

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

1997

Organización de los modelos teóricos de terapia ocupacional

Escobar, Aurora

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/925>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

*Organización de los
Modelos Teóricos
de
Terapia Ocupacional.*

Autora: Aurora Escobar

Tesis de Graduación para la Lic. en T.O.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Universidad Nacional de Mar del Plata.

1997.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1046	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

INDICE

Dirección y asesoramiento.....	1
Agradecimientos.....	2
Introducción.....	3
Tema y objetivos.....	5
Cap.1. Antecedentes del Problema.....	6
Cap.2. La importancia del uso de los modelos.....	13
Cap.3. Niveles de modelos.....	18
* METAMODELOS.....	19
· La influencia de los metamodelos en Terapia Ocupacional.....	20
* SUPERMODELOS.....	21
· Modelo Humanista.....	22
· Modelo Reduccionista.....	23
· Modelo de Desarrollo.....	25
· Modelo Psicoanalítico.....	26
· Modelo de Comportamiento.....	27
· Modelo Sistémico.....	27
· Modelo Holístico.....	29
Cap.4. Clasificación de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional.....	32
* MODELOS GENÉRICOS.....	33
* MODELOS DESCRIPTIVOS.....	38
* MODELOS DE PARÁMETROS.....	45
Cap.5. Caracterización de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional.....	47
* MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA	48
· Marco de Referencia.....	48
· Supuestos o Postulados.....	49
· Conceptos.....	53
· Resultados esperados.....	56
· Instrumentos de evaluación.....	56
· Estrategias de intervención.....	56
· Resumen.....	59
· Crítica y análisis del modelo de ocupación humana.....	60
· Modelo de Ocupación Humana en la práctica.....	66
* MODELO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL.....	75
· Marco de referencia.....	75
· Supuestos o Postulados.....	75
· Conceptos.....	80
· Resultados esperados.....	82
· Evaluación.....	83
· Resumen.....	89
· Análisis y Crítica del Modelo de Integración Sensorial.....	90
· Modelo de Integración Sensorial en la práctica	96
Cap.6. Diseño Metodológico.....	108
· Tipo de diseño.....	109

· Población	109
· Muestra. Tamaño y selección.....	110
· Método e instrumento de recolección de datos....	110
· Procedimiento para la recolección de datos.....	111
· Procesamiento de datos.....	111
· Medidas estadísticas.....	111
Cap. 7. Presentación de Resultados.....	112
* TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	112
* INTREPRETACIÓN.....	120
Conclusiones.....	124
Bibliografía.....	128
Anexo.....	133
* Formulario del cuestionario.	
* Certificados.	
* Firma del Tesista.	

Directora : Lic. Alicia Ruszkowski.

Asesoras en Terapia Ocupacional:

Lic. Luisa Fernández.

Lic. Verónica Fernández.

Traducción del material Inglés:

Sr. Julio Benítez.

Asesor estadístico:

Cdor. Público: Jorge Pérez Llana

AGRADECIMIENTOS.

Estoy en deuda con amigos, amigas que trabajaron conmigo en la realización de esta investigación, sin la valiosa colaboración de cada uno de ellos, este trabajo no hubiera sido posible, perdón por no poder nombrarlos a todos.

I would like to express my thanks to Noomí Katz for her help when she sent and allowed me to use her work.

Quiero dar las gracias a las colegas Lic. Andrea Alí, Lic. Luisa Fernández, Lic. Verónica Fernández que leyeron, y formularon valiosas observaciones a lo largo de toda la investigación. Por sus ideas y los procedimientos que he recogido en innumerables conversaciones, en este “tiempo productivo”, en el cual el crecimiento personal fue maravilloso, ¡gracias por tanta amistad!

Al Señor Julio Benítez por su ayuda en esto, y en todo, autor de todas las traducciones vertidas en este trabajo. Mi eterna gratitud.

Un especial agradecimiento para la Lic. Alicia Ruszkowski, por darme la confianza necesaria para seguir adelante.

Al Señor Jorge Pérez Llana por revisar el trabajo estadístico.

A cada uno de los terapeutas ocupacionales que gentilmente respondieron las encuestas.

Finalmente a mi hijo y a mi esposo que me apoyaron silenciosamente.

...“Pon fe a la constancia y la constancia pondrá realidad a tu objetivo”...

José Daquino

Introducción:

Este trabajo comenzó con la búsqueda de respuestas de índole filosófica y personal que quedaron sin responder al finalizar mis cursadas. Fue para mí un reto, el elaborar este proyecto, dada las expectativas que tenía por resolver o encontrar algunas respuestas a tantos interrogantes.

Existen muchos obstáculos con los que nos encontramos los alumnos en esta etapa de investigación. Una de ellas, y la más importante creo yo, son las barreras idiomáticas del material que procesamos para la realización de tesis. Y, en mi caso personal, los casi escasos informantes claves, T.O. que eran consultados una y otra vez, de los cuales obtenía ínfima información o ninguna sobre el tema a desarrollar.

Inversamente, el crecimiento personal es gratificante de sobremanera ya que uno puede manejarse con plasticidad y jugar con los desafíos que se originan al ir pasando por las diferentes etapas investigativas. Conociendo ahora el pensamiento de terapeutas ocupacionales de diferentes partes del mundo, podría decir que los cuestionamientos acerca de *la profesión, los valores y las dimensiones para la práctica* son casi idénticos, diferenciados por componentes socio-culturales, los cuales deben ser analizados teniendo en cuenta específicamente el componente *etnográfico* (Schön, 1988), más aún cuando las teorías, marcos de referencia o modelos teóricos no proveen respuestas adecuadas, es decir cuando no incluyen a la *propia conceptualización* de los profesionales en la práctica (teorías en acción) ⁽¹⁾.

Mosey ⁽²⁾ destaca que la identidad profesional parece ser una de nuestras áreas de mayor importancia ya que sin un sentido colectivo de la propia personalidad (rol profesional) resulta imposible manejar con eficiencia la práctica o ejercicio profesional. Gilfoyle ⁽³⁾ sostiene respecto a los cuestionamientos de la profesión que *el progreso científico continúa siendo una parte esencial en la dinámica de cambio, no obstante lo cual, la investigación y la ciencia no son las únicas fuentes de los cambios paradigmáticos, ya que los aspectos culturales de nuestra naturaleza profesional proporcionan también el ímpetu para la evolución profesional.*

Los valores se transforman en la esencia de la filosofía de la Terapia Ocupacional porque describen aquello que hacemos conjuntamente con lo que es único en nuestra profesión.

El contenido colectivo de cada profesión es único en su totalidad, no en sus partes. De un modo ilustrativo, compartimos nuestro campo de conocimiento con otras profesiones, tales como el crecimiento y el desarrollo humano, así como compartimos algunas de nuestras hipótesis filosóficas, tales como nuestra creencia en la naturaleza holística del individuo. El contenido de una profesión determinada, sus creencias, conocimiento y destrezas **ES ÚNICO EN RAZÓN DE QUE SOLO LOS MIEMBROS DE ESA PROFESIÓN LOS CONOCEN PROFUNDAMENTE EN SU TOTALIDAD**. Los miembros de otras profesiones o las personas corrientes pueden entender **PARTES**, pero no el todo ⁽⁴⁾.

Para finalizar destaco que, más allá de la *clasificación y Caracterización de los modelos teóricos de Terapia Ocupacional*, he pretendido en este estudio sentar como precedente la existencia de una amplia gama de los mismos en las áreas de la práctica profesional, y en los cuales los T.O. pueden formarse según su elección, la que hará así alcanzar una *identidad pluralista* para la profesión.

Una identidad pluralista nos dá libertad para crecer y progresar más allá de la tradición, la autoridad y la ideología (Mosey, 1985).

Referencia

- 📖⁽¹⁾ Javetz, R, y Katz, N. 1989 Knowledgeability of Theories of practitioners in Israel School of Public Health. Hebrew University Jerusalem, Israel. *American Journal Occupational Therapy*. N° 43 Vol. 10 p.p. 664 - 75.
- 📖⁽²⁾ Mosey, Ann Cronin; Eleanor Clarke Slagle, 1985: A monistic or a Pluralistic Approach to Professional Identity?; *American Journal of Occupational Therapy*. 39; 8, pp. 504-09.
- 📖⁽³⁾ Gilfoyle, E. M. Eleanor Clarke Slagle Lectureship, 1984: Transformation of a Profession; *American Journal of Occupational Therapy*. 38; 9; pp. 575-84
- 📖⁽⁴⁾ Mosey, Ann Cronin ; *op. cit.*

Tema:

Organización de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional.

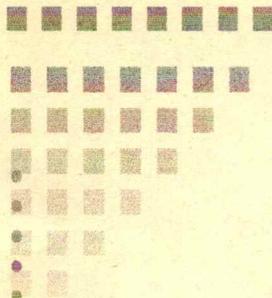
Objetivos:

General:

Organizar y Sistematizar los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional.

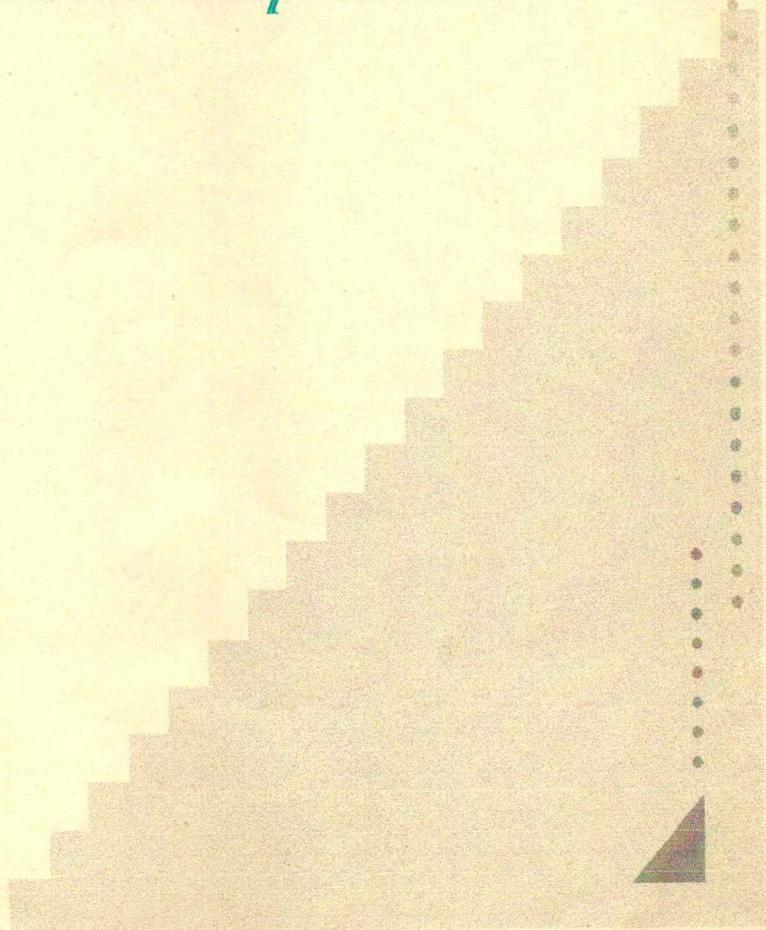
Específicos:

1. Clasificar y caracterizar los Modelos Teóricos según su naturaleza.
2. Describir los Modelos Teóricos más relevantes según las áreas de intervención de las instituciones de Mar del Plata.



Capítulo 1.

Antecedentes del problema.



Se ha realizado un rastreo bibliográfico en las bases de datos existentes en nuestra ciudad (Medline, Lilacs, y Publicaciones Internacionales de Terapia Ocupacional), del cual se destaca la siguiente información:

Las O.T.R. **Javetz, Rachel y Katz, Noomí** en el año 1989⁽¹⁾ publicaron un estudio, cuyo objetivo fue indagar sobre la extensión de los conocimientos teóricos de los T.O. en Israel, sobre una población de 500 T.O. con una *muestra* de n=98.

Respecto a la variable de estudio, *conocimientos teóricos*, examinaron tres grupos de variables: a) *Conocimiento internalizado*; b) *Reconocimiento de modelos teóricos*; c) *Reconocimiento de las modalidades de tratamiento*.

Las autoras utilizan los conceptos *marco teórico* y *teoría* en este trabajo, para connotar *teoría*, *marco de referencia*, *modelo* y *enfoque teórico*.

a) *Conocimiento internalizado de modelos teóricos* : los encuestados mencionaron nueve modelos teóricos principales, los cuales fueron agrupados en tres niveles:

1) dos modelos: de *integración sensorial* y del *neurodesarrollo* eran conocidos por la mayoría de los entrevistados; 2) tres modelos: *conductual adquisicional*, *cognitivo* y de la *conducta social - ocupacional*, eran conocidos por unos pocos entrevistados; 3) cuatro modelos: *psicodinámico*, *del desarrollo*, *rehabilitativo*, y *biomecánico* fueron considerados como modelos teóricos sólo por algunos entrevistados;

b) *Reconocimiento de los modelos teóricos*: los hallazgos enfatizan la relevancia de los distintos modelos teóricos en las respectivas áreas de especialidad, tal como fue establecido por la práctica profesional. En el *área de la discapacidad física*, el modelo del *neurodesarrollo* era aplicado por un 61% de los encuestados, mientras que el de *integración sensorial* y el de la *conducta social - ocupacional*, se aplicaban en un 13%, seguidos por el *rehabilitativo* 9% y el *biomecánico* 5%. En el *área de pediatría* el modelo de *integración sensorial* era aplicado por un 82%, seguido por el del *neurodesarrollo* 38% y en menor proporción por los modelos *conductual-adquisicional* 18% y del *desarrollo* 13%. En el *área de*

salud mental los modelos más aplicados eran el de la *conducta social-ocupacional* 42%, *conductual-adquisicional* 31%, seguidos por los modelos *cognitivos* y *psicodinámicos* 23% respectivamente, y en un grado menor los de *integración sensorial* 15% y *rehabilitativo* 12%. En el **área geriátrica** el modelo del *neurodesarrollo* era el más aplicado 60% seguido por el de la *conducta social-ocupacional* 32% el de *integración sensorial* 27% y *rehabilitativo* 20%

Las conclusiones del estudio sugieren que la aplicación de los modelos teóricos en la práctica, para la mayor parte de los encuestados, se basa en la selección por necesidades de acuerdo al área de especialidad. Sólo los modelos conductual, cognitivo y social-comunitario muestran diferencias estadísticamente no significativas en la medida en la cual son aplicados en las distintas áreas de especialidad. Esto tiene sentido porque dichos modelos son más generales y, por ende, tienen relación con una variedad de problemas.

En el caso de los restantes modelos, hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$ y $p < 0,01$) en la *extensión de la aplicación* (frecuente, algunas veces y nunca) en los tratamientos según las cuatro áreas de especialidad. Dentro de este grupo, los modelos de Integración sensorial y del neurodesarrollo son los que presentan valores mayores en la extensión de la aplicación en los tratamientos.

c) **Reconocimiento de modalidades de tratamiento:** para analizar la estructura global del conocimiento de las teorías y sus aplicaciones, las autoras examinaron otra dimensión de la práctica clínica: el uso selectivo de modalidades de tratamiento en áreas de especialidad. Sostienen que el uso de modalidades es también una dimensión de la aplicación del conocimiento junto a la aplicación de la teoría y puede entonces contribuir a una mejor comprensión del papel del conocimiento teórico en la práctica de la Terapia Ocupacional.

Ocho de los nueve grupos de herramientas de tratamiento eran aplicados en una extensión diferente en las cuatro áreas de especialidad de esta manera:

Discapacidades físicas: los T.O. usaban primordialmente A.V.D. (92%) y equipos de ejercitación (80%).

Pediatría: Los T.O. usaban mayoritariamente juegos (74%) y equipo de ejercitación (81%), pero también A.V.D.(53%) y modalidades de aprendizaje (46%).

Salud mental: Los T.O. usaban mayormente técnicas expresivas (63%) y actividades artesanales (52%) seguidos por A.V.D. (41%) y juegos (37%), luego talleres (30%), equipo de ejercitación (22%), modelos laborales y modalidades de aprendizaje (15% respectivamente), trabajo de mantenimiento (11%), los que eran aplicados solamente en una modesta extensión pero más que en otras áreas de especialidad.

Geriatría: Los T.O. usaban A.V.D. (81%) y equipo de ejercitación (63%).

Las autoras destacan que en la muestra los encuestados que trabajaban en el área de discapacidad física y pediatría tendían a concentrarse más en problemas cognitivos, aplicaban un modelo teórico cognitivo y usaban un modelo de modalidad de aprendizaje en el tratamiento.

Las autoras concluyen que el grado en el cual los T.O. se concentran en cada una de estas áreas de problema, refleja su área de especialización.

Los datos extraídos de los T.O. parecen reflejar un alto grado teórico, no obstante, parece haber una demora temporal entre su formulación teórica y su aplicación en la práctica. Encontraron además, diferencias en el grado de conocimiento de las teorías; tres factores pueden explicar estas diferencias en el nivel de conocimiento internalizado:

- 1) las diferencias pueden reflejar el grado de desarrollo de las teorías en lo que hace a la claridad conceptual, sustento empírico y disponibilidad de métodos terapéuticos, evaluaciones específicas y métodos de tratamiento, también como claramente definidas a poblaciones objetivos;
- 2) los resultados pueden reflejar el grado en el cual ciertas teorías no son vistas como teorías sino como técnicas y métodos de tratamiento;
- 3) el grado de conocimiento se relaciona con los cambios en la profesión que se refleja en la currícula de las escuelas de T.O.

En resumen, este estudio tendió a proveer una visión íntima de la comprensión del T. O. de los marcos de referencia teóricos de la profesión. Es importante que nuestros terapeutas articulen su conocimiento teórico para sus intervenciones. La articulación de la teoría con la práctica guiará el tratamiento, permitiendo entonces a los terapeutas proveer una mejor atención a los pacientes al mismo tiempo que incrementar su autoconfianza y su estatus profesional.

En las tesis "*Función Sensoperceptiva en Síndromes Disléxico*"⁽²⁾ y "*Análisis de la Sensibilidad Táctil, Propioceptiva y Esterognósica en la funcionalidad del miembro superior afectado de niños con Hemiplejía debido a Parálisis Cerebral*"⁽³⁾ las autoras abordan los marcos teóricos desde *el Modelo de Integración Sensorial de Jean Ayres*, entre otros autores.

En la tesis "*Terapia Ocupacional en el tratamiento del niño autista*"⁽⁴⁾ trabajo que la autora realizó en el Hospital Infante - Juvenil Doctora Carolina Tobar García de la Municipalidad de Buenos Aires hace referencia en el marco teórico al *Modelo del Juego* de Mary Reilly, entre otros.

En la tesis "*Existencia de Disfunción Ocupacional en los internos que asisten a los talleres de la Unidad Penal N° 15 de Batán*" las autoras⁽⁵⁾ aplicaron el *Modelo Teórico de Ocupación Humana* a personas privadas de libertad que asistían a los talleres de la Unidad Penal N° 15 de Batán, en la ciudad de Mar del Plata en 1994/1995 en las cuales estudiaron el equilibrio de los subsistemas volitivos, de los hábitos, y del desempeño propuestos por *Gary Kielhofner*. En las siguientes tesis: "*Trabajo y esquizofrenia*"⁽⁶⁾, "*Un enfoque preventivo en Terapia Ocupacional en gerontología*"⁽⁷⁾, "*Alteraciones en la realización independiente de las actividades de la vida diaria de cuidado personal en los pacientes con mielomeningoceles*"⁽⁸⁾ y "*Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer*"⁽⁹⁾ los autores mencionan el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner en los respectivos marcos teóricos, aunque en algunos casos no se citan fuentes primarias.

Antecedentes históricos:

La literatura de T.O. consta de varias teorías, modelos y marcos de referencias⁽¹⁰⁾, la cual se originó entre los años 1960 y 1970 con la *teoría psicodinámica de Fidler & Fidler* (1954 y 1963); los tres marcos de referencias de **Mosey** (1970) y la *terapia de las actividades* (1973). La *teoría de integración sensorial de Ayres* (1972 y 1979) y la *teoría del desarrollo de Llorens* (1970), han sido desarrolladas para una población específica.

Otras teorías fueron desarrolladas y publicadas a fines de los '70 y los '80 incluyendo *el comportamiento ocupacional y el modelo de Ocupación Humana* (**Kielhofner** 1983, 1985; **Kielhofner & Burke**, 1980; **Reilly**, 1974); *La Teoría de la Discapacidad Cognitiva* (**Allen**, 1982, 1985), *la adaptación espacio - temporal* (**Gilfoyle, Grady & Moore**, 1981) y *el enfoque biomecánico* (**Pedretti**, 1985; **Trombly & Scott** 1977, 1983).

