEDICIÓN</b>	2	2	2	2	2	1	2	13
	2	2	1	1	2	2	2	12
	2	3	2	2	3	2	2	16
	1	2	2	1	2	1	2	11
	2	3	1	3	1	1	3	14
	2	2	2	2	2	0	2	12
	1	2	1	2	2	2	2	12
	3	2	2	3	3	2	3	18
	2	2	1	2	1	1	2	11
	3	2	2	2	2	2	2	15
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	

**TABLA 7**  
**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A PACIENTES PARA**  
**LA MUESTRA SELECCIONADA; 1° Y 2° MEDICIÓN EN EL AREA DE**  
**C.I. EN EL HOSPITAL J. BORDA**

VALORES POR PACIENTES DE LA 1° MEDICIÓN							
VALORES AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	
	3	3	3	3	3	4	19
	3	2	4	3	3	3	18
	3	2	3	3	3	3	17
	3	2	3	3	4	4	19
	3	2	3	3	2	2	15
	2	2	2	2	3	3	14
	3	2	3	4	4	2	18
	4	3	3	4	2	3	19
	3	2	3	3	2	1	14
	3	2	3	2	2	3	15
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	
VALORES AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	
<b>2° MEDICIÓN</b>							
	2	1	2	1	2	2	10
	2	1	2	1	1	1	8
	2	2	2	1	2	2	11
	2	1	2	1	2	2	10
	2	1	1	1	1	1	7
	2	2	2	2	2	2	12
	2	1	1	2	3	1	10
	3	2	3	3	2	2	15
	2	1	2	1	0	0	6
	2	1	2	2	2	2	11
<b>TOTAL DE LA SUMA</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	
<b>PORCENTAJES</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	

**TABLA 8**  
**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS REFERIDOS A PACIENTES PARA LA**  
**MUESTRA SELECCIONADA; 1° Y 2° MEDICIÓN EN EL AREA DE C.T. EN EL**  
**HOSPITAL J. BORDA**

VALORES POR PACIENTES DE LA 1° MEDICIÓN													
VALORES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	4	3	35
	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	38
	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	4	3	38
	3	3	2	3	3	4	3	3	2	2	3	3	34
	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	31
	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	36
	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	38
	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	36
	3	3	2	3	3	4	3	3	2	2	4	2	34
	3	2	1	3	3	3	2	2	2	2	3	2	28
TOTAL	30	29	22	30	34	35	29	27	25	26	34	27	
DE LA SUMA													
PORCENTAJE	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	
VALORES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
AGRUPADOS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
2° MEDICIÓN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	22
	2	3	2	2	2	3	3	2	1	1	2	2	25
	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	22
	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	21
	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	22
	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	22
	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	28
	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	20
	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	21
TOTAL	19	21	19	19	20	21	22	21	12	12	21	20	
DE LA SUMA													
PORCENTAJE	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	

**5. Protocols (Comprehensive Occupational Therapy  
Evaluation Scale - COTE)**

TERAPIA OCUPACIONAL  
COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY  
EVALUATION SCALE (COTE)

Brayman, Sara J.  
Kirby, Thomas F.  
Misenheimer, Aletha M.  
Short, M.J.

I . - COMPORTAMIENTO GENERAL

- A. *Apariencia*
- B. *Comportamiento no productivo*
- C. *Nivel de actividad ( a ó b)*
- D. *Expresión*
- E. *Responsabilidad*
- F. *Puntualidad*
- G. *Orientación hacia la realidad*

Sub-Total

II . - COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL

- A. *Independencia*
- B. *Cooperación*
- C. *Auto-assertividad ( a ó b)*
- D. *Sociabilidad*
- E. *Comportamiento para conseguir atención*
- F. *Respuesta negativa a otras personas*

Sub-Total

**III . - COMPORTAMIENTO DE TAREAS**

- A. *Compromiso*
- B. *Concentración*
- C. *Coordinación*
- D. *Seguir directivas*
- E. *Orden de la actividad o  
Atención al detalle\**
- F. *Solución de problemas*
- G. *Complejidad y organización de la tarea*
- H. *Aprendizaje inicial*
- I. *Interés en la actividad*
- J. *Interés en la culminación*
- K. *Toma de decisiones*
- L. *Tolerancia a la frustración*

Sub-Total

TOTAL

Escala: 0- Normal, 1- Mínimo, 2- Leve, 3- Moderado, 4- Severo

\*Calificar Orden en la Actividad o Atención a los detalles, no ambas.