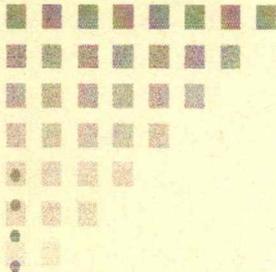
Algunos modelos teóricos , según **Javetz y Katz**⁽¹¹⁾ (1989) no derivan métodos de intervención o modelos prácticos, como por ejemplo *el Modelo de Ocupación Humana* (**Kielhofner**, 1985). Otros en cambio, se centran más en las herramientas de evaluación y métodos de tratamiento que en el desarrollo teórico, como *el enfoque biomecánico* (**Trombly & Scott**. 1983).

Algunos modelos teóricos, tales como *la teoría del desarrollo*, se aplican tanto en salud mental, como en pediatría y discapacidad física. Otros modelos, en cambio, son específicos de un área de especialidad.

Finalmente, unos pocos derivan de otras disciplinas, como el caso del modelo de modificación conductual y el marco de referencia humanístico.

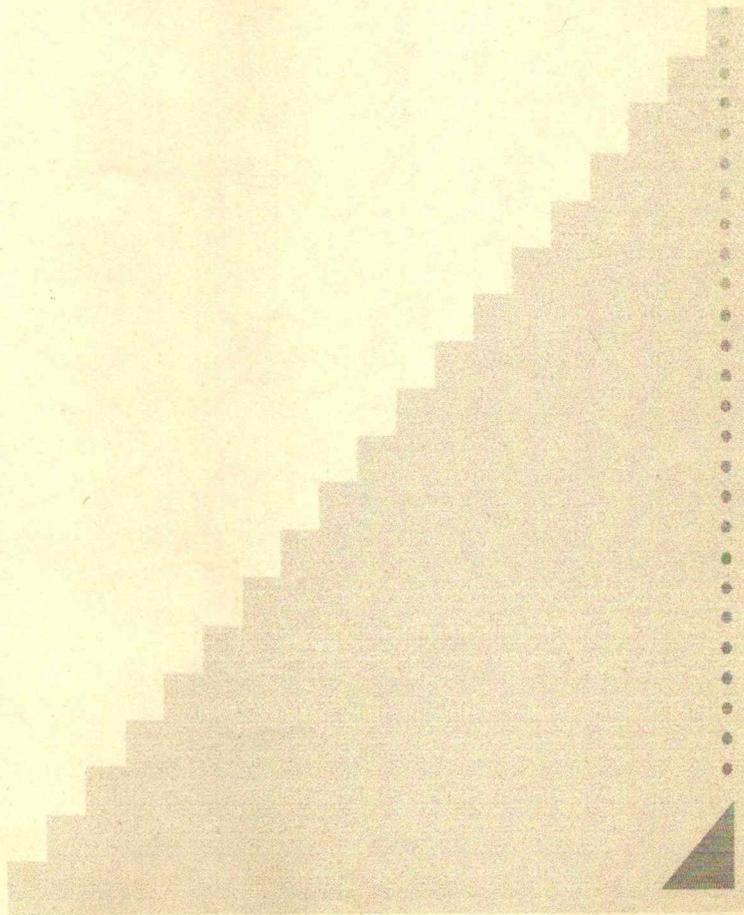
Referencias:

- 📖 ⁽¹⁾ **Javetz, R, y Katz, N;** 1989; Knowledgeability of Theories of practitioners in Israel School of Public Health. Hebrew University Jerusalem, Israel. *American Journal Occupational Therapy*. N° 43 Vol. 10 pp. 664 - 75.
- 📖 ⁽²⁾ **Burgos, Norma; Coccione, Ana** "*Función Sensorial en Síndrome Disléxico*". Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional (U.N.M.D.P.) 1994.
- 📖 ⁽³⁾ **Beláustegui, Clara I.; Villén, Lorena.** *Análisis de la Sensibilidad táctil, propioceptiva y esteroognósica en la funcionalidad del miembro superior afectado de niños con hemiplejía debido a parálisis cerebral*. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1995
- 📖 ⁽⁴⁾ **Papiesmeister, Ana M.** *Terapia Ocupacional en el tratamiento del niño autista*. Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional. (U.N.M.d.P.) 1996
- 📖 ⁽⁵⁾ **Tellechea, Mónica; Teruggi, Mabel.** *Existencia de disfunción Ocupacional en internos que asisten a talleres en la Unidad Penal N° 15 de Batán*. Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1995.
- 📖 ⁽⁶⁾ **Sbriller, Rosa L.** *Trabajo y Esquizofrenia* . Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional.(U.N.M. d.P.) 1994
- 📖 ⁽⁷⁾ **Pecker, Patricia; Perez Guzzi, Daniela; Portaluppi, Gabriela.** *Un enfoque preventivo de Terapia Ocupacional en Gerontología*. Tesis para La Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.d.P.) 1992
- 📖 ⁽⁸⁾ **Molina, Mario; Partarrié, Mariel.** *Alteraciones en la realización independiente de las actividades de la vida diaria de cuidado personal en los pacientes con mielomeningoceles*. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional - (U.N.M.d.P) ; año ?
- 📖 ⁽⁹⁾ **Cunietti, Silvia; De Laurentis, Claudia; Pernice, Valeria.** *Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer* Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.d.P.) año?
- 📖 ⁽¹⁰⁾ **Javetz, R. y Katz, N.** *op. cit.*; p. 665.
- 📖 ⁽¹¹⁾ *Ibid*; p. 666.



Capítulo 2.

La importancia del uso de los modelos.



Siendo el objetivo de este estudio la *caracterización y sistematización* de los modelos de Terapia Ocupacional, es conveniente primero definir qué es un Modelo Teórico y seguidamente abocarme al desarrollo de la importancia de su uso .

Un Modelo Teórico *es un recurso usado para representar o tomar una postura respecto a objetos o ideas a través del uso de formas físicas o simbólicas. Los modelos son útiles para seguir ideas o metodologías, proporcionando alternativas y analizando situaciones o condiciones* (Reed, 1984)⁽¹⁾.

El modelo es una herramienta representativa. La utilidad del Modelo es ser una herramienta que posee la capacidad para *ordenar, categorizar y simplificar* fenómenos complejos. Los Modelos tienen como función describir la organización entre las partes de algún fenómeno empírico, e identificar características abstractas y relaciones que se aplican a una clase completa de fenómenos.

De este modo, un Modelo sirve como una clase de analogía que imparte un entendimiento más claro y distinto del fenómeno. Los Modelos son herramientas para *pensar*. Pensar es una habilidad, y como tal, es mejorada cuando la persona que la usa tiene las mejores herramientas disponibles para utilizarlas (De las Heras de Pablo. 1996)⁽²⁾.

Los modelos de práctica profesional, tales como en Terapia Ocupacional, deberían cumplir con los siguiente requisitos ⁽³⁾:

1. Identificar el *marco de referencia* que apuntala la práctica de la profesión. Un marco de referencia es un conjunto de creencias o sistemas de valores y afirmaciones filosóficas sobre los cuales un modelo es construido.
2. Facilitar la identificación de *campos comunes* con otras profesiones en el orden laboral y en armonía con ellas, al ser derivados de un mismo marco de referencia.
3. Proveer los *medios* para organizar y ajustar los supuestos, conceptos y definiciones, los cuales respaldan el ejercicio profesional. Los *postulados* son afirmaciones generales considerados verdaderos, los *conceptos* están formados por un proceso de abstracción que es seguido por un proceso de generalización; una *definición* da el sentido formal o significado a términos. Cuando una definición es

establecida claramente en un modelo o en una teoría se convierte en un concepto.

4. Identificar aquello que es *exclusivo* para la práctica de la profesión y por lo tanto distingue a la Terapia Ocupacional de otras profesiones en el campo de la salud.

5. Permitir el alcance de una *racionalización científica o sistematización del ejercicio profesional*, ya que provee de un método para organizar áreas de la práctica y su aplicación en problemas identificables, de los cuales pueden desarrollarse hipótesis.

6. Proveer una *base lógica* para la *práctica especializada* sin perder la esencia de la *Terapia Ocupacional*.

7. Favorecer la *comunicación* de la esencia de la *Terapia Ocupacional* a otros profesionales y pacientes. *La esencia de la Terapia Ocupacional se manifiesta en comprender cómo los seres humanos usan las ocupaciones para su adaptación al medio y para satisfacer sus necesidades a través de las mismas.*

8. Ser una base para el *desarrollo* y el *refinamiento* de *modelos prácticos* de *Terapia Ocupacional*.

Por lo tanto, Reed define un modelo como *un recurso para la generación de ideas, como una guía para la conceptualización y, por consiguiente, para la explicación de fenómenos.*⁽³⁾

Cualquier *Modelo Teórico*, concluye Katz⁽⁴⁾ resulta de utilidad para una profesión solamente si posee el potencial para *guiar* a la *práctica clínica* y al *desarrollo teórico* posterior.

Apostel⁽⁵⁾ enlista nueve funciones específicas de *modelos* en las ciencias empíricas, que pueden ser resumidas de la siguiente forma:

1. Explicar un conjunto de hechos, para los cuales ninguna teoría ha sido desarrollada (*formación teórica*).

2. Simplificar los supuestos de una teoría en la cual la formulación es también dificultosa para el uso de una hipótesis básica. (*simplificación*).

3. Proveer una interpretación de las teorías existentes, de manera que las similitudes puedan ser comprendidas (*reducción*).

4. Llenar una parte faltante de una teoría existente (*extensión*).

Cfr. Reed, K. *Models of practice in Occupational Therapy*. Baltimore. Edit. Williams & Wilkins, 1984; p. 1.

5. Comparar una teoría nueva y más específica con una más antigua y más general (*adecuación*).
 6. Dar explicación acerca de hechos dentro de las teorías existentes (*explicación*).
 7. Actuar como medida práctica para proveer informaciones
 8. Funcionar como una representación teórica (*globalización*)
- Llenar el vacío existente entre conceptos teóricos y niveles observacionales ilustrando la relación entre los dos (*acción o experimentación*). (*)

Además, los modelos teóricos proveen según Lippit⁽⁶⁾, ciertas **ventajas:**

1. permiten la experimentación sin riesgos;
2. son predictores de sistemas de conductas y desempeño;
3. profundizan en el entendimiento de sistemas;
4. permiten darle significado a factores que son determinantes;
5. pronostican el tipo y cantidad de datos, que podrían ser recolectados y analizados;
6. permiten la formulación de problemas.

Según Howe & Brigg⁽⁷⁾ *un modelo es un plan representativo o estructura que puede usarse para comparación o imitación, un diseño que puede adaptarse y reproducirse luego de una manera permanente. Se trata de una elaboración ideal sobre la cual se comparan fenómenos de índole específica.* Christiansen⁽⁸⁾ sostiene que *un modelo es usado con referencia a una estructura para la organización y apropiada información para la práctica.*

Recordando la definición inicial *un modelo es un recurso usado para representar o tomar una postura respecto a objetos o ideas a través del uso de formas físicas o simbólicas. Los modelos son útiles para seguir ideas o metodologías, proporcionando alternativas y analizando situaciones o condiciones.* (Reed, 1984)⁽⁹⁾.

(*) Nota: los modelos preparan a las teorías para la verificación empírica, formando parte del proceso de verificación de la investigación, siendo un conjunto de enunciados ordenados que expresan relaciones entre variables de las que se derivan ideas supuestas o hipótesis.

Sierra Bravo, R. *Técnicas de investigación Social*. Madrid Edit. Paraninfo; 1985; cap. 1

Habiendo definido *modelo teórico* y desarrollado la importancia de su uso para la Terapia Ocupacional, definiré la variable de estudio de esta investigación **Organización y Sistematización de Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional:**

es la estructuración de los modelos teóricos en categorías, para fundamentar los marcos de referencias de los que se derivan, y para caracterizar los atributos y particularidades de cada modelo teórico, según sus postulados, conceptos, resultados esperados técnicas de evaluación, y estrategias de intervención, dentro del cuerpo de conocimiento de la Terapia Ocupacional.

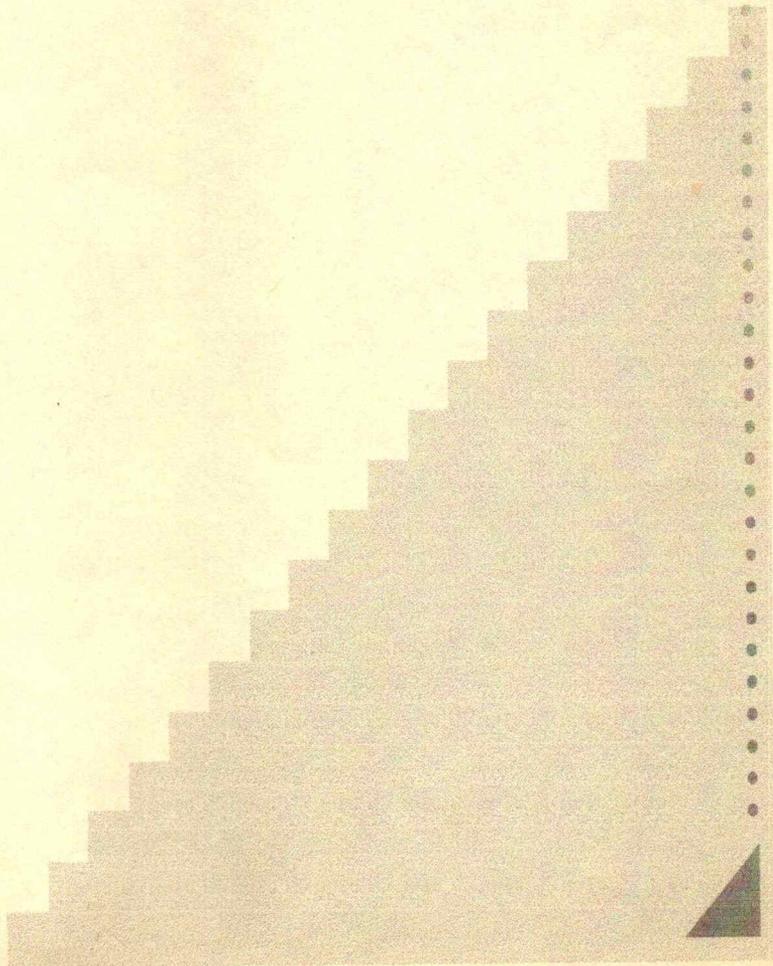
Referencias:

- 📖⁽¹⁾ **Reed, K.** *Models of practice in Occupational Therapy*. Baltimore. Edit Williams & Wilkins. 1984 .cap 5.
- 📖⁽²⁾ **de las Heras de Pablo, Carmen Gloria.** *Curso internacional de post - grado del Modelo de Ocupación Humana*. Realizado en la Universidad Nacional de Quilmes. 1996.
- 📖⁽³⁾ **Reed, K.** *op. cit.*; cap. 3.
- 📖⁽⁴⁾ **Katz, N.** Occupational Therapy's Domain of concern: Reconsidered. *American Journal of Occupational Therapy*; 1985; 39; 8; pp. 523-24.
- 📖⁽⁵⁾ **Apostel, L.** Towards the formal I study of models in the non formal science. In Kazemir B.H. Vuysje D: *the concept and the role of Models in Mathematic and Natural and Social Science*. Dordretch Holland Reidel Publication, 1962, p.p. 1-3 citado por Reed K. *op. cit.*; p.2 .
- 📖⁽⁶⁾ **Lippit G.L.** *Visualizing Changes:Model Building and Changes Process*. La Jolla, Calif. University Associates;1973; pp.33, 78-81, 82. Citado por **Reed, K.** *Op. cit.*; p.3.
- 📖⁽⁷⁾ **Howe, Margot; Briggs, Anne K.**; 1982; Ecological Sistems Models for Occupational Therapy (theory, adaptation, enviroment); *American Journal of Occupational Therapy*; 5; 26; 322-327.
- 📖⁽⁸⁾ **Christiansen, Charles** *Occupational Therapy*. New York. Ed. Slack; 1991 p. 884.
- 📖⁽⁹⁾ **Reed, K.** *op. cit.*; cap.1; p.4.



Capítulo 3.

Niveles de modelos.



Para una mejor comprensión de la secuencia gradual que sigue a la clasificación de los modelos teóricos en Terapia Ocupacional, se hará una breve revisión de las estructuras superiores de las cuales éstos se desprenden.

Metamodelos

Los modelos pueden estar basados en diferentes metáforas^(*). La tabla 1 esboza los tipos de metáforas y niveles de los modelos usados para ilustrar el efecto sobre los modelos de práctica de Terapia Ocupacional. Los modelos tradicionalmente están insertos dentro de dos grandes tipos según la temática principal que abordan, estos son: *metamodelos organicista y mecanicista*. Estos *metamodelos*

Tabla 1.

Revisión de niveles de Modelos.			
Título	Tipo		Información que provee
Metamodelos	<i>Organicista</i>	<i>Mecanicista</i>	Primariamente incumbe cuestiones filosóficas.
Supermodelos	Humanista Del desarrollo Sistemas Holistico.	Reduccionista Comportamiento Psicoanalítico	Provee principios generales para la observación del desempeño humano cómo estos ocurren.
Modelos de Salud. (ejemplos)	Totalitarios de salud. Del desarrollo Biopsicosocial.	Biomédico. Rehabilitación. Modificación de la Conducta.	Provee principios generales para la intervención.
Modelos de T.O. (teóricos) (ejemplos)	Comportamiento Ocupacional Modelo Ocupacional Desarrollo humano a través de las ocupaciones	Ortopédicos Kinesiológico Relación de objetos Teorías de aprendizajes.	Provee principios generales para observar el desempeño humano a través del uso de las ocupaciones.
Práctica de T.O.	Expresa la revisión de cada modelo.	Expresa la revisión de cada modelo.	Provee principios para la evaluación y control a través de la intervención de la Terapia Ocupacional

Fuente: Reed, K. *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore Williams & Wilkins 1984 p..35

^(*) Nota: La traducción literal del término Metaphor es **metáfora**; pero no se corresponde con el significado del lenguaje expresivo. Para mayor claridad, en este contexto será tomado como un elevado nivel de abstracción para diferenciar dos corrientes de pensamiento dentro de los modelos de salud.

se consideran antiético uno del otro. En otras palabras un modelo o teoría basado en uno de ellos no puede usar conceptos del otro sin violar la división existente entre ambos.

Influencia de los metamodelos en Terapia Ocupacional ⁽¹⁾

La Terapia Ocupacional comenzó a desarrollarse dentro del *metamodelo organicista* basado en la filosofía humanística ilustrada, en la aproximación del modelo del tratamiento moral y la teoría psicobiologista desarrollada por Adolph Meyer. La práctica concernía a la organización del tratamiento individual en las A.V.D. y a la promoción de una conducta socialmente aceptable.

Con la influencia de Gesell, entre 1930 y 1940, se modificó la práctica del remanente modelo *organicista*, siendo el punto principal de intervención los estadios de desarrollo.

En 1940 y 1950 la presión por la especialización médica en rehabilitación y la teoría psicoanalítica comenzaron a impulsar la orientación *organicista* a un segundo plano. La conducta fue evaluada en discretas unidades, tales como, rango de movimiento en grados, fuerza muscular en libras y análisis de acontecimientos específicos del pasado, la concentración en detalles observables y conductas regresivas a veces ignoradas, es decir, la persona en su totalidad con sentimientos y pensamientos. La práctica fue orientada a métodos de investigación diseñados para hallar hechos estadísticos de la conducta humana. La salud era considerada *ausencia de enfermedad o trauma*. El cambio del modelo *organicista* al modelo *mecanicista* comenzó a ser evidente.

Durante las décadas '60 y '70 la Terapia Ocupacional en psiquiatría comenzó a resistir el movimiento del modelo *mecanicista*. El desarrollo de ideas comenzó a resurgir. Al mismo tiempo, la Terapia Ocupacional en disfunción física aprobó la doctrina del modelo *mecanicista*. De este modo la aproximación neuroconductual, tales como, ejercicios resistidos progresivos, activos y pasivos, rango de movimiento, llegaron a ser populares, y algunos conceptos sensoriomotores siguieron la filosofía reduccionista. En el comienzo de los '60, sin embargo, pocos fueron los ejemplos del resurgimiento del modelo *organicista*. El modelo del *Comportamiento Ocupacional de*

Reilly fue el más notable. En los '70 hubieron más modelos basados en la adaptación, tales como, la *Recapitulación de la Ontogénesis de Mosey* y la *Instrucción en la adaptación* de King.

Los conceptos de *humanismo, holismo, competencia y ocupación* llegaron a ser, una vez más, mas visibles como esferas de influencia en la Terapia Ocupacional, la cual comenzó a reafirmarlos como patrimonio legítimo.