Comentarios:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Terapeuta Ocupacional



Universidad Nacional de Mar del Plata  
Facultad de Ciencias de la Salud y del Trabajo Social  
Carrera de Terapia Ocupacional

**ANEXO DE LA TESIS**  
Terapia Ocupacional y los paseos  
terapéuticos a la comunidad

Por: T.O. Silvia Varela  
T.O. Mirta Manghi

Director: Prof. T.O Gustavo Reinoso

Agosto, 2001

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
3267.	
Vol	Exemplares
Universidad Nacional de Mar del Plata	

**Diferenciar lo que ha sido planteado como objetivo terapéutico de los propios de la investigación, referidos específicamente a las relaciones planteadas en la hipótesis.**

La diferenciación entre objetivos terapéuticos y los propios de investigación están relacionados a dos aspectos principales: a) institucional y b) de investigación. Los Servicio de terapia ocupacional de los Hospitales Braulio A Moyano y José T Borda han organizado desde hace tiempo, paseos terapéuticos a la comunidad. Como consecuencia de evaluaciones frente a las necesidades institucionales, a partir de inquietudes que mostraban los propios pacientes. El resultado positivo que brindan los paseos terapéuticos a diferentes lugares de la comunidad, como generador de oportunidad de actividades socializantes y de esparcimiento, ha sido históricamente de interés para la comunidad científica por parte de los responsables de la salud. Por otro lado, observaciones clínicas de pacientes con trastornos psiquiátricos muestran como la planificación y ejecución de actividades sociales en ambientes reales, proporcionan resultados positivos en variables independientes que clásicamente han sido estudiadas como índices que evidencian una mayor participación en el proceso terapéutico y niveles de salud.

Los objetivos terapéuticos son formulados en colaboración con el paciente, el equipo profesional, minoritariamente la familia y otras personas responsables del cuidado y la atención del mismo. Aunque esto ofrece muchas variantes con relación al nivel de

funcionamiento del paciente y la demanda de la familia, dichos objetivos terapéuticos son enunciados en términos medibles y en ambientes determinados ya sea clínicos versus naturalísticos o comunitarios. Se expresan siempre en términos de tareas u ocupaciones, pero también como pasos más simples tendientes al incremento de funciones sensorio motoras, cognitivas o psicosociales para el logro de ocupaciones expresadas en ambientes determinados.

El proceso de investigación en terapia ocupacional difiere del proceso terapéutico en que, el primero busca generar teoría (modelos cualitativos) o testear hipótesis y de ese modo generar conocimiento aplicable a otras situaciones. Aunque teóricamente la generalización de conocimiento de una situación en particular a otra ofrece muchos inconvenientes, mecanismos que aseguren la validez externa de un estudio ofrecen posibilidades prometedoras. En el presente estudio la validez externa se relaciona a aspectos empíricos, en los cuales se ha explorado el potencial terapéutico de paseos a la comunidad para pacientes psiquiátricos cuando los mismos son conducidos por terapeutas ocupacionales. Siguiendo formulaciones de investigación que comparan el proceso terapéutico con los procesos de investigación científica, este trabajo ha intentado mostrar, como determinados aspectos observados en la práctica clínica pueden ser demostrados, cuando un diseño de investigación es aplicado a una situación específica que proporciona resultados válidos y aplicables a la disciplina de terapia ocupacional.

Cuando los paseos terapéuticos fueron aislados para ser estudiados como una variable independiente, cambios observables y medibles en variables dependientes

seleccionadas para tal fin han sido demostrados. El presente estudio ha demostrado en tres pasos consecutivos a) la medición de una línea de base estable en una población de pacientes con trastornos psiquiátricos, b) un período de intervención estable, constante y definido en términos objetivos y medibles y c) una segundo periodo de medición en las mismas variables definidas durante la fase (a). Mecanismos utilizados para controlar amenazas a la validez interna de los postulados enunciados en el estudio, fueron formulados sobre la base de una exhaustiva revisión de la literatura, para la selección de variables congruentes con una situación clínica específica. Mecanismos clásicos para controlar amenazas a la validez externa, fueron considerados con relación al instrumento de medición y como terapistas encargadas de las mediciones (funciones intra-rater e inter-rater) asegurando mediante entrenamiento y practica alcanzar niveles de acuerdo (expresados en valores r) que han sido descritos en la literatura de las profesiones de la salud a niveles internacionales. Este proceso asegura que se han observado y medido aspectos similares (para estándares internacionales) cuando comparados a mediciones entre ambos autores (inter-rater) y mediciones independientes para el mismo autor (intra-rater).

**Especificar el modo de implementación del Pre-test y Post-test, considerando el contexto, frecuencia, duración en el tiempo, actividades implementadas y si todos los pacientes realizaron las mismas tareas.**

La implementación de los aspectos de medición de las variables dependientes durante las fases de pre- y post test fueron realizadas de acuerdo a procedimientos establecidos a priori entre nosotras y director de tesis. Los aspectos de medición incluyeron

el entrenamiento en la utilización del COTE “Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale” que es un instrumento de evaluación estandarizado realizado por Brayman, S.J.; OTR Director of Occupational Therapy service for the Greenville Hospital Center of which Marshall I Pickens Hospital is a part; Kirby, T.F. Ph.D. is research associated at Marshall Y Pickens Hospital; Misenheimer, A. M. COTA is a staff therapists at Marshall Y Pickens hospital & Short, M.D. is medical Director of Marshall Y Pickens Hospital, Greenville, South Carolina, hasta alcanzar valores de acuerdo aceptables.

Las fases utilizadas durante esta etapa del estudio fueron las siguientes:

- 1) Familiarización con los componentes de función medidos por el instrumento utilizado. Traducción y revisión de items. Revisión y estudio de las definiciones operacionales del instrumento de medición para alcanzar niveles de acuerdo aceptables en la observación y registro de información durante fases de pre y post test.
- 2) Cálculos formales e informales de correlación intra-rater (mismo autor), inter-rater (entre los autores y director de tesis) hasta alcanzar niveles de acuerdo aceptables (definidos en la literatura internacional como valores "r" aceptables).
- 3) Notas de campo, formulación de memos contextuales, y discusión entre los autores aseguraron codificaciones y registro específico de comportamientos descritos en el instrumento de intervención pre y post fase de intervención o paseos terapéuticos. Estas notas de campo, memos y discusiones fueron analizadas por el director de

tesis para seguir y describir el proceso por el cual se produjeron cambios en las diferentes áreas del instrumento de medición.

4) La fase de intervención ha sido descripta en parte en la pagina N° 48 de la tesis. Este estudio realizado en el Hospital Braulio A. Moyano y José T. Borda examinó a cuatro grupos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, los cuales realizaron voluntariamente noventa y seis paseos terapéuticos a la comunidad. Desde una modalidad totalmente frecuente, la que incluía dos paseos semanales por grupo, de tres horas de duración. Los que revistieron características diferentes ya que los pacientes se encontraron vinculados a un trabajo de investigación.

Se les informó que serían evaluados antes y durante los paseos. Dejando en claro que era parte de este estudio de investigación.

El registro en el Cote, sirvió como medio para comunicar al resto del equipo evaluación, curso de tratamiento y evolución individual durante los paseos a la comunidad. De es modo y en conjunto se ideo un plan de tratamiento. Quedando registrado de manera simple, los cambios comparativos en el comportamiento de las personas intervinientes a lo largo del tiempo, denotando el progreso del paciente en el programa terapéutico. Cada registro requiere de dos minutos, produciendo un resumen del comportamiento del paciente.

Veinticinco comportamientos identificados siendo observables en terapia ocupacional, son enumerados hacia abajo en el margen izquierdo de la escala (Págs. n° 210-211 de la Tesis). Sobre el margen derecho, se encuentra una grilla que

proporciona espacios para registrar calificaciones de cada comportamiento del paciente durante el paseo a la comunidad. Las calificaciones se basan sobre un rango de 0 a 4, en donde 0 significa normal y 4 indica un comportamiento extremo negativo. La calificación de comportamientos se completa luego de cada sesión de evaluación, quedando registrado todo cambio en el comportamiento. Al final se considera un espacio para comentarios, a fin de enumerar objetivos de tratamiento o acontecimientos inusuales.

El protocolo usado en los procesos pre-test y post test (Apéndice X), proporciona espacio para registrar comportamientos observados para distintos días. Esto permite al terapeuta registrar diferentes observaciones en la misma hoja y de este modo concretar un mecanismo para comparar el comportamiento de una sesión y el observado en una previa. Lo que genera ahorro en el tiempo profesional, ofreciendo calidad para elaborar informes fáciles de escribir y de leer. Si existiera alguna pregunta acerca de la terminología o las definiciones para cada calificación, se encuentran pautas establecidas en términos técnicos e impresos en otras páginas del protocolo, adjuntas en las normas para la administración del instrumento de medición de la Tesis. Si bien el protocolo tiene varias páginas, la grilla cuenta con una.

La escala del COTE impone una estructura para registrar observaciones realizadas durante el proceso de terapia ocupacional. La utilización de esta estructura elimina la vaguedad de constructos narrativos tales como “hoy parece mejor”. El problema de la singularidad de las definiciones también se encuentra eliminado, de modo que cualquier persona que utiliza o lea la escala puede referirse directamente a las definiciones.

# APENDICE X

TERRAPIA OCUPACIONAL															
COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY - EVALUATION SCALE (COTE)															
COMPORTAMIENTOS	DIAS														
I - COMPORTAMIENTO GENERAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A. Apariencia															
B. Comportamiento no productivo															
C. Nivel de actividad (a ó b)															
D. Expresion															
E. Responsabilidad															
F. Puntualidad															
G. Orientación hacia la realidad															
Sub-Total															
II - COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL															
A. Independencia															
B. Cooperación															
C. Auto-asertividad (a ó b)															
D. Sociabilidad															
E. Comportamiento para conseguir atención															
F. Respuesta negativa a otras personas															
Sub-Total															
III - COMPORTAMIENTO DE TAREAS															
A. Compromiso															
B. Concentración															
C. Coordinación															
D. Seguir directivas															
E Orden de la actividad o atención al detalle*															
F. Solución de problemas															
G. Complejidad y organización de la tarea															
H. Aprendizaje inicial															
J. Interés en la culminación															
K. Toma de decisiones															
L. Tolerancia a la frustración															
Sub-Total															

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**SERVICIO:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**OCUPACION:**

**COMENTARIOS:**

**ESTUDIOS CURSADOS:**

**FECHA DE INGRESO:**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Al poder conceptualizar la planificación, organización, elección del ámbito, cristalización y desempeño de las variables enunciadas y medidas en la evaluación COTE, podemos arribar a conceptos relacionados a la disfunción en los paseos terapéuticos como cualquier proceso donde el paciente necesita la asistencia del terapeuta ocupacional, de su auxiliar; o a la evaluación de las variables de la mencionada prueba y con relación a un puntaje que se aproxime al nivel superior en una escala de 0 a 4.