Supermodelos

Por muchos años, los modelos han sido usados como marcos de referencia para el desarrollo de modelos prácticos y teorías en Terapia Ocupacional; existen siete "supermodelos" pero seis aparecen más frecuentemente. Estos son: *humanístico, del desarrollo, de sistemas, reduccionista, del Comportamiento y psicoanalítico*. Un séptimo, *el modelo holístico* parece estar emergiendo⁽²⁾.

Tabla 2

Revisión de la filosofía y modelos relacionados con Terapia Ocupacional.							
Metamodelos	Organicistas				Mecanicista.		
Supermodelos	Humanista	Desarrollo	Sistema	Holístico	Reduccionista	Comportam.	Psicoanalista
Modelos de salud	Medio ambiente	Desarrollo de salud.	a. Biopsico-social. b. Educac. para la salud.	a. La salud totalizadora b. Alto nivel de bienestar	a. Biomédico b. Biorrehab.. c. Salud Pública	a. Modificac. de la conducta b. Deterioro de la salud. c. Rehabil.social	Procesos Psicoanalíticos.
Modelos Teóricos de T.O. (ejemplos)	a. Tratam moral b. Pseudo farmacolog.	a. Comportamiento Ocupacional b. Adaptación c. Integración Sensorial d. Terapia de las Actividades.			a. Ortopédico b. Kinesiología	"teoría del Aprendizaje.	a. Relaciones de objeto b. Comunicacional
Instrumentos de evaluación. (ejemplos)	Análisis de actividad	Estudio de casos /historia de vida. Lista de verif. de intereses Configuración de la actividad			(Evaluac Prevoc). (lista de verifi. cación de A.V.D.)	(Análisis del Comportamiento)	Batería de actividades
Result. Esperados	Balance del desempeño ocupacional.				Restauración específica de áreas de desempeño.		

Fuente: Reed, K.. *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore; Williams & Wilkins; 1984; p.49.

Cada uno de estos “super” modelos proveen un marco de trabajo a través del cual se examina el rol de la Terapia Ocupacional como una disciplina práctica (Tabla 2). Un análisis de los modelos en sí mismos ilustran las similitudes y diferencias.

Conceptos fundamentales de los supermodelos

Modelo Humanista ✕

Este aparece como el modelo más temprano en que la práctica de la Terapia Ocupacional fue basada. Sus raíces provienen de la era del “tratamiento moral” de 1800. El modelo fue [basado más en el sentido común que en hechos científicos] y es consistente con los supuestos o postulados del *metamodelo organicista*. El humanismo fue basado en la igualdad del hombre y sus habilidades para el pensamiento racional. Los humanos creían estar sujetos a hechos naturales universales, los cuales gobernaban sus actividades. (Si el medio en el cual ellos vivían era básicamente sano, entonces el individuo crecería y se ajustaría a éste.)

La clave de la *estabilidad* eran las rutinas organizadas en actividades seguras o saludables. Los *cambios* positivos ocurrirían, si el individuo aprendía nuevas actividades e incorporaba éstas como rutinas. La *fuerza del cambio* era el estrés causado por presiones sociales de cambio de comportamiento. La *meta* fue organizar los hábitos y las actividades requeridas por el medio social y físico. La *intervención* era necesaria cuando las presiones externas llegaban a ser grandes y la rutina organizada se desorganizaba. [El *objetivo de la intervención* era restaurar o mantener los hábitos de rutina funcional. La *estrategia de intervención* fue tratar al individuo como una persona en funcionamiento, organizar su alrededor, que para la persona fuera confortable y organizar el tiempo de la persona en *actividades con propósito*] Idealmente, el *agente de cambio* fue parte de la situación, los roles globales eran organizados y facilitada la actividad en la cual la persona se comprometía⁽³⁾.

Este modelo es la base para la **teoría de la ocupación** presentada por Adolph Meyer y la **aproximación de entrenamiento**

de hábitos de Eleanor Clarke Slagle. Susan Tracy & William R. Dunton Jr., también siguieron los conceptos generales del modelo humanista.

Modelo Reduccionista

En contraste con el modelo humanista, el modelo reduccionista fue basado en el *metamodelo mecanicista*, además entrelazado con el método científico.

Básicamente el reduccionismo es una tentativa de explicar el complejo total en términos de simples elementos. Además, el modelo reduccionista ve a la persona como una colección de elementos, los cuales se componen de propiedades bioquímicas. La *estabilidad* es llevada a cabo a través de la homeostasis o el balance entre fuerzas dinámicas. Los *cambios* ocurren a través de procesos químicos, los cuales mantienen, aumentan o reducen estructuras del cuerpo. La *fuerza de cambio* es la división de elementos o restauración a través de la acción de mitosis o catabolismo. La *meta* de cambio es el alcance del equilibrio, por la alteración de los procesos internos. La *intervención* ocurre cuando la enfermedad o trauma altera la estructura celular. El *objetivo de la intervención* consiste en quitar o destruir agentes patógenos o corregir estructuras a través del uso de drogas o cirugía. Si esto no es exitoso se emplea el cuidado custodiado. El *agente de cambio* trabaja fuera del marco de tratamiento como tal, quien determina un diagnóstico externo y protagonismo.⁽⁴⁾

El modelo reduccionista ha sido usado como marco de trabajo por los modelos Ortopédicos y Kinestésico. Estos modelos ayudaron a la Terapia Ocupacional a alcanzar algunos reconocimientos en la comunidad médica, porque ellos fueron más “cientificistas” que humanistas.

Respecto a este supermodelo la terapeuta ocupacional brasileña Berenice Rosa Francisco, en su libro *Terapia Ocupacional*⁽⁵⁾, realiza una revisión crítica del mismo. Inicialmente la actividad era considerada como un *entrenamiento de hábitos* luego se modificó a la *aplicación de ejercicios*, los primeros cambios de esta concepción ocurrieron con el surgimiento de una nueva corriente denominada *reduccionismo*, entre los años 40 y 50. Su influencia en al área de salud

llevó a la creación de un modelo médico centrado en los principios de la bioquímica y la biofísica y con la perspectiva psicoanalítica de la psiquiatría. La visión del hombre era, literalmente, aquella que podía ser vista a través del microscopio, o por los escrutinios de mecanismos internos que tenían lugar en el diván del analista (KIELHOFNER & BURKE, 1977)⁽⁶⁾.

La Terapia Ocupacional, entonces, sufrió la presión por parte de la comunidad médica para asumir una perspectiva semejante, sobre la acusación de no confrontarse con patologías. "...el modelo de ocupación que aplicaba sus principios al comportamiento desordenado apenas con base en el sentido común no era científico".(WILLIARD & SPACKMAN, 1973)⁽⁷⁾.

Los terapeutas ocupacionales, sobre esa fuerte y constante presión, fueron llevados a resolver un problema de sobrevivencia de la profesión: cómo hacer, o mejor qué hacer, para que el instrumento de su trabajo -el uso de la actividad (ocupación, trabajo)- fuese científicamente aceptable?

En respuesta al desafío reduccionista, surgió una nueva estrategia de aplicación de la ocupación, que resultó una sustitución del *entrenamiento de hábito por la aplicación de ejercicios.*

"En la restauración de la función física el valor de la terapéutica ocupacional reside en la participación mental y física del paciente en una actividad constructiva que le proporcione el ejercicio requerido y le ayude a desarrollar el uso normal de la región incapacitada"
(WILLIARD & SPACKMAN, 1973)⁽⁸⁾

De acuerdo con esa comprensión, el valor de la Terapia Ocupacional está en la obtención del ejercicio apto para la actividad.

El modelo de hombre adaptándose al medio social, poseedor de una naturaleza ocupacional en su esencia fue sustituido por un modelo mecánico, progresivo, lineal. El entendimiento de la ocupación como parte de la naturaleza del hombre fue olvidado, debido a necesidades de explicar mejor el uso de las actividades.

Teniendo en cuenta la preocupación por la sistematización de la aplicación de la actividad, los terapeutas ocupacionales se tornaron especialistas en ejercicios progresivos de resistencia, en actividades de

la vida diaria, en soportes funcionales, en desenvolvimiento prevocacional, etc. A medida que el uso de la actividad pasó a ser igual a ejercicios, modificando las partes deseadas del organismo, los terapeutas pasaron a tratar patologías, manos, hombros, cuando no articulaciones, músculo, memoria, atención.

*“El objetivo de la Terapia Ocupacional consiste en el restablecimiento del movimiento de una articulación a través del uso de la actividad constructiva, que distiende las contracturas, elimina las adherencias, fortalece los músculos debilitados y disminuye el edema”
(WILLIARD & SPACKMAN 1977)⁽⁹⁾*

La comprensión del uso de la actividad con el propósito de ejercicios específicos presupone que algunos procedimientos generales deban ser seguidos, para que se obtenga éxito en el tratamiento. El primer procedimiento básico para configurar científicamente el uso de la actividad, es su análisis.

Modelo del Desarrollo

El modelo del desarrollo fue basado en el punto de vista individual, como un pasaje progresivo y continuo de cambios, desde el nacimiento a la muerte. La *estabilidad* es discutida en términos de fases, estadios, niveles o períodos, los cuales son alcanzados o se alcanzarían individualmente. El *cambio* es por lo tanto un factor constante y, aunque hay similitudes entre los individuos, el modelo del desarrollo reconoce diferencias individuales y unicidades. La *fuerza de cambio* está dentro de la naturaleza básica del organismo y es causa de maduración y aprendizaje. La dirección es ontológica porque el individuo tiende a seguir el desarrollo de patrones de su especie. El *objetivo* es determinar si ambos, herencia y medio, influyen. Aquí las variaciones en el modelo tienen un amplio rango de explicaciones de cómo muchas metas son alcanzadas como resultado de la herencia vs. el medio. La *intervención* es necesaria cuando hay que definir discrepancias entre el actual desarrollo y el supuesto potencial para el desarrollo basado en algunos puntos de referencia tales como la edad cronológica. La *meta de la intervención* es suprimir el bloqueo y que el desarrollo pueda continuar. Las *estrategias* apuntan a la promoción del

alcance de respuestas óptimas. El *agente de cambio* queda fuera de la situación como diagnosticador externo, pero el acto es facilitador cuando los medios de cambios son usados en el proceso de intervención⁽¹⁰⁾.

Los modelos de desarrollo han sido muy populares en la práctica de la Terapia Ocupacional. Los terapeutas han utilizado como marcos de referencia las teorías de Gesell, de Piaget, entre otros, aunque también han creado las propios, tales como, J. Ayres, A. C. Mosey y L. Llorens. El impacto del modelo del desarrollo en la práctica de Terapia Ocupacional ha sido significativo a partir de 1940.

Modelo psicoanalítico

Está basado en el *metamodelo mecanicista* y en el postulado general de que la conducta es controlada por ansiedades desde la infancia y por mecanismos de defensa, los cuales son inconscientes. No obstante, Freud no explica los cambios a través del modelo mecanicista sino que toma prestado el concepto de desarrollo desde la óptica organicista.

La *estabilidad* es obtenida a través de la estructura de personalidad del inconsciente, ego y superego. Los *cambios* ocurren por un progreso individual a través de estadios psicosexuales de desarrollo, los cuales incluyen el oral, anal, fálico, latencia y período genital. La *fuerza de cambio* es atribuida a energías de vida, las cuales tiene dos fuerzas causales, agresión y sexo, o también llamados, muerte y vida. La dirección de la *meta* es instintiva y marcada por experiencias tempranas con los padres. La intervención es considerada cuando aparecen síntomas que ocurren por mecanismos defensivos. La *meta de intervención* es ayudar a la persona a sacar provecho del insight y del entendimiento. La *estrategia* incluye el uso de técnicas como asociación libre, represión, identificación y transferencia. Los *agentes de cambio* funcionan fuera del proceso de intervención y actúan en roles de escuchar y de clarificar⁽¹¹⁾.

Los modelos de Terapia Ocupacional basados en el modelo psicoanalítico incluyen a Azima y a Fidler & Fidler.

Modelo de Comportamiento

En el modelo de comportamiento, la conducta es vista como legítima, ordenable y controlable. La *estabilidad* es obtenida a través del control conductual y la conducta es modificada a través del refuerzo y la recompensa. La *fuerza de cambio* es el aprendizaje causado por la reducción de tensiones, las cuales son determinadas por la observación de conductas. La dirección de *objetivos* es determinada por emergentes o un conjunto de situaciones dirigidas por fuerzas del medio. La *intervención* es recomendada cuando la conducta es excesiva o deficiente en relación con la estándar. La *meta de intervención* es el establecimiento o reestablecimiento de conductas correctas. La *estrategia* incluye configuración, seriación, generalización y extinción. El *agente de cambio* podría funcionar dentro o como parte de la situación, dependiendo del rol tomado en el proceso de intervención. El rol podría ser como un facilitador para ayudar al paciente a desarrollar su autocontrol en programas de cambio o como un controlador quien provee el refuerzo o la recompensa⁽¹²⁾.

El escrito de Smith y Tempone, y Consecuencias de la acción de Mosey están basados en este supermodelo.

Modelo sistémico

Se denomina sistema a *un conjunto de elementos interrelacionados para el cumplimiento de un objetivo común*, para denominarlo por su nombre más genérico representa una corriente de pensamiento de prevalencia creciente, pero cuyas características no son muy concretas debido a la riqueza de los enfoques que han contribuido en conformarla y a la multiplicidad de disciplinas envueltas, fruto de su propia concepción⁽¹³⁾.

Von Bertalanffy fue su precursor, la evolución posterior muestra que fue quizás el primer impacto de un movimiento que pocos años después adquiriría gran impulso, a través de Shannon 1949, Wiener 1948, Boulding, Ashby, Miller, así fue perfilándose un intento de llegar a una generalización mayor que la de las ciencias especializadas, como

si la teoría general de los sistemas atendiera a una secreta exigencia de numerosas disciplinas.

Lo más destacado a señalar es que las ideas que expresan este pensamiento sistémico han ido surgiendo o se han difundido prácticamente en todas las disciplinas.

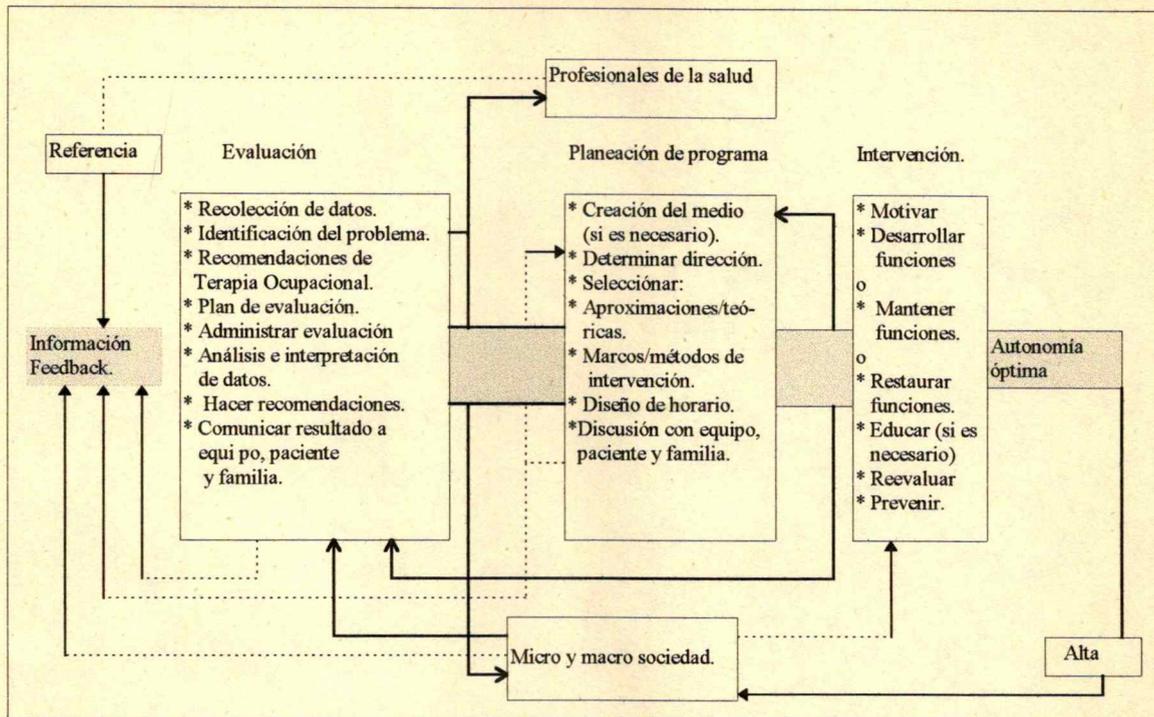
El modelo de sistemas emergió como una reacción contra el modelo reduccionista. Este se basó en el punto de vista de que la totalidad no es lo mismo que la suma de sus partes. De este modo, un individuo no es la suma de una serie de elementos bioquímicos.

La *estabilidad* es el alcance a través de la integración estructural de las partes dentro de una cohesiva totalidad. El *cambio* es derivado desde la estructura. La *fuerza de cambio* es el estrés estructural; la causa es tensión, que es externa a lo individual. La dirección de *objetivos* es emergente y, de este modo, dependiente de la situación o de los intereses establecidos. Los síntomas que podrían requerir *intervención* incluyen estrés y fatiga, los cuales son internos, y las tensiones que son externas. El *objetivo de la intervención* es la realización de ajustes o adaptaciones físicas, psicológicas, o del medio sociocultural. La *estrategia* se dirige hacia la modificación del input dentro del sistema y a la esperanza de cambio del output. El feedback es particularmente importante para el input. El *agente de cambio* podría estar dentro o fuera del sistema, y podría asumir el rol de diagnosticador interno o externo⁽¹⁴⁾.

Los modelos de Terapia Ocupacional que primariamente han sido basados en el modelo de sistemas son el modelo del **Comportamiento Ocupacional** de Reilly y el modelo de **Ocupación Humana** de Kielhofner.

La CAOT (Canadian Association of Occupational Therapists) sostiene desde el modelo sistémico, que los procesos de Terapia Ocupacional no están basados solamente en las experiencias personales con los pacientes sino también con la realidad social. Muestra también, la relación del proceso con la terapeuta. (ver tabla 3.)

Tabla 3. Procesos de Terapia Ocupacional: Una aproximación sistémica.⁽¹⁵⁾



Fuente: The Canadian Association of Occupational Therapists. *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice*. Toronto. Special Health Systems; 1991; p.23.

Modelo Holístico ✕

Este modelo está emergiendo, pero ha ya tenido su efecto en la literatura de Terapia Ocupacional. El tema principal es el concepto de que la persona puede cambiar su comportamiento, por o a través de sus propias acciones, creencias y valores.

La *estabilidad* es obtenida a través de satisfacciones individuales con el nivel de maestría o logro obtenido. El *cambio* es el resultado de la autoinducción y acciones autocontroladas. La *fuerza de cambio* es primariamente personal aunque el agente de cambio podría actuar como una pareja (partner). La fuerza causal es racional, elección consciente. La *dirección o meta* es determinada por la selección deliberada del individuo o por procesos de colaboración. La *intervención* comienza cuando es una necesidad percibida por parte del individuo, aunque el agente de cambio podría actuar como clarificador. El

objetivo de la intervención es el automejoramiento. El *agente de cambio*, cuando es involucrado, es parte de la situación y participa en el aquí y ahora del individuo⁽¹⁶⁾.

Un modelo que hace uso de las ideas generales del modelo es el de Watanabe.

En resumen, hay siete *supermodelos* los cuales han sido o son usados como lineamientos generales en el desarrollo práctico de modelos en Terapia Ocupacional. Los supermodelos no son mutuamente excluyentes. De este modo, algunos modelos teóricos de Terapia Ocupacional pueden hacer uso de más de un supermodelo.

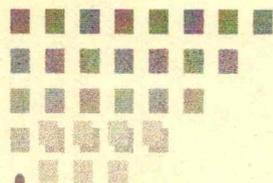
Tabla 5.