Se explicó al grupo el propósito de dicha actividad, presentando a los paseos como un medio de facilitación de aprendizaje de destrezas personales que los favorecerá en su adaptación al ambiente, satisfaciendo el desarrollo como miembro competente. Los pacientes que constituyeron cada grupo confeccionaron una lista de posibles lugares a donde ir. Se realizaron acuerdos sobre diferentes actividades que se iban a desempeñar dentro del paseo. Se discutió acerca de como cada actividad dentro del paseo iba a ser medida por el terapeuta ocupacional, utilizando el Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (Brayman, S. J. y col., 1976) para tratar de determinar, los comportamientos identificados durante la realización de los mismos.

Mediante esta evaluación estandarizada, se midió en forma integral el nivel alcanzado por el paciente desde el desempeño de una actividad. Los paseos terapéuticos a la comunidad incluyen una variedad de actividades, en especial las del tipo socializantes y de esparcimiento en las que se incluye planificación y ejecución de las mismas. Estos forman parte de la vida ocupacional, posibilitaron a las personas concurrir a un número de lugares que sirvieron, como recurso para satisfacer una amplia variedad de necesidades.

Estos lugares incluyeron: cines, exposiciones, museos, shopping, bares, cafeterías, entre otros. Los cuales forman una parte importante de la vida y el desempeño ocupacional en el cual un paciente puede sentirse renovado, escapar de las presiones de la vida, disfrutar de la compañía de compañeros y amigos, pero fundamentalmente renovar la conexión con una comunidad más amplia.

Algunos ejemplos de las actividades realizadas durante los Paseos a la Comunidad fueron: recorrido del lugar, apreciación de monumentos históricos, observación de los artículos que se exponen, comparación de precios de distintos objetos que se encuentran en exposición, adquisición de artículos que necesitan, caminatas, mateadas, juegos de mesa, con pelota.

5) Todos los pacientes descriptos en la sección muestra de la tesis participaron en los paseos terapéuticos. Aunque diferencias contextuales existieron para cada paciente (por ejemplo: durante un paseo un paciente puede haber participado en una conversación con una persona de la comunidad y mientras otro puede haber observado esta conversación sin participar verbalmente), los paseos terapéuticos ofrecieron un encuadre específico con actividades determinadas por el ambiente. Es preciso destacar que aunque la intervención en diferentes actividades y situaciones sociales favorecería al paciente, es siempre este quien decide el modo de participación en determinadas actividades.

**Ampliar las características de la implementación del "Programa Especial de Paseos Terapéuticos" en cuanto al " para que, al como y donde" y frecuencia de realización.**

**Para que:**

Existe evolución natural en las profesiones de la salud. Hay una tendencia a demostrar por medio de estudios de investigación científica y publicaciones dirigidas a la comunidad, cuales son los resultados específicos logrados luego de intervenciones específicas. En el contexto de la disciplina de terapia ocupacional, nos encontramos en un momento en el cual la sociedad necesita conocer en detalle, cual es el impacto de nuestras intervenciones en aspectos determinados de la salud humana. La evolución y el desarrollo científico, proporcionan día a día nuevas alternativas en la medición de como ciertas prácticas y procedimientos terapéuticos producen resultados positivos en la salud y el bienestar de la población. El presente estudio describe una intervención en pacientes con trastornos psiquiátricos y demuestra en términos medibles y observables como determinadas variables en las áreas: I Comportamiento General, II Comportamiento Interpersonal y III Comportamiento de Tareas, muestran resultados alentadores luego de la participación en un programa implementado por terapeutas ocupacionales.

## **Como:**

Los lugares seleccionados para efectuar el trabajo de campo durante un período comprendido entre los años 1996-1997 y en los cuales ejercemos funciones como profesionales fueron: el Hospital José T. Borda ubicado en la calle Ramón Carrillo 375 y el Hospital Braulio Moyano ubicado en Brandsen 2250, barrio de Barracas. Ambos pertenecen al Gobierno de la Ciudad De Buenos Aires. Su atención es gratuita para aquellos que carecen de Obra Social.

Dentro del Hospital José T. Borda está el departamento N° 5 en el cual funciona una sección de Terapia Ocupacional que depende del Servicio N° 48 de T.O. y es donde se realizó parte de este estudio. En el Hospital Braulio A. Moyano, en el Servicio de Rehabilitación del cual depende T.O. fue el lugar donde se realizó la otra parte de este estudio. A dichos sectores asisten pacientes internados (varones en el primero y mujeres en el segundo) adultos mayores de 18 años.

Los criterios de inclusión y asignación para este estudio de investigación fueron: diagnóstico, edad, sexo y voluntarios para desempeñar un estudio de 1 año de duración. Determinada la población (50 pacientes) de cada institución se confeccionó una tabla de números random para seleccionar 10 pacientes de cada institución (N= 20) que constituyeron la muestra actual y se utilizó la misma para seleccionar dos grupos de 5 personas.