Exponentes de Terapia Ocupacional que usan como marco de trabajo los diferentes "supermodelos".						
Humanista.	M. Desarrollo	M. Sistémico.	M. Holístico	Reduccionista	Comportamiento	M. Psicoanalítico
Elanor Clarke Slagle. Susan Tracy & Williams Dunton Barrus	Jane Ayres Mosey Anne C L. Llorens	Mary Reilly Kielhofner	Watanabe	Bird T. Baldwin Taylor Lich Banus Fiorentino Rood M. Jane Ayres	Smith & Tempone Mosey Anne C.	Azima & Azima Fidler & Fidler

Fuente: elaboración propia

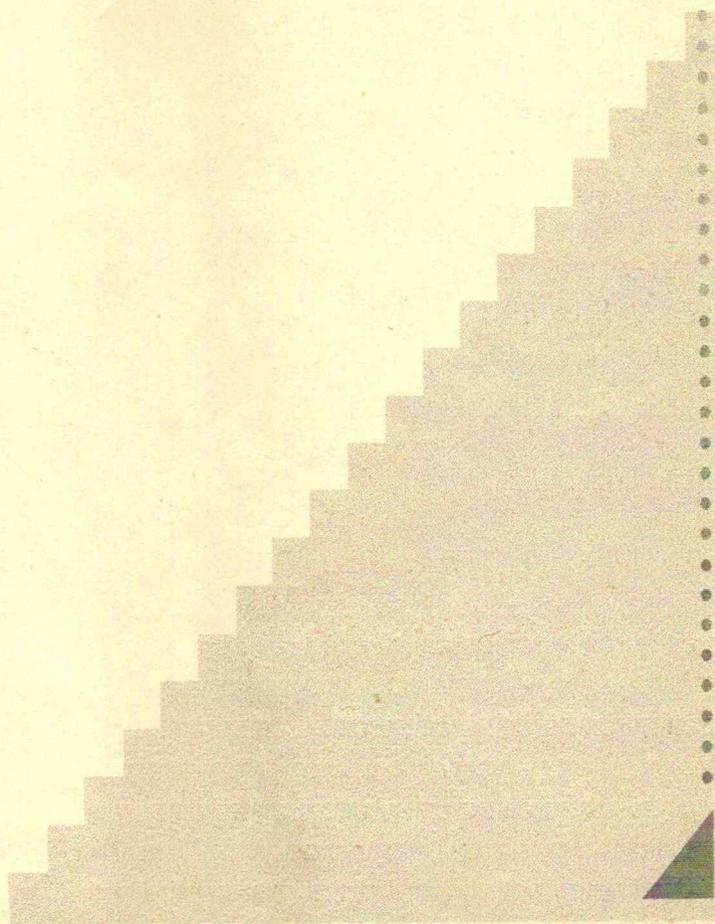
Referencias:

- 📖 (1) **Reed, K. *Models of Practice in Occupational Therapy*** Baltimore, Williams & Wilkins; 1984; cap. 5; pp. 46-47. ✕
- 📖 (2) **Reed, K.**; op.cit.; cap. 6.; p.48.
- 📖 (3) **Ibíd.**; p. 48.
- 📖 (4) **Ibíd.**; p. 50.
- 📖 (5) **Francisco, B.R. *Terapia Ocupacional***. São Paulo. Papirus.; 1988; pp. 36-38. ✕
- 📖 (6) **Kielhofner, G. Burke, J. P.A.** terapia ocupacional apos 60 anos: *um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimento* Citado en Francisco, B.R. op. cit. p. 36. ✕
- 📖 (7) **Willard, H. S. & Spackman, C. S. *Terapêutica Ocupacional***. Barcelona, Jimes, 1973, p. 540. Citado en Francisco, B.R. Op. cit., p. 36. ✕
- 📖 (8) **Ibíd.** p. 37.
- 📖 (9) **Ibíd.** p. 37.
- 📖 (10) **Reed, K.**; op. cit.; pp. 50-1.
- 📖 (11) **Ibíd.**; p. 51.
- 📖 (12) **Ibíd.**; pp. 51-2.
- 📖 (13) **Sonis, Abraham. *Técnicas de dirección***.El enfoque sistémico en la administración de la salud. Análisis de las Organizaciones de Salud. O.P.S. - O. M.S. Washington, D.C. 1989 p.p.176-177
- 📖 (14) **Reed, K.**; op. cit.; p. 52.
- 📖 (15) **Canadian Association of Occupational Therapists. *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice***. Toronto; Special Health Systems; 1991; p.23. ✕
- 📖 (16) **Reed, K.**; op. cit.; p. 52.



Capítulo 4.

*Clasificación de los Modelos Teóricos de
Terapia Ocupacional.*



Cumpliendo con el objetivo general enunciado, *Organizar y sistematizar los Modelos Teóricos en Terapia Ocupacional*, en este capítulo se tomará en cuenta la **Organización y Taxonomía**⁽¹⁾ de los modelos del siguiente modo:

- 1) **Modelos genéricos.**
De *adquisición* de ocupaciones y *propósito* de la ocupación.
- 2) **Modelos descriptivos.** (los más numerosos)
- 3) **Modelos parámetros.**

Tabla 6.

Lineamiento general de modelos en Terapia Ocupacional	
1.00	Modelos genéricos.
1.10	Adquisición de ocupaciones.
1.20	Propósito de ocupaciones.
2.00	Modelos descriptivos.
2.10	Áreas ocupacionales.
2.11	Autovalimiento
2.12	Productividad.
2.13	Juego y recreación.
2.20	Elementos básicos.
2.21	Tiempo y espacio.
2.22	Acción y esfuerzo.
2.23	Patrones y secuencias.
2.30	Áreas de desempeño.
2.31	Motor
2.32	Sensorial.
2.33	Cognitiva.
2.34	Intrapersonal.
2.35	Interpersonal.
3.00	Modelos de parámetros.

Fuente: Reed, K.. *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore Williams & Wilkins; 1984; p.81.

Modelos genéricos

El principal propósito de estos modelos es explicar la total filosofía de *valores y creencias* de la Terapia Ocupacional. En los modelos genéricos, los conceptos son ampliamente definidos y no se

restringen al uso del modelo en un área de especialidad práctica o un área de desempeño⁽²⁾.

Dentro de esta categoría se encuentran dos tipos de modelos: por un lado están aquellos en el que el punto central es el proceso de **adquisición de las ocupaciones** (tabla 7) como una parte del repertorio de conductas humanas, enfatizando en el proceso de aprendizaje, técnicas de aprendizaje y roles en el medio ambiente. Por el otro, el punto central es el **propósito de una ocupación** en la conducta humana. La adaptación o acomodamiento es el principal tema⁽³⁾.

Tabla 7. **Clasificación (taxonomy) de adquisición de Ocupaciones.**

1.00 Tipos Ocupacionales.
1.10 Autovalimiento.
1.20 Productividad.
1.30 Juego y Recreación.
2.00 Aprendizajes del medio.
2.10 Físico o inorgánico.
2.20 Biopsicosocial u orgánico.
2.30 Sociocultural o superorgánico
3.00 Procesos de aprendizaje.
3.10 Exploración.
3.20 Manipulación.
3.30 Competencia o dominio.
3.40 Realización o ejecución.
4.00 Enseñanza. Técnicas de aprendizaje.
(Nota: bases de adquisición para métodos de terapia.)
4.10 Ensayo y error.
4.20 Discriminación.
4.30 Demostración/ modelado.
4.40 Lectura/ dirección verbal.
4.50 Discusión.
4.60 Role playing o simulación
4.70 Repetición y práctica.
4.80 Solución de problemas.
4.90 Programa lineal en escala.
5.00 Tipos de aprendizajes.
5.10 Conocimiento/pensamiento.
5.20 Destrezas/habilidades.
5.30 Actitud, normas, valores.
6.00 Adaptación de resultados.
6.10 Adaptación.
6.20 No adaptación.
6.30 Mala adaptación.

Fuente: **Reed K.** *Models of Practice in Occupational Therapy*; Baltimore, Williams & Wilkins; 1984; p. 91.

Respecto al **propósito de la ocupación** en Terapia Ocupacional, un grupo de terapeutas ocupacionales (*task force*^[*]) designados por la

[*] La task force, cuya traducción literal es: agrupación de fuerzas para una misión especial, fuerza operante”

AOTA (American Occupational Therapy Association) redactaron un documento⁽⁴⁾ para clarificar el uso del concepto **actividad con propósito**. La gente se compromete con la actividad con propósito como parte de su vida diaria, en el contexto de la actividad ocupacional (AOTA, 1979).

La ocupación se refiere a la participación activa del individuo en el autovalimiento, el trabajo, la recreación y el juego. La actividad con propósito alude a los comportamientos y tareas dirigidos a una meta que comprende la ocupación. *Una actividad es con propósito si el individuo es activo, participante voluntario y si la actividad es dirigida hacia una meta que el individuo considera significativa* (Evans, 1987; Gilfoyle, 1984; Mosey, 1986; Nelson, 1988). El propósito de una actividad depende de la **ejecución** de la misma por el individuo y del **contexto** en el que se realiza (Henderson, et. al., 1991). *El significado de una actividad es único para cada persona, está influenciado por su experiencia de vida* (Mosey, 1986; Pedretti, 1982), *roles de vida, intereses, edad, y su medio cultural, como también del contexto de situación donde la actividad ocurre.*

Los terapeutas ocupacionales están dedicados al uso de la actividad con propósito para *evaluar, facilitar, restablecer, o mantener capacidades individuales para funcionar en las ocupaciones diarias.*

La actividad con propósito provee oportunidades a las personas de lograr el control de su medio, y una ejecución exitosa promueve sentimientos de competencia personal (Fidler & Fidler, 1978). Una persona que está inmersa en una actividad con propósito dirige su atención a la meta más que a los procesos necesarios para lograr dicho objetivo. El incursionar en la actividad con propósito dentro del contexto de condiciones medioambientales interpersonales, culturales, físicas y otras, requiere una coordinación entre los sistemas sensorio-motor, cognitivo y psicosocial del individuo.

La actividad con propósito puede aunar el uso independiente de procesos cognitivos complejos, como premeditación, reflexión, planeamiento, y el uso de elementos simbólicos. Inversamente, puede incluir procesos menos complejos y ocurrir en un medio de estructura, apoyo y supervisión externos. (Allen, 1987; Henderson, et. al., 1991). El com-

promiso en una actividad con propósito provee una información directa y objetiva de la misma tanto al terapeuta como al individuo.

Los propósitos terapéuticos para los que la actividad con propósito es utilizada incluye el control de una nueva actividad, el tener un estado saludable, la prevención de una disfunción, la restauración de una facultad deficiente o la compensación de una incapacidad funcional. Para usar la actividad con propósito terapéuticamente, un terapeuta ocupacional analiza la actividad desde varias perspectivas.

Primero, la **actividad** es examinada para identificar sus componentes y de esta manera determinar qué *habilidades* y *capacidades* son necesarias para completar la tarea. Segundo, es examinada en términos del *contexto* dentro del cual se desarrollará. Tercero, el terapeuta considera la edad de la persona, los roles ocupacionales, el medio cultural, el sexo, los intereses y las preferencias que pueden influir en el *significado de la actividad* para el individuo. Toda esta información es considerada conjuntamente para ayudar al terapeuta ocupacional a sintetizar (por ejemplo: adaptando, graduando, y combinando) actividades con propósitos terapéuticos para un individuo particular.

Al graduar actividades se desafían las capacidades de la persona mediante el cambio progresivo del proceso, herramientas, materiales, o del medioambiente de una actividad dada, para así gradualmente incrementar o disminuir las demandas de ejecución. La graduación de actividades es lograda mediante la modificación de la secuencia, duración, o de los procedimientos de la tarea; la posición del individuo; la posición de las herramientas y materiales; el tamaño, forma, peso, o textura de los materiales; la naturaleza y grado de contacto interpersonal; el grado de desenvolvimiento del terapeuta ocupacional durante la ejecución; o el medio en el cual la actividad es ejecutada. Las técnicas o equipos para asistencia pueden ser usados para mejorar la efectividad de una actividad o para facilitar la ejecución (Henderson, et. al., 1991; Pedretti & Pasquinelli, 1990).

Si uno de los objetivos de intervención de la Terapia Ocupacional es mejorar un componente de la ejecución de manera que el individuo pueda incursionar en un área ocupacional de desempeño, la actividad seleccionada y las condiciones del medio son manipuladas para presentar desafíos graduales según las destrezas específicas requeridas. El T.O. adapta la tarea y el medio para facilitar la ejecución.

La adaptación es un proceso que cambia un aspecto de la actividad o el medio para permitir el desempeño exitoso y lograr un objetivo terapéutico particular. La adaptación de la tarea puede requerir el uso de equipamiento y técnicas o estrategias de graduación.

Según The Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT, 1991), la actividad con propósito y el análisis de la actividad son fundamentales en la intervención, usados para promover procesos de Terapia Ocupacional que incumben evaluación, planeamiento, implementación y finalización de la intervención (Cynkin, 1979).⁽⁵⁾

La O.T.R. Trombly⁽⁶⁾ diferencia los términos *actividad con propósito* y *ocupación*. La ocupación es el medio original o "*unicidad*" de la Terapia Ocupacional (National Society for the Promotion of Occupational Therapy, 1917; Reilly, 1962). La ocupación ha sido definida como "una parte sustancial, cultural y personal del significado de la actividad en la cual los seres humanos se comprometen y que puede ser nombrada en el léxico de las culturas" (Clark et al.; 1991, p. 301). Estas son las cosas cotidianas y familiares que la gente hace todos los días (ej. vestirse, jardín, armar rompecabezas, etc.) Otra definición de ocupación es *la relación entre la forma ocupacional (tarea y contexto) y el desempeño ocupacional* (hacer: doing) (Nelson, 1988).

Los términos *ocupación* y *actividad con propósito* son usados intercambiamente por muchos terapeutas, aunque hay una fuerte defensa por la *ocupación*. (Clark et al.; Darnell & Heater, 1994; West, 1984). The commission on Practice diferencia entre ocupación y actividad con propósito: ésta define la **ocupación** como una activa participación en el autovalimiento, el trabajo, el juego y la recreación, y define la **actividad con propósito** como metas o conductas dirigidas o tareas que las ocupaciones contienen (AOTA, 1993). La ocupación es apropiada de usar cuando se considera el nivel integrativo de la terapia donde las habilidades personales, motivación y metas vienen juntas y hacen posible el desempeño de un rol. La actividad con propósito es circunscripta o limitada; ésta demanda respuestas particulares y es usada para facilitar cambios en deterioros y limitación funcional.

El terapeuta ocupacional diseña experiencias de actividades que traducidas de teorías y principios terapéuticos aplican a una particular disfunción de los pacientes tareas concretas que promocionarán

ACTIVIDAD con
PROPÓSITO
OCUPACIÓN

continuas conductas desde la disfunción a la función (Cynkin, 1979; Tsai, 1993). La adaptación, en sí misma, ocurre como resultado del compromiso con la actividad (Darnell & Heater, 1994; Nelson, 1988; Peloquín, 1988). El terapeuta ocupacional cree que la persona se desarrolla cognitiva, perceptiva, y psicosocialmente y en destrezas motoras a través del compromiso en actividades con interés y propósito, pero estos postulados están siendo arduamente investigados. (Ramsbey, 1993). Para determinar el propósito terapéutico, el terapeuta analiza la actividad. Basado en estos análisis el terapeuta selecciona una actividad para implementar el tratamiento inmediato según los objetivos de un paciente particular. Las adaptaciones de la actividad desarrollan un valor potencial para encontrar la meta que podría ser necesaria.

La O.T.R. Mosey al tomar una postura pluralista, menciona una serie de factores sobre la identidad profesional, que influyen en nuestra vida práctica. Uno de dichos factores ⁽⁷⁾ indica, fue la dificultad que tenemos al *designar y definir* nuestras **herramientas legítimas**.

Sostiene que "**la actividad con propósito**" ha recibido la mayor parte de atención, sin embargo ha sido definida de un modo tan amplio que incluye casi todo, y de un modo tan exiguo que incluye muy poco de lo que incluimos actualmente. Entonces, están los que sugieren cambiar el término actividad con propósito por el de "**ocupación**".

Nuestra literatura está colmada de intentos por definir dicha actividad y de documentación empleada en otras modalidades para la intervención. *No existe criterio para determinar qué constituye una herramienta legítima y que no para el campo de la terapia ocupacional.*

Modelos descriptivos

Estos han sido subdivididos, según Reed (1984), en tres categorías ocupacionales: **autovaloramiento**, **productividad**, y **juego y recreación**, cada una de las cuales contendrá *elementos básicos* (tiempo y espacio, destrezas y actitudes, motivación, propósito, movimiento y, patrones y secuencias) y *áreas de desempeño* (motor, sensorial, cognitivo, intrapersonal e interpersonal)⁽⁸⁾ (Tabla 8). Según la 3ª edición de la Terminología Uniforme para la Terapia Ocupacional

(AOTA, 1994) ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾, las áreas de desempeño son vastas categorías de la actividad humana, que constituyen componentes típicos de la vida diaria (*A.V.D., trabajo y productividad, juego y recreación.*). Los componentes de desempeño son habilidades fundamentalmente humanas que, de acuerdo con diferentes grados y combinaciones, se requieren para comprometerse adecuadamente en las áreas de desempeño. Los componentes son de índole sensomotora, cognitivas, psicológica, y psicosociales. Los contextos de desempeño son situaciones o factores que influyen en la acción individual en áreas de desempeño requeridas o deseadas. Dichos contextos están compuestos de aspectos temporales (*edad cronológica, edad evolutiva, ubicación en el ciclo vital, estado de salud*) y aspectos ambientales (*físicos, sociales y culturales*). Existe una relación interactiva entre las áreas, los componentes y los contextos de desempeño o ejecución (Tabla 9).

Al respecto, cabe destacar la división que realiza The Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT, 1991)⁽¹¹⁾, la que incorpora un componente de desempeño (*espiritual*) no mencionado por la AOTA, proponiendo la siguiente clasificación (Tabla 10):

- * áreas de desempeño ocupacional: autocuidado
 productividad
 juego y recreación
- * componentes de desempeño: mental
 físico
 sociocultural
 espiritual
- * medio ambiente: físico
 social y cultural.

Tabla 8.
Clasificación (taxonomy) de descripción de Ocupaciones

1.00 Autoevaluación.	
1.10 Elementos de control.	1.222 Vestibular
1.11 Orientación..	1.223 Propioceptivo/kinético.
1.111 Tiempo.	1.224 Gusto
1.1111 Pasado.	1.225 Olfacción
1.1112 Presente..	1.226 Dolor/presión
1.1113 Futuro.	1.227 Temperatura
1.1114 Circadiano.	1.228 Audición.
1.1115 Diurno.	1.229 Visión.
1.1116 Hora/reloj.	1.2200 Sensoriomotor.
1.211 Espacio.	1.2201 Perceptual motor
1.2111 Horizontal.	1.2202 Integrativo sensorial
1.2112 Coronal o frontal..	1.2203 Modelo cruzado.
1.2113 Sagital.	
1.2114 Individual	1.23 Cognitivo
1.2115 Familia.	1.231 Atención.
1.2116 Comunidad.	1.232 Comprensión.
1.2117 Nación	1.233 Conceptualización.
1.2118 Mundo.	1.234 Memoria/retención
1.2119 Biósfera.	1.235 Juicio/análisis.
2.11 Activación (Acción y esfuerzo)	1.236 Generalización.
2.111 Conocimiento, destrezas y actitudes..	1.237 Discriminación
2.1111 Qué..	1.24 Intrapersonal
2.1112 Cómo	1.241 Autonomía.
2.1113 Porqué.	1.242 Imitación (coping)
2.1114 Dónde.	1.243 Mecanismos de defensa.
2.1115 Cuándo.	1.244 Relaciones objetales
2.1116 Quién.	1.245 Test de realidad
2.1117 Cuántos	1.246 Autocontrol
2.211 Motivación	1.247 Autoconcepto
2.2111 Extrínseca.	1.248 Síntesis.
2.2112 Intrínseca.	1.25 Interpersonal.
2.311 Propósito.	1.251 Grupo de pares.
2.3111 Necesidades individuales.	1.252 Grupos
2.3112 Metas sociales.	1.253 Rol
2.411 Movimiento.	1.254 Social
2.4111 Mínimo.	1.30 Roles.
2.4112 Moderado..	1.31 Auto cuidado
2.4113 Máximo.	1.311 Higiene.
3.11 Orden (Patrones y secuencia)	1.312 Comida
3.111 Atrás y adelante.	1.313 Vestido.
3.112 Lateralidad - derecha/izquierda.	1.314 Aseo.
3.113 Arriba y abajo.	1.315 Diversos.
3.114 Circular.	1.32 Comunicación
3.115 Fijo - estable..	1.321 Entendimiento.
3.116 Flexible.	1.322 Habla
1.20 Areas de desempeño.	1.323 Escritura.
1.21 Motor.	1.324 Teléfono
1.211 Coordinación y destreza.	1.325 Tipeado.
1.212 Fuerza muscular.	1.33 Incorporación y locomoción (movilización)
1.213 Tono muscular..	1.331 Actividades de cama
1.214 Resistencia/tolerancia.	1.332 Sedente.
1.215 Destreza gruesa.	1.333 Parado
1.216 Destreza fina.	1.334 Caminar.
1.217 Rango de movimiento.	1.335 Escalar- trepar.
1.218 Reflejos/reacciones.	1.336 Uso de transporte privado.
1.219 Equipamiento para adaptación.	1.337 Uso de transporte público.
1.22 Sensorio.	1.34 Manejo del hogar
1.221 Contacto/tactil.	1.341 Comida.
1.2211 Actividad.	1.342 Cama.
1.2212 Percepción.	1.343 Limpieza.
1.2213 Discriminación.	1.344 Ropas.
1.2214 Figura/fondo	1.345 Presupuesto familiar.
	1.346 Decoración y arreglo

Continuación Tabla 8

2.00 Productividad

- 2.10 Elementos de control.
 - 2.11 Orientación (ver 1.11)
 - 2.12 Activación (ver 1.12)
 - 2.13 Orden (ver 1.13)
- 2.20 Areas de desempeño.
 - 2.21 Motor (ver 1.21)
 - 2.22 Sensorial (ver 1.22)
 - 2.23 Cognitivo (ver 1.23)
 - 2.24 Intrapersonal (ver 1.24)
 - 2.25 Interpersonal (ver 1.25)
- 2.30 Roles
 - 2.31 Ama de casa (no remunerado)
 - 2.32 Cuidado de niños (no remunerados)
 - 2.33 Profesional/estudiante u oficiales (rem. y no rem.)
 - 2.34 Aprendices/novicios (rem. y no remunerado)
 - 2.35 Horario regular remunerado(1/2 tiempo T. completo)
 - 2.36 Horario irregular remunerado.
 - 2.37 Horario personal (rem y no remunerado)
 - 2.38 Voluntariado (no remunerado)
 - 2.39 Desempleado o buscando trabajo.

300 Juego - recreación.

- 3.10 Elementos de control.
 - 3.11 Orientación (ver 1.11)
 - 3.12 Activación (ver 1.12)
 - 3.13 Orden (ver 1.13)
- 3.20 Areas de desempeño
 - 3.21 Motor (ver 1.21)
 - 3.22 Sensorial (ver 1.22)
 - 3.23 Cognitivo (ver 1.23)
 - 3.24 Intrapersonal (ver 1.24)
 - 3.25 Interpersonal.(ver 1.25)
- 3.30.Roles
 - 3.31 Juegos competitivos.
 - 3.32 Participación deportiva u observador
 - 3.33 Actividades naturales - aficionado a la naturaleza
(Caminatas, observador de pájaros, escalador)
 - 3.34 Coleccionista.
 - 3.35 Actividades de destreza. Destreza manual (tejido de mano, tallado, esculpido)
 - 3.36 Actividades de arte y música - aficionado al arte o la música.
 - 3.37 Educación, entretenimiento y actividades culturales-
(asistente, presentador)
 - 3.38 Actividades de voluntariado- voluntarios.
 - 3.39 Actividades organizacionales, familiares u oficiales.

Fuente: **Reed K.** *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore; Williams & Wilkins; 1984; pp. 91 - 5.

Tabla 9.
Terminología Uniforme para Terapia Ocupacional

I AREAS DE DESEMPEÑO

II COMPONENTES DE DESEMPEÑO

III CONTEXTO DE DESEMPEÑO

A. Actividades de la vida diaria

1. Arreglo personal
2. Higiene oral
3. Baño/ducha
4. Toilette
5. Cuidado de dispositivos personales
6. Vestido
7. Alimentación y comida
8. Rutina de medicación
9. Mantenimiento y cuidado de la salud
10. Socialización
11. Comunicación funcional
12. Movilidad funcional
13. Movilidad comunitaria
14. Respuestas ante la emergencia
15. Expresión sexual

B. Trabajo y Productividad

1. Manejo del hogar
 - a. Cuidado de la ropa
 - b. Limpieza
 - c. Preparación de la comida/limpieza
 - d. Compras
 - e. Manejo y control del dinero
 - f. Mantenimiento hogareño
 - g. Procedimientos de seguridad
2. Cuidado de otros
3. Actividades educacionales
4. Actividades vocacionales
 - a. Exploración vocacional
 - b. Adquisición del trabajo
 - c. Trabajo o desempeño laboral
 - d. Planeamiento de actividades de retiro
 - e. Participación voluntaria

C. Juego y recreación

1. Exploración de juego y recreación
2. Desempeño de juego y recreación

A. Componente sensorio-motor

1. Sensorial
 - a. Conciencia sensorial
 - b. Procesamiento sensorial
 1. Táctil
 - 2- Propioceptivos
 3. Vestibular
 4. Visual
 5. Auditivo
 6. Gustativo
 7. Olfatorio
 - c. Procesamiento perceptivo
 1. Esterognosias
 2. Kinestesia
 3. Algeias (respuesta al dolor)
 4. Esquema corporal
 5. Discriminación derecha-izquierda
 6. Constancia de las formas
 7. Posición espacial
 8. Agudeza visual
 9. Figura-fondo
 10. Percepción de profundidad
 11. Relaciones espaciales
 12. Orientación topográfica
2. Neuromusculoesquelético
 - a. Reflejos
 - b. Rango de movimiento
 - c. Tono muscular
 - d. Fuerza muscular
 - e. Resistencia
 - f. Control postural
 - g. Alineación postural
 - h. Integridad del tejido blando
3. Motor
 - a. Coordinación gruesa
 - b. Cruce de línea media
 - c. Lateralidad
 - d. Integración bilateral
 - e. Control motor
 - f. Praxias
 - g. Destreza, coordinación fina
 - h. Integración visomotriz
 - i. Control oral motor

B. Integración cognitiva y componentes cognitivos

1. Focalización de la conciencia
2. Orientación
3. conocimiento
4. Campo de atención
5. Iniciación de la actividad
6. Terminación de la actividad
7. Memoria
8. Secuenciación
9. Categorización
10. Formación de conceptos
11. Operaciones espaciales
12. Solución de problemas
13. Aprendizajes
14. Generalización

A. Aspectos Temporales

1. Cronológico
2. Desarrollo
3. Ciclos vitales
- 4- Estado de discapacidad

B. Medio Ambiente

1. Físico
2. Social
3. Cultural

**C. Componente psicológico y habilidades
psicosociales**

1. Psicológico
 - a. Valores
 - b. Intereses
 - c. Conceptos personales
2. Social
 - a. Cumplimiento de roles
 - b. Conducta social
 - c. Aptitudes interpersonales
 - d. Autoexpresión
3. Autocuidado
 - a. Habilidad para responder a un desafío
 - b. Control o manejo del tiempo
 - c. Control personal-

Fuente: **The American Occupational Therapy Association (AOTA)** (1994). Uniform Terminology for Occupational Therapy-Third Edition; *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 11, 1047-54.

Tabla 10.

Ejemplos de interacción de elementos individuales en un modelo de desempeño ocupacional

A. AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

***Autocuidado**

Arreglo personal
Higiene
Toillette
Alimentación

Vestido
Movilidad
Baño
Conducir

Actividades comunitarias
Compras
Actividades bancarias
Transportes

***Productividad**

Juegos (niños)
Actividades escolares
Actividades remuneradas (trabajo)
Actividades de voluntariado
Ama de casa

*** Juego y recreación**

Hobbies
Uso del tiempo libre
Uso de recursos comunitarios
Mascotas
Intereses culturales
Implicancias deportivas y recreacionales
Clubes y grupos

Implicancias sociales y entretenimientos
Actividades creativas
Coleccionismo
Interés por la naturaleza
Juego de competencia
Voluntariado

B. COMPONENTES DE DESEMPEÑO

• *Mental*

- cognición (memoria, orientación, concentración, intelecto, agudeza de ingenio, juicio, conocimiento general)
- humor y afecto (adecuación)
- conducta (adecuación, control)
- percepción (conciencia de realidad, percepción visual)
- contenidos del pensamiento (claridad, adecuación, organización, carácter compulsivo)
- defensas emocionales (por ejemplo: negación, proyección, etc.)
- reacción/adaptación a la disfunción
- imagen corporal
- volición en pensamiento y conducta

• *Físico*

- rango de movimiento
 - fuerza y tono muscular de un músculo individual o grupo muscular particularmente cuando se solicita una tarea tal como extender, elevar.
 - coordinación, balance, presencia de movimientos involuntarios (por ejemplo: temblor, espasticidad, etc.)
 - resistencia
 - sensación (testeo de limitaciones funcionales adecuados para disturbios sensoriales en tacto, dolor, presión, visión audición, gusto, vibración, propiocepción, kinestesia, estereognosia.
 - aspecto (deformidad, edema, cicatrices, particularmente en términos de las funciones que éstas afectan)
 - dolor (cualidad del dolor, dolor fantasma, dolor referido)
 - percepción visual
- Sociocultural
 - implicancias comunitarias
 - relaciones familiares
 - relaciones con amigos
 - efectos de los problemas del paciente en su relación con la familia y otros
- Espiritual
 - sentido de propósitos de vida
 - fuente de motivación interna
 - presencia de un conjunto de creencias y sistema de valores

C. MEDIO FISICO, SOCIAL Y CULTURAL

Examinando el medio de la persona, el terapeuta debe considerar un número de factores, algunos ejemplos son mencionados a continuación.

- *Medio físico*
 - accesibilidad en silla de ruedas
 - movilidad en la cama, baño, cocina, living (distancia entre peldaños, ancho del marco de la puerta)
 - tipo y condiciones del suelo para la movilidad, espacio, formas y distancias para cambiadores, buenas cocinas, etc.,(por ejemplo aspectos ergonómicos)
- *Medio social*
 - parientes u otras personas significantes del hogar
 - disponibilidad de asistencia durante el día y/o la noche
 - compañerismo disponible
 - amigos u otros soportes personales
 - transporte disponible
- *Medio cultural*
(Sistema de creencias, ideales, costumbres y valores)
 - intereses de otros en el sostén de la casa o grupo de amigos
 - observación de expectativas laborales, liderazgo en la familia, rol, conducta.
 - actividades que requieren la participación para la aceptación
 - actitudes de enfermedad/discapacidad
 - curación y aproximaciones para enfermedad/discapacidad (por ejemplo medicina local)

Fuente: The Canadian Association of Occupational Therapists; *Occupational Therapy guidelines for Client-centred Practice*; Toronto ; Special Health Systems; 1991; pp 157-59.

Modelos parámetros

Este tercer grupo de modelos parte primariamente de aspectos de los parámetros de T.O. que permiten focalizar los procesos de T.O. tales como *aproximaciones en la evaluación o intervención*, el *diseño de programas* en Terapia Ocupacional los cuales examinan el tipo de servicio que permite proveer la profesión (Tabla 11). Tales modelos delinear las características o atributos de diferentes métodos de organización práctica⁽¹²⁾.

Tabla 11.

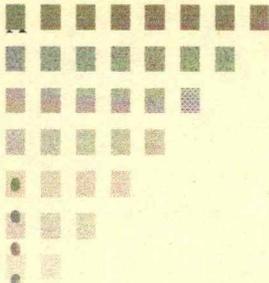
Clasificación (taxonomy) de Terapia Ocupacional.

1.00 Procesos
1.10 Resultados o consecuencias.
1.11 Objetivos
1.12 Metas.
1.20 Evaluaciones
1.21 Observación.
1.22 Entrevista.
1.23 Testeo.
1.30 Planeamiento.
1.31 Control de terapia
1.32 Cooperativo
1.40 Intervención
1.41 Media y modalidades.
1.411
1.412
1.413 etc.
1.42 Métodos, técnicas, aproximaciones.
1.421
1.422
1.423 etc.
1.43 Equipamiento
1.431
1.432
1.433 etc.
1.44 Destrezas de prerrequisitos
1.441
1.442
1.443 etc.
2.00 Tipo de programas
2.10 Preventivo
2.20 Desarrollo
2.30 Reparador
2.40 De ajuste
2.50 De manutención.

Fuente: Adaptado por la autora de Reed K. *Models of Practice in Occupational Therapy*. Williams & Wilkins. Baltimore 1984 p.96

Referencias:

- ☞⁽¹⁾ **Reed, K.** *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore; Williams & Wilkins; 1984; cap. 8; p. 81.
- ☞⁽²⁾ **Ibíd**, Cap. 9, p.97.
- ☞⁽³⁾ **Ibíd**, cap. 8, p.p. 81-2.
- ☞⁽⁴⁾ **Hinojosa, Jim; Sabari, Joyce; Pedretti, Lorraine**; with contributions from **Rosenfeld, Mark S.; Trombly, Catherine.** *Position Paper : Purposeful Activity.* *American Journal of Occupational Therapy* 1994; 47, 12. 1081-2.
- ☞⁽⁵⁾ **The Canadian Association of Occupational Therapists.** *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice.* Toronto. Special Health Systems 1991 p.12.
- ☞⁽⁶⁾ **Trombly, Catherine A.** **OCCUPATIONAL THERAPY for Physical Dysfunction** ; Baltimore, Williams & Wilkins; 1995; 4° edition p. 237 .
- ☞⁽⁷⁾ **Mosey, A.C.** Eleanor Clarke Slagle Lecture, 1985: *A Monistic or a Pluralistic Approach to Professional Identity?* (American Occupational Therapy Association, Slagle lectures; philosophy, occupational therapy) - *American Journal Occupational Therapy* ; 39; 8; pp. 507-8.
- ☞⁽⁸⁾ **Reed, K.**; op. cit.; p. 81.
- ☞⁽⁹⁾ **Dunn, W.; Foto, M.; Hinojosa, J.**; et. all.; *Uniform Terminology for Occupational Therapy*- Third Edition. *American Journal of Occupational Therapy* 1994; 48; 11 -pp. 1047-54.
- ☞⁽¹⁰⁾ **Dunn, W.; Foto, M.; Hinojosa, J.**; et. all.; *Uniform Terminology - Third Edition - Application to Practice.* *American Journal of Occupational Therapy* ; 1994; 48;11; pp.1055-9.
- ☞⁽¹¹⁾ **The Canadian Association of Occupational Therapists.** op. cit.; p. 28.
- ☞⁽¹²⁾ **Reed, K.**; op.cit. ; pp.90 , 451.



Capítulo 5

*Caracterización de Modelos Teóricos
de Terapia Ocupacional.*



En este capítulo se caracterizan los modelos, de acuerdo a los hallazgos de este estudio, a los antecedentes del problema, los cursos internacionales dictados por, Anita Schwald en 1992 del *Modelo de Integración Sensorial* de Jean Ayres y , por Carmen Gloria Las Heras en 1996 del curso de postgrado del *Modelo de Ocupación Humana* de Gary Kielhofner .

Modelo Genérico:

Adquisición de las ocupaciones.
Propósito de la ocupación.

Modelo de Ocupación Humana⁽¹⁾-Kielhofner, Gary.

MARCO DE REFERENCIA.

Kielhofner ha basado su modelo de Ocupación Humana primariamente en el trabajo de Reilly en su teoría del Comportamiento Ocupacional. Otras fuentes incluyen la Teoría de los Sistemas de Bertalanffy y Boulding, el análisis del juego de Bruner, Neff, Ginsberg, Super y la Teoría del Trabajo de Herzberg, la Teoría de la Competencia de White, Etapas del Desarrollo Humano de Buehler y Conceptos de Ciclos Benignos y Viciosos de Clausen. El modelo de ocupación humana fue publicado como una serie de artículos en 1980. Este representa la 3° generación de modelos en Terapia Ocupacional.

El modelo de ocupación humana está basado en el comportamiento ocupacional (Reilly), el cual fue traído desde el modelo de Adolf Meyer de tiempo-compromiso y el modelo de entrenamiento de hábitos de E.C. Slagle. Como 3° generación, el modelo de ocupación humana tiene la originalidad de presentar el tiempo presente como una clase en sí mismo.

SUPUESTOS O POSTULADOS.

SISTEMA

1. Un sistema abierto existe en un medio.
2. Un sistema abierto interactúa con el medio por los procesos de input, output, throughput y feedback.
3. Un sistema abierto es preservado a través de cambios constantes.
4. El proceso básico que está debajo del cambio es un ciclo.
5. La transformación en sí misma es un sistema abierto y siempre jerárquico.
6. Los cambios adaptativos en un sistema son jerárquicos en la dirección de complejidad y diferenciación creciente.
7. La trayectoria de cambio es influenciada por las características internas del sistema y la interacción con el medio.
8. El balance entre éxitos y fracasos es el resultado directo del interjuego entre las capacidades del sistema y el medio.
9. Un sistema no puede ser evaluado o entendido aislado de su medio particular.
10. Un cambio ambiental es un camino seguro para efectuar un cambio organizacional permanente en el sistema abierto.
11. Los ciclos benignos y viciosos proveen el significado de la evaluación de la cualidad y los resultados de una trayectoria dada y facilita el análisis de estos aspectos que guían el planeamiento para el cambio.
12. Los ciclos benignos y viciosos envuelven a creencias internas y objetivos externos, de éxitos y fracasos.
13. Un cambio en el sistema debe comenzar con el subsistema volicional (consciente).

HOMBRE

1. El hombre es un sistema abierto, y su ocupación es el output (salida) de ese sistema.
2. El hombre crea su medio físico y simbólico en el tiempo de aprender el acto competente en sí.
3. El hombre a través del uso de sus manos y cuando ellas son energí-

zadas por la mente pueden influenciar el estado de su propia salud.
(de Reilly).

4. Hay una jerarquía para la organización de los motivos desde la exploración, y la competencia para la ejecución.
5. La exploración de la naturaleza es óptima para la generación de destrezas.
6. La motivación de competencia es óptima para la organización de hábitos.
7. La motivación de ejecución es óptima para la adquisición de roles de comportamiento competente.

LA OCUPACIÓN COMO UN CONTINUO ENTRE TRABAJO Y JUEGO.

1. La ocupación (trabajo y juego) es el aspecto central de la experiencia humana y es la esencia de la existencia humana.
2. La ocupación humana surge de un estímulo innato, espontáneo para explorar y dominar el medio.
3. El temporalidad es una propiedad universal de la ocupación.
4. Los patrones de cambio en el sistema humano son patrones extensos de cambio en la ocupación humana.
5. La sociedad y la cultura están ensamblados y requieren de la ocupación humana para su manutención.
6. La organización social de la especie humana es tal que la ocupación primordialmente incluye acciones que existen en un continuo de juego y trabajo.
7. El juego energiza el cambio; el trabajo mantiene al individuo y al grupo social.
8. Con el juego, el hombre organiza su comportamiento e inicia cambios en sí mismo y en la sociedad.
9. El juego es el soporte de la rutina del trabajo recreando y regenerando energías como soporte del rol de trabajador.
10. Con el trabajo, el hombre es productivo para sí mismo y se mantiene a sí mismo a través de su autocuidado.
11. Con el trabajo, el hombre es también productivo para el grupo social y la manutención del grupo a través de su labor.
12. El trabajo ha sido la característica dominante del esfuerzo humano personal y para la sobrevivencia del grupo y la construcción de la

cultura.

13. El trabajo tiene un efecto estabilizador en los patrones del diario vivir.
14. El trabajo es el principal factor de propia identidad.

LA OCUPACIÓN COMO UN CONTINUO DE DESARROLLO

1. Hay una jerarquía en la ocupación humana que va desde la **volición**, y la **habituación** hacia el **desempeño** o **ejecución**.
2. El subsistema de **ejecución** es crítico para la adaptación global del sistema y exige el más alto nivel del subsistema.
3. La ontogénesis de la ocupación ocurre a lo largo de la vida, en una serie de experiencias, las cuales son configuradas por elecciones internas, demandas sociales externas y expectativas.
4. Desde ambos, juego y trabajo, se origina la misma tendencia global hacia la exploración y la **maestría**; ellas se interrelacionan a través de la duración de la vida.
5. La construcción de destrezas y la generación de reglas en la actividad de juego prepara al niño para el rol de estudiante y al adulto para el mundo del trabajo.
6. En el juego de la infancia el subsistema volicional es diferenciado y organizado, tempranas estructuras de hábitos son desarrolladas y la organización de acciones en destrezas.
7. La fuerza de energización primaria del adolescente incita al desarrollo de competencia de roles adultos.
8. En la etapa de la adolescencia se multiplica la responsabilidad y debe sustituir el control externo y la dependencia de los padres por un control interno y una interdependencia madura con otros.
9. El juego en la adolescencia es caracterizado por la devoción del tiempo hacia hobbies personales, juego de grupo, y eventos sociales.
10. La elección ocupacional es la principal transición del comportamiento ocupacional que puentea el continuo desde el juego de la infancia al trabajo del adulto.
11. El elección ocupacional ocurre en tres períodos: fantasía, tentativa y realidad.
12. El período adulto de vida es caracterizado por el manejo de la ejecución y es organizado alrededor de roles procreativos y/o produc-

tivos.