Se consideró que si bien cada paseo tiene un potencial beneficio y este es conocido por el paciente, ya que de hecho manifestó su interés, su valor de participar en la

realización de los mismos; por otro lado podía resultar perjudicial el hecho de que este proyecto de investigación requirió de mediciones específicas, mientras el paciente se encontraba desempeñando la actividad. Lo cual puede resultar molesto, extraño, la actividad puede interrumpir el curso al haber una persona observando, en este caso el terapeuta ocupacional. Para evitar estos perjuicios en cada institución se realizó este trabajo previo con los pacientes, donde se anticiparon posibles situaciones, que englobaron los hechos antes mencionados. Estos problemas y sus posibles situaciones son las enumeradas con mayor frecuencia en la literatura de investigación que incluye grupos de actividades y toma de evaluaciones referidas a criterios en terapia ocupacional ( Payton A.; Otto D., 1994).

Cada grupo participó de cuatro sesiones de una hora y media de duración en el consultorio de terapia ocupacional, en donde se discutió acerca de los paseos terapéuticos a la comunidad, su evaluación y desarrollo.

En este contexto se les notificó a los pacientes que participaron en forma voluntaria de este estudio de investigación, que iban a integrar grupos de cinco miembros cada uno. A su vez que cada grupo intervendría en 96 paseos a la comunidad dentro del cono urbano bonaerense (los mismos serían elegidos en forma conjunta), de 3 horas de duración con una frecuencia de dos veces por semana, coordinados por un terapeuta ocupacional y un auxiliar de terapia ocupacional. Esta tarea se realizó en ambas instituciones por los profesionales correspondientes.

Se explicitó que para cada paseo a la comunidad debíamos tener autorización por parte de la institución. Se llenarían fichas individuales, de permiso de salida con la fecha y datos de cada uno y N° de historia clínica. Para el Hospital Borda se requirió que cada ficha por duplicado debía ser firmada por la Jefa del Servicio y ser autorizado por el Servicio de Estadística. En el momento de la salida, se le presentaría toda esta documentación a la enfermera quien firmaría nuevamente (Esto sería preparado por lo menos dos días antes de la fecha prevista para la salida). A su vez seríamos saludados antes de salir por el médico Psiquiatra. En el caso del Hospital Moyano una vez confeccionadas las fichas de permisos de salidas ( dos por paciente) con las firmas de los Jefes de servicios de internación y la de la Jefa de rehabilitación. Se elevan con una nota del permiso (original y copia) a la que se adjunta nomina de los pacientes intervinientes, a la Dirección de la institución. Quien conserva el original, la copia la lleva la Terapeuta Ocupacional durante el paseo y los permisos uno los conserva el Jefe del Servicio de internación para ser agregado a la historia clínica y el otro el Jefe de Rehabilitación como responsable de algún posible accidente en la vía pública.

Se les informó que al momento de salir del Hospital Borda, con todos los papeles y firmas respectivas atravesaríamos dos puestos de vigilancia. En el primero controlarían firmas y número de pacientes. En el segundo debíamos presentar y dejar una copia de la documentación. En el Hospital Moyano la presencia de profesional a cargo es suficiente para el control de vigilancia.

También se explicitó transportes factibles a ser utilizados (públicos, contratados o de la institución) para el día del paseo a la comunidad.

Destrezas prácticas tales como, planificación del paseo, actividades, capacidad organizativa, organización temporal, arreglo personal, manejo del dinero, del transporte público, reconocimiento de recursos personales y de la comunidad, capacidad de comunicarse e interactuar, empleo, trabajo fueron discutidas por los grupos en estas cuatro primeras reuniones en forma general y en forma específica durante el desarrollo de este programa. También aquí quedó determinado cual sería el primer Paseo a la Comunidad.

Al final de cada paseo, pero como parte del desarrollo se hablaba durante media hora, acerca de cómo lo estaban pasando. Se elegía cual sería el próximo lugar a donde ir y que actividades desarrollar. Se trató de focalizar los pensamientos de los participantes en un aquí y ahora y a través de charlas informales, en una atmósfera de espontaneidad. Se alentaba a los miembros del grupo a que programasen sucesivos futuros paseos en el ámbito urbano. Se evaluaban los recursos económicos, se repensaban posibilidades para mejorar las A.V.D., lo que significó un aumento de las visitas a las Cooperadoras de los Hospitales con un fin determinado. Dentro de las funciones de estas asociaciones está la de aceptar las donaciones y entregarlas a los Jefes de Servicios. Por Ej. : en el Hospital B. Moyano la constante presencia de los pacientes que integraban el grupo generó un cambio institucional, logrando que se les entregara la ropa directamente a ellos. Se diagramaba el uso del transporte, pensando la manera más económica y rápida de llegar al destino propuesto. Se resolvía quien pagaría el boleto, quien conservaría el dinero y/o cuando se

entregaría. Se hablaba de los deseos, de las expectativas y también de los miedos. Se respetó el silencio en este encuadre y se valoró la participación física. La ausencia de la palabra, que era reemplazada por movimientos animosamente rápidos a la voz "... nos vamos", se los considero de aceptación.

Durante los primeros encuentros se promovió el reconocimiento de cada uno de los miembros, facilitando la evocación de los nombres o si lo preferían los apellidos y se los invitó a hacer parte de él, a modo de confirmación de la propuesta. Aquí los intereses, valores, oportunidades, limitaciones, capacidades y nuevas posibilidades se ponen de manifiesto.