13. El adulto debe llevar a cabo un sentido de eficacia y los concomitantes hábitos y destrezas para el desempeño de roles de trabajo.
14. La etapa exploratoria reaparece en la preparación para la vejez y el retiro.
15. El éxito individual en el retiro puede servir como modelo de rol para aquellos de edad media.
16. En la vejez, el modelo cambia desde el dominio activo al dominio pasivo.
17. El manejo básico hacia la curiosidad y la eficacia continúa desde la adultez hasta la vejez.
18. El éxito del retiro gira alrededor de la habilidad para transferir patrones del diario vivir en los cuales el ocio reemplaza al trabajo como fuente primaria de satisfacción.

TERAPIA OCUPACIONAL.

1. La Terapia Ocupacional se fundó en la idea de que por el compromiso en una ocupación diseñada como terapia, el hombre puede restaurar, aumentar y mantener sus habilidades como un ser ocupacional.
2. La Terapia Ocupacional propone una respuesta adaptativa con mayor fuerza: la habilidad para encontrar el desafío y el significado en los compromisos diarios, las ocupaciones.
3. La Terapia Ocupacional debe englobar las características de propósitos, desafíos, realizaciones y satisfacción a través de la ocupación.
4. La Terapia Ocupacional debería ser conceptualizada como un proceso organizacional.
5. La Terapia Ocupacional debe servir como un medio que puede empezar por presentar demandas para el desempeño y deducir la aprobación de respuestas que pueden resultar en un feedback positivo.
6. La Terapia Ocupacional debe comenzar por el nivel más bajo de motivación en el subsistema de volición, exploración, y el más bajo nivel de organización de conductas, destrezas.
7. La Terapia Ocupacional debería ser dirigida hacia la capacitación del

hombre para cumplir con sus necesidades insatisfechas, por medio de la ocupación, con ricos y variados estímulos de los que está provisto para la solución de los problemas de vida inherentes a él.

CONCEPTOS.

- ◇ Medio: El ambiente físico, social, y cultural en el cual el sistema opera, tal como objetos externos, personas y eventos.
- ◇ Ocupación humana: La interacción del sistema (hombre) con el medio.
- ◇ Terminología del sistema: (ver tabla 12)
 - Output: Consiste en aspectos mentales, físicos y sociales de la ocupación. Este incluye información y acción.
 - Input: Información que viene al sistema desde el medio.
 - Throughput: El proceso de organización interno.
 - Jerarquía: Se refiere a leyes que explican cómo el sistema es organizado a lo largo de un continuo de complejidad creciente en el tiempo.
- ◇ Jerarquía de las ocupaciones: (ver tabla 13)
 - Volición: El más alto nivel de la ocupación humana, el cual gobierna los subsistemas más bajos y consiste en actos innatos y adquiridos que instan hacia la exploración y el manejo (estructura motivacional). La acción es una elección libre y consciente.
 - Habituaación: El nivel medio de la ocupación humana, el cual incluye los componentes que disponen al comportamiento en patrones de acción. Representa conductas automáticas y rutinas.
 - Desempeño o ejecución: El nivel más bajo de la ocupación humana, el cual consiste en las capacidades básicas de acción (destrezas). Gobierna pequeños patrones de destrezas de acción.
- ◇ Jerarquía de productos: (ver tabla 14)
 - Causación personal: Se refiere a la imagen de sí mismo como actor competente o incompetente.
 - Valuación de metas - objetivos: Compromiso de acción basado en el placer asociado con experiencias pasadas y posibilidades futuras. Reflejan el realismo externo de la sociedad y la cultura.
 - Intereses: Preferencias para acciones basadas en el placer asociado con experiencias pasadas y futuras posibilidades. Ellos reflejan la

unicidad de aspectos de la ocupación.

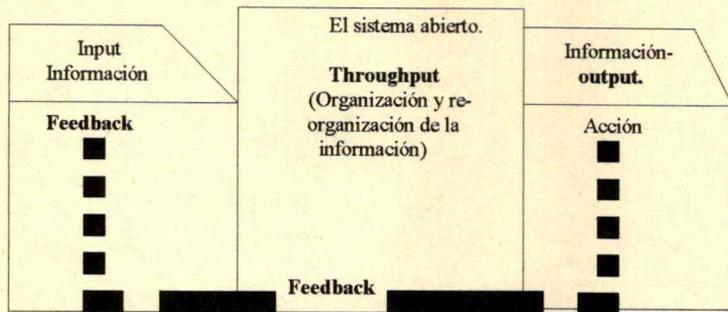
Roles internalizados: La totalidad de comportamientos requeridos que están de acuerdo con la ocupación de una posición en un grupo social.

Hábitos: Rutinas automáticas que repiten ciertas acciones. Ellos estructuran el uso del tiempo para ejecutar con más eficacia en el desempeño de las ocupaciones diarias.

Destrezas: Consiste de componentes de acciones flexiblemente organizadas y vinculadas que conducen al cumplimiento de metas u objetivos bajo condiciones variables del medio.

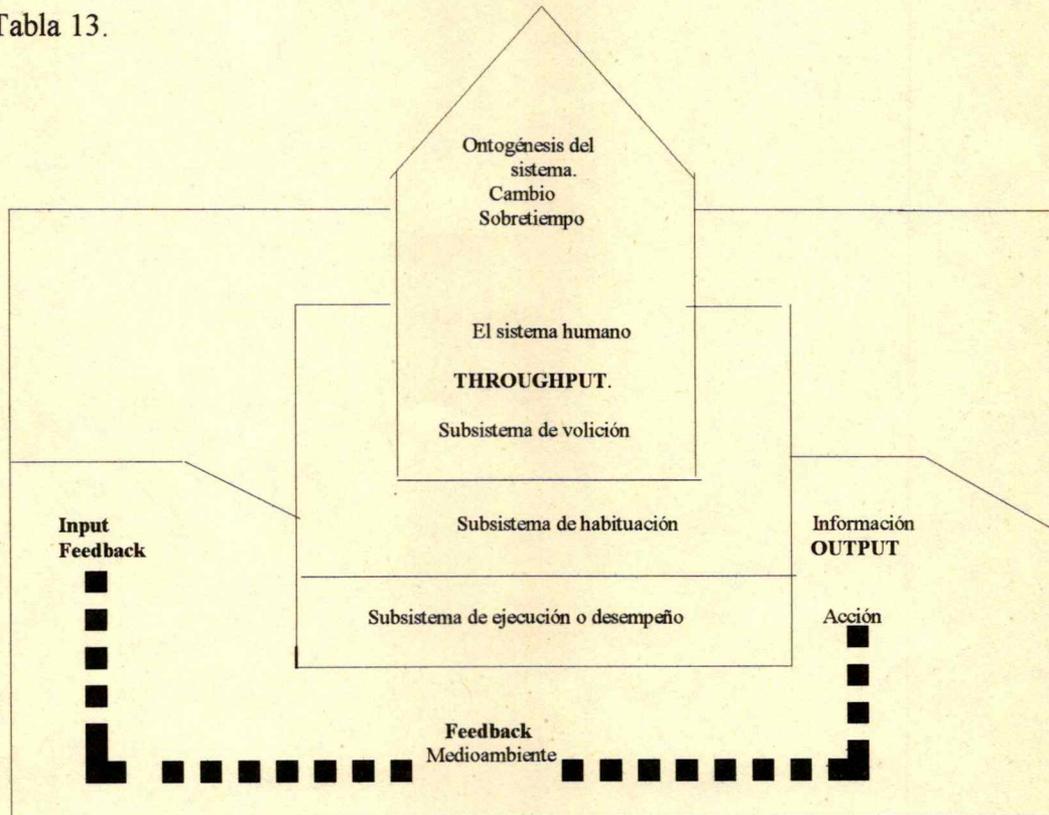
- ◇ Rol ocupacional: Se refiere a roles productivos que determinan el volumen de rutinas diarias y, de este modo organiza más comportamientos dentro del sistema.
- ◇ Reglas: Contienen información acerca de cómo interactúan exitosamente dentro del medio para la realización de ciertos fines.
- ◇ Empeño: La persona que no cree en el control y no ve activamente desafíos en el medio no se permitiría el dominio de éste.
- ◇ Origen: La persona que ve en sí mismo el control, procura explorar y dominar el medio y selecciona después de una búsqueda los desafíos.
- ◇ Trayectoria: La dirección del cambio de un sistema.
- ◇ Características innatas: La instancia hacia la exploración y dominio de el medio.
- ◇ Características del aprendizaje: Aquellos desempeños y habilidades que resultan de la experiencia.
- ◇ Ciclo benigno: El que resulta de la trayectoria que soporta una adaptación.
- ◇ Ciclo vicioso: En el cual el sistema no es satisfecho en sus propias instancias internas para explorar y dominar, y no cumple con las demandas de la sociedad.
- ◇ Adaptación: Incluye los requerimientos que reúne el medio y la produce satisfacción personal.

Tabla 12.
Medio ambiente.



Fuente: The open system. (Reproduced with permission from G. Kielhofner and J.P. Burke (21), © 1980, *The American Journal of Occupational Therapy*.)
Reed, K. Models of Practice in Occupational Therapy.
Williams & Wilkins Baltimore 1984 p. 130.

Tabla 13.



Fuente: The system and its environment. (Reproduced with permission from G. Kielhofner and J.P. Burke (21), © 1980, *The American Journal of Occupational Therapy*.) **Reed K. Models of Practice in Occupational Therapy**
Williams & Wilkins Baltimore 1984 p.131

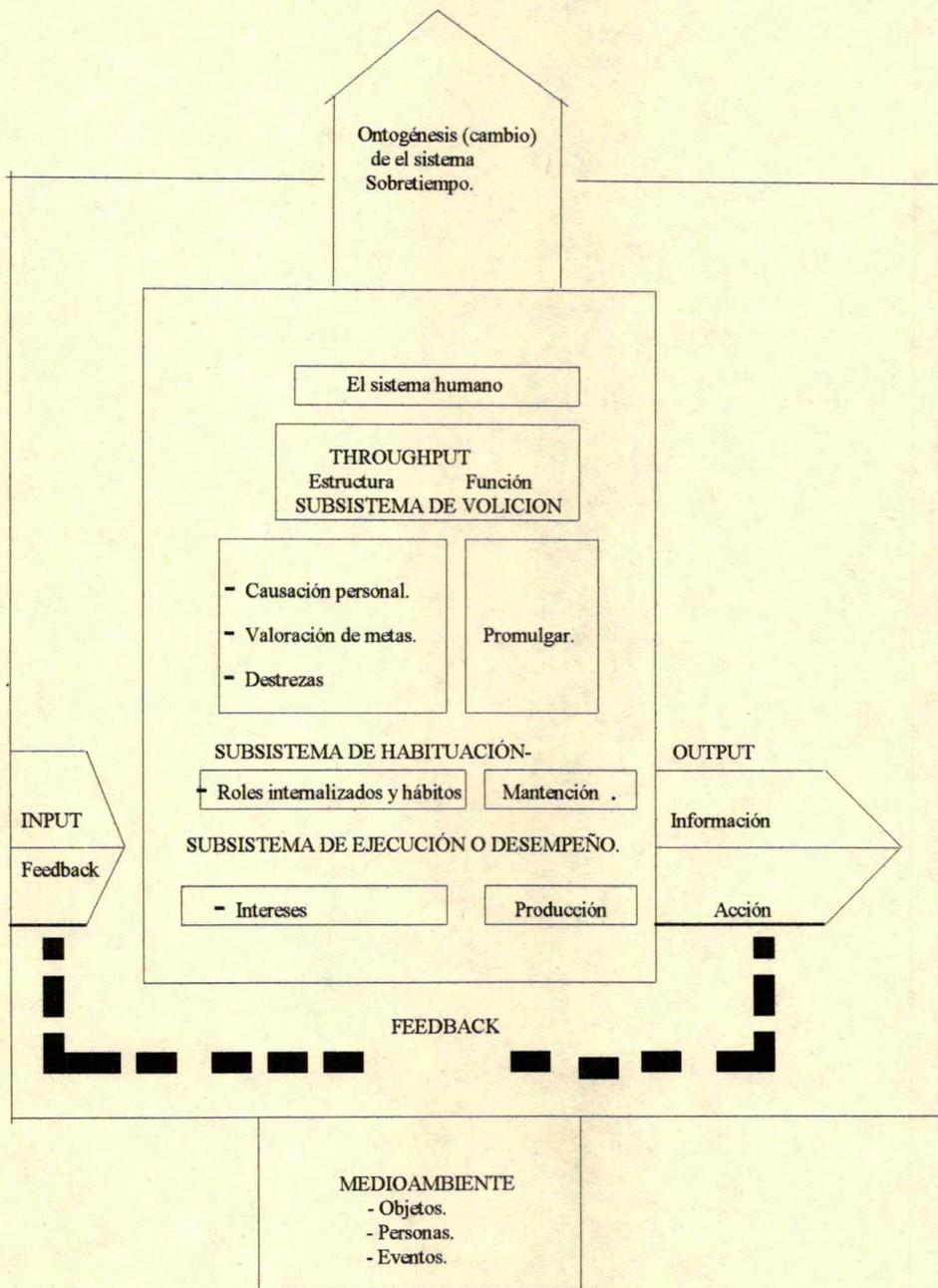


Tabla 14. A model of human occupation, (Reproduced from G. Kielhofner and J.P. Burke (21), © 1980. *The American Journal of Occupational Therapy*.
Fuente: Reed, K. *Models of Practice in Occupational Therapy* Williams & Wilkins Baltimore 1984 p. 132

RESULTADOS ESPERADOS.

De acuerdo con el modelo de ocupación humana, el paciente se beneficia a través de la intervención de la Terapia Ocupacional en algunos o todos estos aspectos.

1. Incrementar destreza y acción de destrezas.
2. Desarrollar hábitos y rutinas.
3. Desarrollar y organizar las conductas que incumben el comportamiento de los roles.
4. Identificar intereses.
5. Actos hacia los objetivos.
6. Incrementar el sentido de competencia y causación personal.
7. Incrementar la habilidad para la solución de problemas y tomar decisiones. Estos resultados están basados en la interpretación del autor de los subsistemas de volición, habituación y ejecución y en el producto y los resultados. Los resultados no están bien definidos o delineados por Kielhofner.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

La principal área a ser evaluada son los componentes de los subsistemas volicional, de habituación, y ejecución. Estos incluyen causación personal, valores, intereses, roles internalizados, hábitos y destrezas físicas, cognitivas y sociales. La información puede ser recogida a través de la observación o entrevista usando una variedad de instrumentos. Ejemplos dados en la tabla 15.

Después que los datos son recogidos se evalúan para determinar si existen ciclos benignos o viciosos. La interpretación es basada en la experiencia de la historia personal, circunstancias del medio y estructura interna.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.

Las estrategias de intervención no están bien desarrolladas en este modelo aún. La tabla 16 provee una guía para la intervención basada en el análisis del autor de ejemplos dados para el tratamiento.

Tabla 15.

Lineamientos generales de evaluación.

Subsistemas	Ejemplos	Test de ejemplos.
Destrezas	Movimientos Percepción Coordinación Función simbólica Destrezas de autocuidado.	Reflejos y evaluación motor. Test de percepción visual. Test de habilidad mecánica. Decisión, haciendo inventario. Lista de verificación de A.D.L.
Hábitos	Hábitos de autocuidado. Tareas domésticas-sostén de la casa Manejo del tiempo. Uso de herramientas.	Entrevista de A.D.L. Entrevista. Tiempo e inventario de la actividad. Observación.
Roles	Miembro de familia Jugador . Estudiante. Pretrabajador. Trabajador. Manejo de la casa.	Entrevistas Historia Ocupacional. Roles de evaluación de adolescente.
Intereses	Uso del tiempo libre. Actividades de ocio.	Lista de verificación de intereses. Historia de juego. Entrevistas.
Causación personal	Autocontrol	Observación.

Adapted from S.H. Cubie and K.Kaplan: *American Journal of Occupational Therapy*.

Fuente: **Reed, K. Models of Practice in Occupational Therapy.** williams & Wilkins Baltimore 1984 p. 134.

Tabla 16.

Lineamiento generales de estrategias de intervención.

<p>Media y modalidad.</p> <p>Competencias.</p> <p>Artes y destrezas.</p> <p>Eventos sociales y culturales.</p> <p>Juego.</p> <p>Preparación de comidas.</p> <p>Métodos ,técnicas y aproximación.</p> <p>Estructura del juego.</p> <p>Recomendaciones para asociarse a grupos organizados tales como scouts, cursos de organización de voluntarios.</p> <p>Trabajos oscilatorios y técnicas de entrevistas</p> <p>Solución de problemas y situaciones de toma de decisiones.</p> <p>Organización del tiempo.</p> <p>Eficiencia del trabajo y técnicas de ahorro de energías.</p> <p>Plameación de actividades de ocio.</p> <p>Equipamiento.</p> <p>Aparatos para asistencia.</p> <p>Equipamiento de asistencia.</p> <p>Herramientas y destrezas.</p> <p>Destrezas como pre-requisitos.</p>

Fuente: **Reed, K. Models of Practice in Occupational Therapy.** Williams & Wilkins Baltimore 1984 p. 135

RESUMEN.

La estructura y el contenido del modelo de ocupación humana se basan en el sistema abierto y en el modelo del desarrollo. La interacción en un sistema abierto con el medio es ejecutado a través del input, output, throughput, y feedback. Las características naturales del sistema de ocupación humana son propuestas básicamente para exhortar a explorar y dominar el mundo, el cual es expresado a través del trabajo y el juego.

El modelo de ocupación humana propone tres subsistemas, cada uno de los cuales sirven a diferentes propósitos.

El primero, es el subsistema de volición, el cual guía la elección de acción a través de la causación personal, valores e intereses. El segundo, es el subsistema de habituación y está compuesto por hábitos y roles internalizados. Los hábitos y roles funcionan manteniendo la acción. El tercero es el subsistema de ejecución, el cual funciona produciendo la acción a través de destrezas tales como las sociales, cognitivas y físicas. El proceso de ontogénesis es propuesto para describir el cambio en el sistema de tiempos suplementarios. El cambio en el sistema es el resultado de la interacción de los tres subsistemas que producen la motivación. Estos motivos son primero exploración, luego competencia, y finalmente realización.

La exploración produce destrezas, la competencia produce hábitos, y la ejecución produce roles. En cada estadio de vida, infancia, adolescencia, adultez, y vejez, el proceso de cambio que ocurre a través de los subsistemas es repetido para organizar el comportamiento y en encontrar las demandas del medio. (ver tabla 15).

El mismo proceso es necesario para aprender a salir adelante con una discapacidad. La Terapia Ocupacional puede ser útil en la transición desde un estadio hacia otro para ayudar a la persona a adquirir nuevos intereses, valores y hábitos.

Finalmente la Terapia Ocupacional puede ayudar a la persona a reorganizar el sistema para facilitar la adaptación al medio y restaurar el curso normal de la ontogénesis de la ocupación. El Terapeuta Ocupacional evalúa la cualidad del cambio en términos de trayectoria o dirección del ciclo conductual. En un ciclo benigno el individuo está

determinado para estar completamente desempeñando los requerimientos ocupacionales del medio y estar satisfecho con ese desempeño. En un ciclo vicioso, ni las demandas externas, ni las satisfacciones internas se encuentran.

De acuerdo con Kielhofner y otros el modelo sirve de guía al tratamiento a) identificando conceptos críticos que son atendidos en la evaluación b) proponiendo cómo un comportamiento es organizado y además, de esta manera proporcionando un marco de trabajo para la identificación de la conducta desorganizada c) posicionando a una secuencia de cambios que caracteriza la adaptación y pueda ser usada para organizar la terapia d) proponiendo el concepto de la carrera con estadios de cambio en la ocupación humana, el cual sirve como patrón estandar en evaluación y proveyendo una exploración de la función y la disfunción en los conceptos de ciclos benignos y viciosos, los cuales permiten una explicación de los fracasos del sistema para adaptar y servir como guía en el planeamiento de la reorganización del sistema en terapia hacia un ciclo benigno.

CRÍTICAS Y ANÁLISIS DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA.⁽²⁾

Marco de referencia.

El marco de referencia está basado sobre valores y creencias, los cuales son compatibles con la terapia ocupacional, y ha sido usado como base para otros modelos. El modelo de ocupación humana actualmente es una expansión y elaboración del Modelo del comportamiento ocupacional de Reilly.

Claridad

En general los postulados son mucho más completos que en el modelo de Reilly, excepto en el área de salud, como refiere al hombre y la ocupación. Los ítems son diseñados directamente desde Reilly. No son ofrecidas expansiones o adiciones. Muchos de los conceptos son explicados más adecuadamente que en el modelo de Reilly, pero términos como solución de problemas, propósito con fines determinados, satisfacción y productividad siguen siendo no claros.