Los paseos terapéuticos a la comunidad, fueron programados y organizados en forma progresiva. Cabe recordar aquí lo mencionado en nuestra ley de ejercicio profesional: "Acompañar al paciente en sus salidas fuera del ámbito hospitalario o del hogar, contribuyendo a su integración progresiva a la comunidad" (Ley N° 17.132).

Se comenzaron desde lugares conocidos por los pacientes, por ser transitados antes o durante la internación, solos o en compañía. Para llegar a otros de mayor exigencia desde las propias expectativas y la demanda social pensada o fantaseada. Así fue como se asistió en un inicio a plazas, parques o confiterías cercanas al hospital hasta llegar a otros lugares que podrían resultar más complejos, como Shopping Alto Palermo, Paseo Alcorta, cine.

El resultado se reflejó en una adecuada acomodación de cada uno de los integrantes de grupo, para lograr el intercambio con otros y un mejor desempeño de las actividades inherentes a la salida. Se realizaron acuerdos sobre diferentes actividades que se iban a

desempeñar dentro del paseo. Aquí recordamos el rol de las actividades con propósito enunciadas por Mosey en (1981) como procesos que se dirigen hacia un resultado final planeado o hipotético. Se explicitó acerca de como cada actividad dentro del paseo iba a ser medida por el terapeuta ocupacional, utilizando el Comprehensive Occupational Therapy Evaluación Scale (Brayman, S. J. y col. , 1976) para tratar de determinar, los comportamientos identificados durante la realización de los mismos (Hemphill, 1982). Una vez evaluados se discutió, sobre aquellos comportamientos de los cuales se esperaba un cambio a través de los paseos, para que de esta forma, como enfatiza Cole (1993), ellos puedan controlar sus propios progresos. Se delinearon objetivos de dichas actividades, los cuales fueron expresados y relacionados con los problemas que presentaba cada miembro.

Por ejemplo, después de haber realizado la evaluación durante el paseo a la comunidad cinco pacientes que integraban un grupo del Hospital José T. Borda mostraron dificultades en su desempeño en los items responsabilidad, puntualidad, cooperación, sociabilidad fue así como para los próximos paseos realizados al Jardín Botánico, Jardín Japonés, Centro Cultural Recoleta se delinearon en forma conjunta actividades que tuvieron que ver con respetar las reglas del lugar, cuidado de los objetos que están en exposición, mantener las cosas que ha dicho, seguir directivas, la comprensión y respuesta a la organización y expectativas de roles como receptor y contribuyente de la sociedad. Así también, en el Hospital Moyano en dos oportunidades el problema surgió en los puntos de responsabilidad y sociabilidad. Por decisión personal tomaron el colectivo de la línea propuesta, pero de otra sección. El extremado control del terapeuta ocupacional y el auxiliar en ciertos pasos de

la actividad convirtieron el hecho en un ejemplo aleccionador para el grupo quien desde bromas y risas les confirmo lo agradable que les resultaba sus presencias.

Los paseos terapéuticos a la comunidad implicaban al paciente como protagonista en un hacer único y singular en su relación con el ambiente. En este caso, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en condición crónica.

Los paseos darían la oportunidad de continuar con su tratamiento en otro ambiente. Las interacciones con otras personas de la comunidad, la entrada y permanencia en un bar, mirar una película, jugar un partido de bochas, organiza de una nueva manera, con una diferente modalidad el encuentro del paciente con otros y con la actividad.

A menudo los pacientes, se encontraron interesados en acontecimientos durante la elección o el transcurso de los paseos, factor que benefició la adquisición y/o readquisición de comportamientos ocupacionales. Por ejemplo: un paciente del Hospital José T Borda eligió ir al Centro Cultural de la Boca, elección que fue consensuada por resto del grupo y coordinación. Queremos aclarar aquí que la modalidad de elección fue negociada en el grupo. Las elecciones realizadas para todos los paseos a la comunidad por cada uno de los integrantes, serian consensuadas por el grupo y la coordinación, en caso de no haber acuerdo se recurriría a votación. Esto se tuvo en cuenta en las dos instituciones. Continuando con el ejemplo, se observó en la guía de Transportes de la Ciudad de Buenos Aires que transporte nos llevaría, con que ropa ir, apariencia, compromiso, orientación hacia la realidad se pusieron en juego. Durante el desarrollo tuvieron que respetar horarios de partida y de llegada con compañeros, manejo en el transporte (sacar boleto), uso del

dinero, respetar normas de tránsito, responsabilidad, puntualidad, nivel de actividad, cooperación, independencia, lo atraviesan por la actividad en sí.

En el lugar propiamente dicho Centro Cultural de la Boca, surgió en forma espontánea que relación cada uno de los integrantes tenía con el lugar. Historicidad como sujeto, recordación de parte de sus vidas fluían. Surgieron charlas con compañeros, con la coordinación, con miembros de la institución. Se observaron los distintos objetos que estaban en exposición con un guía. Compromiso, concentración, coordinación, seguir directivas, atención a los detalles, solución de problemas, complejidad y organización de la tarea, aprendizaje inicial, interés en la actividad, interés en la culminación, toma de decisiones, tolerancia a la frustración se podían observar en cada uno de los integrantes.

A menudo como terapeutas ocupacionales ayudamos a los pacientes para que concientizaran sus opciones y límites proporcionando datos acerca de oportunidades, ayudando a desarrollar destrezas, proporcionando recursos. También colaboramos con al paciente a planificar estrategias para el logro de metas, proporcionando oportunidades para un mejor desempeño de actividades que se desarrollarán durante los paseos. Pasado, presente y futuro, características clínicas de la patología observada, en este caso, esquizofrenia nos ubicaron como terapeutas ocupacionales, frente a un grupo al que hubo que organizar y disponer para favorecer el logro de destrezas en las diferentes tareas desarrolladas durante los paseos a la comunidad.

## **Donde:**

Los paseos realizados por los grupos que intervinieron de este trabajo de investigación fueron visitas a distintos lugares de Capital Federal, Argentina. Los mismos fueron elegidos por los grupos que conformaron este estudio de investigación y otros sugeridos o trabajados por parte de la coordinación como posibles de ser visitados. A estos lugares se concurrió utilizando transporte público, privado (contratado) y otras veces utilizando medios de transporte que cuentan los hospitales: Braulio. A. Moyano y José T. Borda.

Se realizaron así paseos a:

a. *Parques*: Lezama, Centenario, Palermo, Rivadavia y Fray Luis Beltrán.

*Actividades realizadas*: caminatas, mateada, charlas; juegos de mesa del tipo de damas, truco, escoba, chinchón, dominó; juegos con pelota, juego del tesoro escondido, fuego tierra y agua, de la bomba y entonar canciones.

b. *Plazas*: España, Del Congreso, de Mayo.

*Actividades realizadas*: caminatas, mateadas, charlas, apreciación de monumentos históricos, juegos de mesa.

c. *Jardines*: Botánico, japonés, zoológico.

*Actividades realizadas*: recorrido del lugar, apreciación de los diferentes recursos.

d. *Museos*: Nacional de Arte decorativo, Bellas Artes, Ricardo Rojas, Quinquela Martín, Lola Mora.

*Actividades realizadas:* recorrido del lugar, charlas, observación de cuadros, pinturas y esculturas.

*e. Centros culturales:* La Boca, San Telmo, Recoleta.

*Actividades realizadas:* recorrido del lugar, observación de muestras, pinturas, caricaturas, fotografías.

*f. Cines:* Gran Rex, Ambassador, Metro, Gaumont, América, Gran Splendid, Atlas.

*Actividades:* observación de películas.

*g. Bibliotecas:* Nacional, Del Congreso.

*Actividades realizadas:* recorrido del lugar, lectura de textos, observación de exposición de textos antiguos.

*h. Fabricas:* Dogo-Plast, Aguila, Canale.

*Actividades realizadas:* recorrido del lugar, reconocimientos de recursos. Shopping: Spinetto, Paseo Alcorta, Alto Palermo, Patio Bullrich, Galerías Pacífico.

*Actividades realizadas:* recorrido del lugar, observación de diferentes artículos expuestos, averiguación de precios, compras de artículos, tomar café.

*i. Negocios:* librerías, farmacias, venta de artículos personales (ropa, zapatos, zapatillas, perfumería) electrodomésticos, disquerías, viveros.

*Actividades realizadas:* recorrido del lugar, observación de los artículos que se exponen, comparación de precios, adquisición de artículos.

*j. Exposiciones:* Rural, Feria de la Moda, Feria de las Naciones, Fiesta de la Flor.

*Actividades:* recorrido del lugar, observación y/o adquisición de los que se expone.

*k. Bares:* cercanos al hospital y ocasionales.

*Actividades realizadas:* charlas, consumiciones.

**Establecer en las conclusiones: las relaciones posibles entre los resultados y lo formulado en el marco teórico;**

1- La mejoría observada en los 20 pacientes que compusieron la muestra, a través de la disminución del puntaje observado después de haber realizado los Paseos a la Comunidad, lo relacionamos con aspectos referidos a la Terapia Ocupacional Psicosocial, basada en el abordaje comunitario y el humanismo como eje central que influye la calidad de la relación terapéutica, la consideración del paciente durante la prestación de servicios y una actitud que beneficia en general al paciente “mental”. Incluyendo articulaciones que tienen que ver con educación, promoción, prevención de la salud y los comportamientos ocupacionales.

2- Tratando de hacer una relación entre:

- a) los resultados de este estudio de investigación que denotan cambios en comportamiento Interpersonal, Comportamiento General y Comportamiento de Tareas,
- b) elección y desarrollo de los Paseos a la Comunidad realizado por parte de las personas que lo integraron,
- c) nuestro rol en el cual tratamos de enfatizar en términos de mejorar calidad de vida del paciente mas que en la disminución sintomática, implementando en forma conjunta una planificación de los Paseos Terapéuticos a la Comunidad y evaluando la efectividad de las intervenciones desde una perspectiva de las actividades saludables.