El mayor problema ocurre cuando el modelo de sistema y el modelo de desarrollo son combinados pero no integrados. De este modo, los conceptos no son claros en términos de edad, estadios o niveles. Por ejemplo, ¿a qué edad se desarrollan las jerarquías ocupacionales y cambian? ¿cambian las funciones? ¿cómo las categorías de necesidades o motivos y rendimiento refieren una jerarquía de ocupaciones? En suma, no es provista la información acerca de la meta final. No es claro qué necesidad o motivos operan en el subsistema volicional y qué rendimientos del desempeño y sistema volicional son.

Además de esto Michelman ha sugerido que la exploración y la manipulación pueden ser diferenciados como aspectos del juego. La manipulación satisface impulsos o necesidades táctiles y emocionales, mientras que la exploración permite la experimentación con materiales y descubrir sus potenciales. Además la manipulación debería ser incluida como concepto.

El problema expresado en los gráficos previos ilustra la dificultad en la construcción de un modelo, cuando dos modelos diferentes, y sus técnicas, sistemas y desarrollo son usados o puestos juntos en un modelo único. Los conceptos que se corresponden correctamente en un modelo técnico llegan a ser incompletos o inadecuados cuando son usados en otros modelos técnicos. La construcción de un modelo es un trabajo arduo.

Unidades.

El modelo de ocupación humana mantiene el supuesto de que la ocupación es el núcleo central de la terapia ocupacional tanto en el área de estudio como en la disciplina aplicada. Usando el *modelo de sistema* complementado con el *de desarrollo*, el modelo de ocupación humana presenta una jerarquía de subsistemas ocupacionales, funciones y motivaciones.

La terapia, llega a ser además, un proceso de identificación real de problemas potenciales en áreas, y provee programas correccionales comenzando por niveles bajos de dificultad y progresivamente asciende hacia los niveles más altos. Aunque estas ideas fueron presentadas en el modelo de comportamiento ocupacional, ellas son mucho mejor descriptas en el modelo de ocupación humana y de

esta manera facilita la documentación de un servicio único de terapia ocupacional también como el único postulado.

Guía de investigación.

El modelo de ocupación humana proveería un excelente modelo de lineamientos generales de investigación. La jerarquía y los procesos de desarrollo debieran ser confirmados y el elemento estructural de los subsistemas debieran ser expandidos para proveer una mejor información para el desarrollo de instrumentos de evaluación y propósitos de estrategias de intervención.

Especialización.

Este parece no ser un problema en el uso del modelo de ocupación humana en varias áreas de especialización. El modelo usa un continuo desarrollo, el cual incluye todos los grupos de edades. En suma, ésto ha mejorado en relación con el modelo de Reilly. El diagnóstico en grupos de especialización tampoco es un problema, desde que el núcleo es el rol ocupacional y no un signo o un síntoma.

Elaboración y refinamiento.

El modelo provee muchas oportunidades para la elaboración y refinamiento. Hay necesidad de expandir la evaluación y áreas de intervención y refinar los conceptos ya que el modelo anuda la aproximación orientada a la práctica.

Utilidades explicativas.

El concepto de una jerarquía de subsistemas, los cuales son el soporte de la conducta ocupacional es tal vez la más útil idea explicativa. Una idea genera explicaciones de las ocupaciones como un aspecto central de la terapia ocupacional, ilustrando las destrezas, los hábitos y los roles que son necesarios para desarrollar y mantener el comportamiento ocupacional. Además, el modelo sugiere cómo valores,

intereses y causación personal influyen la selección y participación en comportamientos ocupacionales específicos.

Generalidades

La jerarquía de subsistemas es reconocida en el grupo profesional, los cuales han usado por la aproximación sistémica para la construcción de modelos. Las destrezas y los hábitos de rutina son conductas que son reconocidas por muchos profesionales. Por ejemplo, enfermeras y terapeutas físicos están familiarizados en actividades de autocuidado. Pero muchos no pueden, sin embargo, pensar acerca de la importancia y mantención de rutinas de autocuidado, como también en la mantención de destrezas de autocuidado como elementos propios de la persona. Educadores y consultores vocacionales están interesados en las ocupaciones. Aunque ellos podrían no estar concientizados de la necesidad de desarrollar roles ocupacionales.

Modelo práctico.

El modelo podría proveer excelente material para desarrollar la mejor aproximación práctica, tal como evaluación, patrones de identificación de disfunción ocupacional y desarrollo de técnicas específicas, las cuales son de costo efectivo en la ayuda a personas que aprenden o redesarrollan destrezas, hábitos, intereses y valores. El análisis y la crítica aparecen en la tabla 17.

Tabla 17. Modelo de Ocupación Humana. Resumen de criterios.

Criterio de evaluación	Muy Bueno	Moderadamente bueno			Muy pobre
	1	2	3	4	5
Marco de referencia	X				
Claridad		X			
Unidades	X				
Guía para investigación		X ^a			
Especialización	X				
Elaboración	X				
Utilidades	X				
Generalidades	X				
Modelo práctico	X				

X^a El modelo también adecúa nueva evaluación.

La Terapeuta ocupacional brasileña *María Auxiliadora Cursino de Ferrari* en la revista de la Universidade de São Paulo⁽³⁾ realiza una síntesis del Modelo de Ocupación humana donde sostiene, al igual que Reed, que el referido modelo es una continuación del Modelo del Comportamiento Ocupacional de Mary Reilly, pues se fundamenta y utiliza los mismos conceptos principales.

Históricamente la profesión de la T.O. se desarrolló en los principios del tratamiento moral de los enfermos mentales. Con las dos guerras mundiales hubo una gran expansión rápida de la T.O. en el tratamiento de la disfunción física alineándose con la tradición básica de la ciencia reduccionista en la medicina.

Mary Reilly preocupada, inició el desarrollo de un modelo para la práctica en que los T.O. pudiesen accionar sobre el comportamiento de los pacientes y resolver problemas de función que surgiesen asociados con el proceso de enfermedad, desarrollando así el modelo de comportamiento ocupacional. *Kielhofner continúa usando los mismos conceptos principales de la teoría del comportamiento ocupacional* (roles, intereses, valores, motivación personal, motivación intrínseca, ambiente, sistemas abiertos y otros).

Sostiene Cursino, que el modelo de Kielhofner es *apenas la continuación* de la teoría de Reilly, aunque el primero se pueda presentar más completo, las investigaciones en ambas son sobre: influencias culturales sobre el trabajo y la acción, la adaptación humana y el tiempo como organizador del comportamiento, baja motivación, competición, preocupaciones ambientales, habilidades de acción, influencia de la familia sobre el comportamiento del paciente.

Otro aspecto a apuntar es que Kielhofner *intenta combinar el modelo de sistema con el modelo de desarrollo*, pero no consigue integrarlo, no hay claridad en términos de *edad* y ni en el de *estadio*.

Es un modelo que puede ser aplicado en cualquier área de la T.O. en cualquier edad. Es un avance en relación a su teoría el que llega hasta la vejez, donde muestra inclusive la aplicación de su modelo en ese período de la vida. *Medeiros* en su *disertación de maestría* presenta y discute en profundidad el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner, colocando puntos destacados como: " ...Al adoptar la *Teoría General de los Sistemas para nortear la elaboración de una*

“nueva” teoría, no hace nada más que adoptar un lenguaje de las ciencias económicas, sociales y de la naturaleza, aceptándose la analogía de las organizaciones (sistemas) para explicar al individuo, su medio, su producto, su interacción...”

Traducido como “sistema abierto” el hombre más parece una computadora y así cada subsistema puede ser conocido, dimensionado y programado.

Otro punto que Medeiros destaca es respecto a la concepción del hombre. *“ Al hablar de una naturaleza activa en sí del hombre es minimizar la producción social e histórica de tal naturaleza”*. Es ignorar que a medida que una determinada sociedad se organiza, también un modo específico de producción , de concepciones, normas y valores.

Cuestiones como hasta qué punto esa propuesta irá a responder a los problemas sociales tan intensos y tan presentes como la marginalidad social, los conceptos de autoritarismos radicales, la discriminación del hombre y la miseria, la semiesclavitud cultural en que vive la mayoría de la humanidad, el miedo a la bomba atómica, las guerras, la devastación ambiental que amenaza las condiciones naturales de supervivencia, la falta de esperanza de los pueblos oprimidos, la desvalorización de la memoria de nuestros viejos, la falta de tierra y vivienda, son cuestiones que Medeiros también apunta y nos hace reflexionar sobre la limitación de esa “nueva” propuesta.

Finaliza la autora del artículo diciendo: *“Nos resta mucho aún como T.O. investigar sobre **conceptos** como : **Ocupación, acción, actividad** y llegar a elaborar una teoría que contemple e identifique al profesional T.O. en toda su magnitud.*

Respecto a este modelo, la O.T.R. Ann Cronin Mosey en su artículo para la Conferencia anual Eleanor Clarke Slage (1985)⁽⁴⁾ describe dos enfoques del proceso de articulación de la identidad de nuestra profesión: monismo y pluralismo. Los que proponen un enfoque monista recomiendan el desarrollo de una teoría abarcadora, sin embargo la autora sostiene que *...Una teoría abarcadora puede volverse tan vaga que puede ofrecer una escasa guía para la práctica profesional.* Por ejemplo la teoría abarcadora de la Ocupación Humana describe al individuo como ***un sistema abierto*** influenciando y

siendo influido por estímulos externos. Frente a los cuales responde el individuo, recibe su feedback o retroalimentación, altera su comportamiento, recibe más feedback y el ciclo continúa. Cuando todo marcha bien, el paciente se transforma en un individuo más funcional. El problema que aquí surge es ¿Qué estímulos externos? Cuando un terapeuta asiste a un individuo que sufre de trastornos de alimentación (en contraposición a uno que haya sufrido quemaduras de tercer grado), ¿de cuáles estímulos externos debe disponer el terapeuta? .El modelo de Ocupación Humana ¿proporciona dicha información? ¿existen algunas teorías abarcadoras que proporcionen dicha información?

Modelo de Ocupación Humana en la Práctica

A continuación realizaré una breve exposición del abordaje del Modelo de Ocupación Humana *en la práctica* , basado en el Curso internacional de postgrado de Terapia Ocupacional dictado en la Universidad de Quilmes en septiembre de 1996 por Carmen Gloria de las Heras M.S. O.T.R.⁽⁵⁾

Es menester destacar que no es el objetivo de esta investigación, la profundización en el estudio de cada una de las **evaluaciones** , (**descriptas a continuación**) sino, a modo ilustrativo, mostrar la evolución dinámica del modelo, a través de las mismas y de los principios de intervención, y para comparar con los artículos escritos a fines de la década pasada y comienzos de la presente presentados anteriormente.

Principios de Intervención

Principios generales:

1. **La terapia es un evento que se integra a una vida en progreso y debe ser entendido y tomado en ese contexto.**
- Consideración del pasado y futuro de la persona.
 - Consideración del sentido y objetivos personales.
 - Consideración de la evolución de la volición.

- Presente entre lo que ha surgido del pasado y la proyección hacia el futuro.
- 2. El énfasis para el cambio debe ser la acción o proceso en el cual se basa el sistema humano.**
- Otorgar capacidades de proceso adaptativo que reemplace la mala función adaptativa, y disminuir el impacto de cualquier disfunción en la historia.
 - Enfoque en función para superar la disfunción.
- 3. Los cambios pueden y deben ocurrir en muchos aspectos del sistema humano simultáneamente.**
- Integración de todos los aspectos y dimensiones.
 - Reconocimiento del ser integral y de la recíproca influencia de todas las dimensiones incluyendo las dimensiones ambientales.
 - Reconocimiento de los múltiples factores que influyen en la función humana.
- 4. El cambio es a menudo desordenado.**
- Cambios incluyen períodos de estabilidad e inestabilidad.
 - Cada cambio logrado implica el desafío a uno nuevo y más complejo.
 - El rol de la terapia a menudo es proveer el entusiasmo en cada momento de desesperanza para retomar energías hacia el nuevo desafío.
- 5. La terapia debe incluir la experimentación para encontrar las mejores soluciones.**
- Cada cambio necesita la experiencia de intentar y redescubrir nuevas estrategias de adaptación y aprendizaje.
 - La acción de la terapia es dirigida a apoyar nuevas estrategias de las personas a quienes servimos.
 - Las estrategias elegidas son distintas para una persona y otra.

- Ofrecer sugerencias y oportunidades de tratar nuevas alternativas es uno de los apoyos más útiles que los terapeutas ocupacionales pueden otorgar para el proceso de cambio.
6. **La única herramienta que los terapeutas tienen es cambiar el ambiente relevante para apoyar o facilitar un cambio en el sistema humano.**

Principios de Cambio Volicional.*

1. **La participación, experiencia, interpretación y elección volicional son la base de lo que se denomina “sentido” en la terapia.**
- Selección cuidadosa de las formas ocupacionales que son más relevantes para la volición del paciente.
 - Búsqueda constante de información acerca de cómo experimenta el paciente la situación con el objetivo de maximizar la experiencia.
 - La interpretación personal acerca del cambio y los nuevos sentimientos de sí mismo son importantes en la proyección futura de la propia volición.
 - Los terapeutas pueden realizar la experiencia de elección otorgando oportunidades y apoyando elecciones personales.

* **Nota:** Los principios se han ordenado de acuerdo a la jerarquía de los subsistemas del modelo.

2. **El cambio volicional significa el encontrar una dirección para las narrativas personales.**
- Cada persona con discapacidad debe descubrir y participar en forma de pensar y actuar que lleven a un estilo de vida posible frente a las limitaciones de capacidad y desafío del ambiente.
 - La terapia ocupacional puede jugar un rol importante en ayudar a las personas a reconstruir y vivir sus historias de vida.

Principios de Cambios en la Habitación.

1. **Los hábitos y los roles son por naturaleza difíciles de cambiar, ya que su función básica es conservar los patrones de comportamiento; por lo tanto la práctica mantenida es necesaria para solidificar su cambio.**

2. La habituación organiza el comportamiento para ambientes específicos, por lo tanto los hábitos nuevos deben ser aprendidos en nuevos ambientes.

- Práctica de hábitos en ambientes reales y de elección.
 - Práctica de hábitos en ambientes donde la persona frecuentará más.
3. La pérdida de roles y hábitos requiere un reemplazo pronto por nuevos roles y hábitos.
4. La adquisición de un nuevo rol y sus hábitos relacionados es un proceso de socialización y negociación.
- Negociación del terapeuta en lugares específicos.(ej. rehabilitación laboral.)
 - Consejería y apoyo en la asumisión de nuevos roles.
 - Modificación de tareas y ambiente físico.

Principios de Cambio en la Función y las Habilidades.*

1. Los cambios en la habilidad debe ser el objetivo primario de la terapia.

- El desarrollo de las habilidades funcionales promueve automáticamente el desarrollo de las capacidades básicas.
- * Estos principios son los correspondientes al subsistema de ejecución del modelo.
- El desenvolvimiento en las tareas de la vida real favorece automáticamente el uso de las habilidades necesarias para su ejecución.

2. El cambio en la función puede incluir el aprendizaje de diferentes configuraciones de habilidad.

- El aprendizaje de habilidades remanentes reemplaza a aquellas deficitarias necesarias para una determinada área.

3. Las formas ocupacionales tienen una influencia poderosa en los cambios en las habilidades.

- Las formas ocupacionales que consideran la relevancia cultural, social y de procedimientos y objetivos entregan contextos enriquecedores que ayudan a reorganizar las habilidades luego de la disfunción.

Evaluaciones.

1. *Entrevista Histórica del Funcionamiento Ocupacional (O.P.H.I.).*

Esta entrevista tiene como objetivo buscar información acerca del funcionamiento ocupacional de las personas en el pasado y en el presente. Está diseñada como una entrevista genérica para ser usada con pacientes con una variedad de diagnósticos. La entrevista se compone de dos partes. *La primera*, la entrevista misma, consiste en un grupo de preguntas recomendadas que cubren cinco áreas distintas relevantes al funcionamiento ocupacional. El terapeuta usa estas preguntas (o la modificación de éstas) para conducir la entrevista, con la seguridad de cubrir las cinco áreas de contenido diferentes. Adicionalmente, estas preguntas se acompañan por un grupo de objetivos que guían al terapeuta en el tipo de información que debe ser recolectada en cada área de contenido. *La segunda* parte de este instrumento consiste en una escala de evaluación que mide las cinco áreas de contenido en el pasado y en el presente y en un resumen narrativo de los resultados.

2. *OCAIRS.*

El OCAIRS reúne datos de las categorías en el método de análisis de casos para el Modelo de Ocupación Humana y permite una medición objetiva de la información clínica. El método de análisis de casos une la teoría a la práctica al brindar un sistema de recolección, registro y análisis de los datos clínicos.

Este es considerado como semiestructurado. Contiene preguntas específicas con una secuencia predeterminada. Las preguntas son designadas para extraer la información particular vinculada al modelo teórico.

3. *Entrevista del rol del Trabajador (W.R.I.).*

La entrevista del rol de Trabajador (W.R.I.) es una entrevista semiestructurada para ser usada como un componente psicosocial y ambiental de la evaluación inicial de la rehabilitación para el trabajador accidentado. La entrevista está diseñada para que el paciente discuta varios aspectos de su vida y del lugar de trabajo que son asociados con la experiencia del pasado. La Entrevista del Rol del Trabajador combina información de la entrevista y observaciones realizadas durante la evaluación física y funcional de una evaluación de capacidades físicas y del trabajo que dependerá del lugar o institución. La intención es identificar las variables psicosociales y ambientales que pueden influenciar la habilidad del trabajador accidentado para volver al trabajo.

4. *Historia Ocupacional. (O.H.).*

Esta evaluación no está desarrollada, sino, que consta de una ficha con un cuestionario extenso destinado a diversos roles (estudiante, dueño de casa, jubilado etc).

5. *Autoevaluación del Funcionamiento Ocupacional. (S.A.O.F.).*

El propósito de esta evaluación es identificar los puntos fuertes del cliente (paciente) y considerar en qué áreas ha tenido problemas en su funcionamiento diario. Esto lo ayudará al paciente, y a su terapeuta ocupacional a planificar programas de tratamiento significativo.

6. *Cuestionario Volicional. (V.Q.).*

El cuestionario volicional está diseñado para evaluar los componentes volicionales en personas que tienen limitaciones en capacidades cognitivas y verbales. La herramienta contiene catorce afirmaciones volicionales que tienen como objetivo representar a los diferentes aspectos de la volición.

7. *Pautas de Habitación. (No fue desarrollada).*

8. *Pie de vida. (No fue desarrollada)*

9. *Chequeo o listado de Roles. (R.CH.)*

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que el paciente lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

10. *Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (A.M.P.S.)*

La determinación de habilidades motoras y de proceso (AMPS) es una determinación de observación que permite la evaluación simultánea de las capacidades de adaptación conceptuales, organizacionales, y de atención del individuo en relación con el equilibrio, la movilidad, la coordinación y las capacidades de fuerza que tiene un impacto en conjunto sobre la capacidad del individuo para desarrollar trabajos de vida diarios y funcionales. Es decir, es una determinación de habilidades en la organización y ejecución del desarrollo del trabajo de vida diario según lo ha demostrado la realización oportuna, eficiente y efectiva de un trabajo específico.

Las habilidades motoras son las capacidades de movimiento y postura, son las capacidades que proporcionan la base para el movimiento de sí mismo y los objetos necesarios para la ejecución hábil de trabajos de vida diarios. Las habilidades de proceso son las capacidades y habilidades que se usan para el aprendizaje y manejo de procesos de ejecución de trabajos de vida diarios. Las habilidades motoras y de procesos pueden ser automáticas o conscientemente controladas, dependiendo de la complejidad del trabajo, la originalidad del trabajo o del ambiente de trabajo, o del estado general del despertar del individuo. (Fisher, Bryze, & Kielhofner 1988) Por ejemplo, trabajos muy familiares como conducir al trabajo o lavarse las manos son generalmente automáticos, mientras que jugar al golf por primera vez o aprender un nuevo oficio requiere que el individuo utilice un esfuerzo conciente en la planificación y ejecución del trabajo.

La determinación es simple de administrar y portátil. No requiere equipo especial y puede ser administrada en cualquier lugar pertinente, en un período de treinta a cuarenta y cinco minutos. Además, puesto que será diseñado para ser muestra gratis, puede ser administrado en la

mayoría de los adolescentes, adultos o poblaciones mayores de edad por las que hay preocupación acerca del desarrollo funcional.