Lo relacionaríamos aquí con lo enunciado por Cynkin y Robinson (1990) que en el contexto de las actividades humanas como profesionales hacemos hincapié en lo que refiere a Salud y su correlato la función. Ellos sostienen “que un individuo se encuentra en un estado de actividades saludables cuando es capaz de llevar a cabo las actividades diarias con satisfacción y comodidad en patrones y configuraciones, que reflejan normas socioculturales y una variación idiosincrática en el número, variedad -equilibrio y contexto de las actividades”.

3- Teniendo en cuenta la mejoría observada en los pacientes que compusieron la muestra en las áreas del Cote, relacionadas con los puntos comportamiento general, comportamiento interpersonal y comportamiento de tareas, después de haber participado de los paseos terapéuticos a la comunidad y evaluando sus resultados. Podríamos decir que en nuestra práctica diaria observamos que, pacientes crónicos con diagnóstico de esquizofrenia exhiben problemas pronunciados en diferentes áreas del comportamiento ocupacional. Se encontrarían dificultades en las destrezas de la vida diaria actividades esenciales para el desarrollo de su auto identidad, mecanismos para enfrentarse con situaciones vitales, participación en la propia organización y en el ambiente de la comunidad y que la internación hospitalaria como resultado de un episodio psicótico, si bien proporciona el tratamiento adecuado en términos biológicos, carece de los desafíos ocupacionales cotidianos que proporciona el ambiente no-hospitalario. Alteración en la estructura y función de las actividades que la persona realizaba, adaptación ambiental a las rutinas que le impone una internación, cambios en su rol y la falta de oportunidades para

poder involucrarse en actividades de esparcimiento, son algunos de los factores externos que colocarían a las personas con diagnóstico de esquizofrenia, en una situación particularmente difícil en el ámbito hospitalario.

4- En los dos hospitales municipales en donde se implementó los Paseos Terapéuticos a la comunidad con pacientes crónicos con diagnóstico de Esquizofrenia y observando la mejoría a través del Cote en los puntos: orden en la actividad o atención a los detalles, complejidad y organización en las tareas, cooperación y sociabilidad, parecería vislumbrar aquello enunciado en estudios anteriores en donde se asevera que los programas tienen éxito al preparar a los pacientes para regresar a la sociedad, y es aquí, en donde observamos que los paseos a la comunidad forman un aspecto irremplazable en este grupo etéreo.

Ya que dichos pacientes tienen una marcada tendencia a retirarse del ámbito social. Como se enuncio anteriormente (Pág. 48) "... si no existe estímulo social el retraimiento aumenta, junto con la pasividad, inercia y falta de iniciativa. Para esto acordamos con el concepto de Watts y Benett (1990) que dicen que la rehabilitación debía emprenderse con una serie de pasos donde las expectativas sociales fueran aumentando lentamente sin causar presión indebida en el paciente. Incluyendo aquí el deseo del paciente de participar de los paseos con una frecuencia y tener conciencia en la utilización del ambiente y todos sus componentes.

5-Luego de analizar los resultados ,después de haber realizado los noventa y seis paseos a la Comunidad con los cuatro grupos y con una modalidad totalmente frecuente, dos paseos semanales a la comunidad por grupo, podemos concluir la importancia del rol de las

actividades significativas y con un propósito que involucran el desarrollo y mantenimiento de las destrezas para una participación exitosa en la comunidad, como así también los beneficios de los grupos de actividad que según Mosey (1981) “ayudan a los individuos a que compartan preocupaciones o problemas comunes relacionados con la adquisición o mantenimiento de componentes del desempeño ocupacional”.

### **La relación entre paseos terapéuticos, su modo específico de implementación y la mejoría observada en el desempeño ocupacional.**

Cuando los paseos terapéuticos fueron convertidos en el centro de un estudio científico (o variable independiente) se hizo evidente la necesidad de controlar muchos aspectos relacionados a mediciones en las variables dependientes. En la práctica clínica es muy difícil tener acceso a una muestra homogénea. Muchos autores en la literatura de terapia ocupacional, han argumentado en contra de esta supuesta regla en las investigaciones cuantitativas. Si bien es posible estratificar y homogeneizar una muestra en términos de variables específicas (diagnóstico, edad, sexo, nivel de recuperación, estado socio-económico, y otros), el modo en que un paciente experimenta la pérdida o alteración de la salud es un fenómeno individual poco factible de ser homogeneizado o transferido a una muestra similar, factores cognitivos, culturales y ambientales dificultan este proceso aun más. Si bien es cierto que algunas características son comunes a muchas personas, el intento por controlar factores de confusión en la medición de las variables dependientes ha sido tradicionalmente una regla standard en el proceso de investigación científica. De este

modo, cuando algunos aspectos son controlados de acuerdo a procedimientos específicos que han sido descritos en estudios anteriores, las personas implicadas en aspectos de medición de las variables dependientes han sido entrenadas y alcanzado niveles de acuerdo confiables, es factible que un estudio proporcione información de interés para la comunidad científica y la disciplina en cuestión. Los paseos terapéuticos a la comunidad han demostrado validez teórica como un procedimiento de intervención en la disciplina de terapia ocupacional, específicamente diseñados para el logro de objetivos funcionales y psicosociales. Previos estudios de investigación han utilizado el Cote como instrumento de medición y este ha revelado cualidades prometedoras para la evaluación y detección de cambios funcionales en pacientes con trastornos psiquiátricos.