La evaluación de habilidades Motoras y de Procesamiento han sido propuestas para ser usadas como una evaluación observacional del desempeño de un paciente en las actividades por él elegidas, para determinar si un paciente tiene un déficit motor o de procesamiento. Una población adecuada, incluye adolescentes, adultos, y personas mayores con un desarrollo psicosocial, neurológico o de condiciones ortopédicas que podrían afectar la independencia o desempeño ocupacional. El propósito secundario es identificar las áreas de déficit que podrían ser objetivo de intervención. El conocimiento de que un tipo de ítem conceptual de habilidades presenta dificultades, combinando con la habilidad para estimar el punto en el cual un individuo encontrará difícil una tarea considerada fácil o de mayor dificultad, proveerá la información precisa para la elaboración de un programa efectivo de intervención.

11. Evaluación de Habilidades de Comunicación / Interacción (A.C.I.S.).

No fue desarrollado como las otras evaluaciones, consta del instrumento para el registro de evaluación en los dominios físico, lenguaje, relaciones, intercambio de información, reconocimiento, envío, tiempo, y coordinación.

12. Cuestionario Ambiental de Dunning.

Helen Dunning desarrolló este cuestionario en un intento de sistematizar un modelo que relaciona a la persona con el medio ambiente. Ella conceptualiza este modelo como un filtro que examina las tareas físicas, sociales y ambientales en la cual la persona está situada de acuerdo a las posibilidades de ese medio, de modificación a las preferencias del individuo, en otras palabras, en términos del medio ambiente físico. Observa cuáles son las características físicas, de la persona en su hogar y en la comunidad, cómo puede cambiarlas y cuáles son sus preferencias actuales de la persona para hacer arreglos del ambiente físico.

Contenido: El cuestionario cubre la información biográfica, cuestiona al individuo acerca del ambiente físico en el cual vive, interroga sobre la descripción de las pertenencias personales y la percepción de cualidades tales como seguridad privada y espacio, abarca el uso del tiempo, tanto social como privado y pregunta acerca de las preferencias en ambos e intenta identificar las limitaciones del ambiente en el uso del tiempo.

Método: El cuestionario es administrado como una entrevista estructurada y requiere de 45 minutos a 1 hora para realizarlo.

Confiabilidad: La confiabilidad no se ha confirmado debido a que el instrumento fue desarrollado como una parte de un estudio exploratorio y no se ha usado en investigaciones posteriores.

Validez: El instrumento tiene validez de forma por tanto el propósito de cada pregunta es medir el fenómeno bajo investigación. (Dunning 1972).

Un pre-test en 10 pacientes ambulatorios hizo posible la identificación de las tareas físicas, sociales, y ambientales y evaluó con cierta extensión la relación entre las preferencias del individuo y las posibilidades de cambio.

Población: El instrumento fue designado para el uso de pacientes psiquiátricos ambulatorios.

13. Escala de Juego.

No está desarrollado pero hay una pequeña ficha con 2 ítems.

14. Historia de Juego.

No está desarrollado pero con el protocolo se entregó una ficha con 5 ítems que consta de : información general, experiencia de juego previo, examinación actual del juego, descripción del juego, prescripción del juego. Y una interpretación del juego usando el modelo de la ocupación humana.

Modelos Descriptivos: Areas de desempeño

(Cognitivo y Sensoriomotor) Modelos Neurobiológicos ⁽⁶⁾

Integración Sensorial - Ayres, Jean.

MARCO DE REFERENCIA.

La integración sensorial fue introducida por A. Jean Ayres, PHD, OTR en 1968. Los conceptos se desarrollaron de su trabajo anterior asociado con desórdenes visuales y motrices. La teoría está basada en las contribuciones del modelo del desarrollo realizado por Gesell y Piaget , y otros sobre estimulación sensorial y privación, de Harlow , Held y otros y conceptos neuropsicológicos organizados por Rood. El punto central es cómo el cerebro procesa las sensaciones y organiza una respuesta. Aunque los modelos de sistemas no son identificados, la influencia está presente en la descripción del procesamiento sensoriomotor.

El concepto de disfunción integrativa sensorial de Ayres es la dificultad que tienen algunos niños para integrar la información sensorial. Asume que la falta de integración sensorial está asociada con problemas de aprendizaje identificados en educación como discapacidades en el aprendizaje. Aunque el marco de referencia es similar a los modelos discutidos en neurobiología, la especial atención al desarrollo sensorial y la organización y el impacto del modelo sobre la profesión requiere un comentario separado.

SUPUESTOS O POSTULADOS SOBRE LA FUNCIÓN Y DISFUNCIÓN DEL CEREBRO.

- 1) El cerebro está diseñado para seguir una secuencia de desarrollo, en forma ordenada, predecible e interrelacionada .
- 2) Las etapas de desarrollo temprano han sido preprogramadas dentro del cerebro humano en el momento de la concepción pero la experiencia ontogenética es necesaria para la expresión plena de sus facultades inherentes.
- 3) Cada estadio es asimilado y construido sobre uno anterior.

- 4) Tanto las funciones cerebrales superiores como las inferiores son productos del desarrollo evolutivo.
- 5) Los desarrollos evolutivos más recientemente adquiridos son más vulnerables a la disfunción.
- 6) Cuando el desarrollo del cerebro es desviado de la norma, la conducta resultante es a menudo recordatoria de los niveles bajos de la escala filogenética (phyletic).
- 7) Los desórdenes de aprendizaje reflejan alguna desviación en la función neural.

SUPUESTOS O POSTULADOS SOBRE LA INTEGRACIÓN SENSORIAL, DESARROLLO Y FUNCIÓN.

- 1) La convergencia intermodal ocurre en todos los niveles del cerebro.
- 2) Las modalidades sensoriales más comunmente referidas que muestran convergencia son visual, auditiva, táctil, vestibular y propiocepciones.
- 3) Los procesos de integración sensorial resultan de la percepción y otros tipos de síntesis de datos sensoriales que permiten al hombre interactuar efectivamente con su medio.
- 4) El potencial innato para el desarrollo de la integración sensorial y su conducta adaptativa relacionada, es un substrato para el desarrollo individual.
- 5) Los mecanismos integradores sensoriales maduran en asociación con la interacción adaptativa motriz con el medio.
- 6) Las respuestas adaptativas motoras imponen una organización sobre el "input" sensorial.
- 7) La efectividad de la respuesta depende de la exactitud y la precisión del input sensorial y del feedback de las respuestas.
- 8) Esta es la esencia y secuencia *sine qua non* de la integración sensorial para comprender su percepción y los requisitos de aprendizajes académicos tempranos.

SUPUESTOS O POSTULADOS SOBRE INTEGRACIÓN VESTIBULAR Y POSTURAL.

- 1) Antes que un organismo pueda referirse a sí mismo en el medio éste

- debe tener algún concepto sobre espacio.
- 2) En el hombre este concepto de espacio comienza con el sistema vestibular activado por la gravedad y la motricidad.
 - 3) El sistema vestibular es crítico para el sistema de respuesta postural.
 - 4) Las respuestas posturales abarcan la relación dinámica del cuerpo con la fuerza de gravedad.
 - 5) Las respuestas posturales abarcan reacciones reflejas que son programadas dentro del sistema nervioso, o patrones de movimiento los cuales son básicos para las secuencias del desarrollo.
 - 6) Los reflejos posturales primitivos deben ser integrados dentro del sistema sensoriomotor antes que las reacciones posturales ontogénicamente más maduras y normales que puedan desarrollarse.
 - 7) El sistema vestibular es el mediador del reflejo tónico laberíntico (TLR), las reacciones de enderezamiento y de equilibrio.

SUPUESTOS O POSTULADOS SOBRE PLANEAMIENTO MOTOR Y ESQUEMA CORPORAL.

- 1) La información vestibular y otros propioceptores provienen desde del movimiento dentro del medio, un mapa modular desarrollado del ambiente al cual el cuerpo se refiere.
- 2) El cuerpo es el centro del esquema del medio ambiente, y la concepción del medio ambiente solo existe en relación con el cuerpo.
- 3) El planeamiento de una tarea no familiar o que no ha llegado a ser automática requiere el conocimiento sensoriomotor de los diferentes elementos anatómicos del cuerpo y sus potenciales movimientos especialmente en relación con cada uno de ellos.
- 4) El planeamiento motor o praxis depende de la integración sensorial.
- 5) La dificultad en la formulación de un plan motor es considerado primariamente como una reflexión de una integración sensorial inadecuada, especialmente del input táctil y cinestésico.
- 6) El esquema corporal es el substrato neurofisiológico del cual la persona está solamente semiconciente y desde el cual los esquemas son formulados.
- 7) El esquema corporal es el producto final de la integración intersensorial.
- 8) El esquema corporal provee un modelo intacto y a su vez cambiante

del cual puede implementarse otros esquemas.

SUPUESTOS O POSTULADOS RELACIONADOS CON LA FUNCIÓN INTERHEMISFÉRICA. (BRAINSTEM LEVEL).

- 1) El mecanismo de integración interhemisférico está funcionalmente asociado con los reflejos y reacciones posturales.
- 2) Las conexiones neurales innatas que sirven a los reflejos posturales y a los patrones centrales de respuestas proporcionan una formación para los movimientos más críticamente planeados.
- 3) Los mecanismos interhemisféricos (brainstem) sirven como un rol crítico en el sistema neural y éste frecuentemente no funciona en el aprendizaje en niños con discapacidad.

SUPUESTOS O POSTULADOS ACERCA LAS FUNCIONES INTERHEMISFÉRICAS (CORTEX LEVEL)

- 1) En el hombre la simetría bilateral en el nivel neocortical le da paso a la asimetría para localizar su función para una mejor especialización y adaptación.
- 2) La optimización de la función cerebral se da cuando los dos hemisferios cerebrales son libres para diferenciar y especializar antes que la información de un hemisferio sea disponible al otro hemisferio.
- 3) La capacidad de especializar la función en el hemisferio cerebral es generalmente considerada como una base neural óptima para el aprendizaje.
- 4) La interacción entre los dos hemisferios mediante el cuerpo caloso permite a los dos hemisferios asistirse en el aprendizaje somato-sensorial y resultan en coordinación bilateral motriz, pero en niveles más altos cada hemisferio trabaja independientemente.
- 5) Sin la función integracional de cruzamiento capacitada por el cuerpo caloso, las facultades que sufren son aquellas asociadas con la dominancia cerebral, tales como los procesos de diferenciación lateral, especialmente orientación espacial y pensamiento abstracto.
- 6) La inadecuada comunicación interhemisférica trabaja en cada hemisferio independientemente, lo que hace lento el proceso de

ciertos tipos de aprendizajes como el trabajo visual o somato-sensorial.

- 7) La falta de una integración sensorial adecuada incluye dificultad en la coordinación de las manos, tendencia a evitar el cruzamiento de la línea media, el uso de una mano en un lado del cuerpo y la otra mano en el otro y dificultad en la discriminación derecha-izquierda.

SUPUESTOS O POSTULADOS SOBRE EL DESARROLLO Y FUNCIONES DE LOS SISTEMAS VISUALES.

- 1) El aprendizaje para percibir el esquema del medio, evolucionó a través de millones de años mediante asociaciones vestibulares, procesos locomotor y oculomotor.
- 2) La evolución de percepción visual comenzó con la percepción de la gravedad y el sentido del movimiento, y usando esa información para hacer respuestas posturales y locomotoras relacionadas con el medioambiente, proveyendo con los músculos de los ojos un aspecto esencial del sistema postural musculoesquelético.
- 3) Hay modelos duales de visión: ambiental y focal.
- 4) Hay una constante interacción entre los músculos extraoculares, el sistema vestibular y los músculos del cuello.
- 5) La activación de los reflejos posturales y la contracción de los músculos del cuello en contra de la resistencia ayuda al desarrollo del control de los músculos extraoculares.

SUPUESTOS O POSTULADOS SOBRE TERAPIA OCUPACIONAL.

- 1) La Terapia Ocupacional fue originalmente pensada para ayudar a las personas con desventajas motora y conductual configurando respuestas adaptativas que les permitan mejorar su propia condición.
- 2) Los terapeutas ocupacionales ayudan a los pacientes a desempeñar las actividades con propósito .
- 3) Hacer actividades físicas con propósito es mejor que pensar o hablar acerca de ellas y es la mejor forma de mejorar el funcionamiento humano cuando el problema yace en el funcionamiento del cerebro.
- 4) Una de las principales razones por las que el movimiento es empleado es por los efectos sensoriales que produce.
- 5) Estímulos multisensoriales son más efectivos que los emitidos desde

una sola modalidad.

CONCEPTOS.

A Básicos.

Integración: Interacción y coordinación de dos o más funciones de procesos de manera que enriquezcan la adaptación de las respuestas del cerebro.

Integración sensorial: Habilidad para organizar la información sensorial para su uso.

Disfunción integral sensorial: Irregularidad o desorden en el cerebro dificulta el input para la integración sensorial.

Terapia integrativa sensorial: Tratamiento que incumbe la estimulación sensorial y las respuestas adaptativas de acuerdo a las necesidades neurológicas del niño.

Respuestas adaptativas: Una acción apropiada por la cual el individuo responde exitosamente a las demandas del medioambiente.

Terapia Ocupacional: Una profesión que emplea la actividad con propósito para ayudar al paciente a configurar respuestas adaptativas que permitan al sistema nervioso a funcionar más eficientemente.

B. Sistemas Sensoriales.

Sistema Vestibular: El programa sensorial con receptores que responde a la gravedad y para acelerar o desacelerar movimientos y todo mecanismo neuronal influenciado por el input sensorial desde aquellos receptores.

Propiocepción: Sensación de músculos y articulación que informan al cerebro cómo los músculos se contraen o elongan y cuándo y cómo las articulaciones se flexionan, extienden o aproximan.

Visión ambiental: Se usa para percibir el espacio con el cual el cuerpo está relacionado y es función del cerebro medio.

Visión Focal: percibe pequeñas áreas detalladamente y es específicamente una función del neocortex.

Sistema táctil: Input sensorial de la piel.

C. Métodos de integración neural.

Integración intersensorial: Capacidad para asociar información de una o dos modalidades sensoriales distintas.

Influencia centrífuga: La regulación del input sensorial por medio del control de un impulso en el receptor sensorial y en cada unión mayor en las series de las neuronas que conducen el impulso hacia el cortex.

Regulación mediante feedback: Recepción de información continua sobre los resultados de nuestras acciones sobre el medio ambiente.

Balanceo excitatorio y actividad neural deprimida: aumento o supresión de respuestas para fluir respuestas aferentes.

D. Mecanismos Integradores.

Praxis o planeamiento motor: Habilidad del cerebro para formarse idea de algo, ordenar y llevar a cabo una secuencia de actividades desconocidas.

Esquema corporal: Conocimiento sensoriomotriz de los diferentes elementos anatómicos del cuerpo.

E. Respuesta motora normal.

Reacciones posturales: Contracciones automáticas musculares que mantienen el cuerpo balanceado. La facultad de cambiar posiciones sin perder el equilibrio o estabilidad.

Movimientos posturales de información básica: Los movimientos sutiles y espontáneos de ajuste del cuerpo, como movimientos de apertura de la mano que permiten alcanzar fácilmente un objeto que está a distancia.

Nistagmus (postrotary): Los movimientos reflejos horizontales de los ojos seguidos de detenciones abruptos luego de una serie de rotaciones del cuerpo a una velocidad constante.

F. Problemas y síndromes de integración sensorial.

Desorden bilateral vestibular: Causado por una baja respuesta vestibular y caracterizado por nistagmus de corta duración, pobre integra-

ción de ambos lados del cuerpo y cerebro y dificultad para aprender a leer o contar.

Desórdenes vestibulares hiperactivo: Descripto como un niño que tiene un sistema vestibular más reactivo al input vestibular. El niño responde siendo inseguro o intolerante al movimiento.

Desarrollo de dispraxia o apraxia: Una disfunción del cerebro que impide la organización del tacto, y a veces vestibular y propioceptiva, sensitiva e interfieren con la habilidad del esquema motor.

Inseguridad postural o gravitatoria: Una ansiedad anormal y angustia causado por una inadecuada modulación de inhibiciones de las sensaciones que surgen cuando los receptores gravitatorios del sistema vestibular son estimulados por el movimiento o posición de la cabeza.

Defensa táctil: La tendencia a reaccionar negativa y emocionalmente a sensaciones táctiles.

Problemas de percepción visual en el espacio y de la forma: Se describe como la dificultad en la comprensión de las dimensiones del espacio y relación del cuerpo con el espacio.

Negligencia unilateral y funciones del hemisferio derecho: Tendencia del niño a evitar movimientos hacia el lado izquierdo del espacio (en relación con el cuerpo) o incorporar el lado izquierdo del cuerpo dentro del esquema ambiental.

Desorden del lenguaje auditivo: Se describe como problemas posturales y de integración bilateral, praxias y percepción visual.

RESULTADOS ESPERADOS.

- 1) Proveer y controlar input sensorial, especialmente el sistema vestibular, músculos y articulaciones.
- 2) Facilitar la formación de respuestas adaptativas que integran sensaciones sensoriales.
- 3) Desarrollo de más precisión en la percepción del cuerpo.
- 4) Normalización del tacto y del sistema de defensas táctiles del niño.
- 5) Reducir hiperactividad y energizar el sistema nervioso para más actividades con propósito.
- 6) Incrementar el patrón flexor del niño con dispraxia.
- 7) Desarrollo de reacciones posturales y de equilibrio.
- 8) Mejorar planeamiento motor.

- 9) Mejorar la percepción visual a través del input cerebral.
- 10) Proveer una base para los procesos cerebrales como el lenguaje y la lectura, y el movimientos de las mano y dedos para la escritura y el uso de herramientas.

EVALUACIÓN.

Ayres ha desarrollado dos test estandarizados y una serie de observaciones clínicas. Las pruebas evalúan las siguientes áreas de función:

1. Somatosensorial.

- a) Doble estímulo táctil: Dos estímulos táctiles son aplicados simultáneamente a cualquiera de las mejillas y las manos del niño quien luego identifica donde fue tocado.
- b) Identificación de dedos: El niño señala el dedo que fue tocado por el examinador sin verlo.
- c) Grafoestesia: El niño copia en el dorso de su mano, lo previamente dibujado por el examinador en la superficie de su mano.
- d) Kinestesia: Con la vista ocluida, el niño intenta localizar el dedo en el punto donde previamente ha sido tocado por el examinador.
- e) Localización del estímulo táctil: Se espera que el niño localice con el dedo, la mano o antebrazo previamente tocado por el examinador.

2. Motor.

- a) Coordinación motor bilateral: Para el desempeño de este test se requiere movimientos suavemente ejecutados y de la interacción entre ambas extremidades superiores.
- b) Imitación de posturas: El niño debe adquirir ciertas posiciones demostradas por el examinador.
- c) Precisión motriz: Se requiere que el niño dibuje una línea sobre otra línea ya impresa.
Balanceo corporal con ojos abiertos y cerrados: Demuestra la habilidad que tiene el niño para sostenerse sobre un pie con ojos cerrados o abiertos

3. Espacio y forma.

- a) Copia de diseño: Trabajo visual por el cual debe duplicar el diseño sobre una cuadrícula de puntos.
- b) Figura fondo: Las figuras son superpuestas para que elija la figura delantera de la trasera.
- c) Percepción manual de la forma: El test requiere el manejo de igualar visualmente una forma geométrica sostenida en la mano. (podría ser incluida bajo lo somatosensorial).
- d) Posición en el espacio: Formas geométricas simples son presentadas para su reconocimiento en diferentes orientaciones y secuencias.
- e) Visualización en el espacio: Tableros con formas son usados para la percepción visual de formas y espacios a través de la manipulación visual de objetos en el espacio.

4. Nistagmus.

- a) Nistagmus (postrotary) Se lo muestra al niño y se lo hace rotar 10 veces en 20 segundos, luego se detiene y se cuenta el número de nistagmus por segundos.

5. Otros.

- a) Cruzar la línea media del cuerpo: El niño imita al examinador cuando este se señala los ojos o las orejas.
- b) Discriminación derecha e izquierda: Se pide al niño que indique el lado derecho y el izquierdo en el examinador y en relación con la ubicación respecto a un objeto.

Las observaciones clínicas miden : a) hiperactividad o distractibilidad, b) defensa táctil, c) tono muscular, d) preferencia ocular, e) movimientos oculares que cruzan la línea media, seguimiento, convergencia y localización rápida. f) habilidad para desempeñarse con movimientos lentos. g) pronosupinación. h) tacto con el pulgar, i) movimiento de la lengua y labio, j) cocontracción del brazo, hombro y cuello, k) inseguridad postural de la posición supino, l) movimientos posturales básicos, m) reacciones de equilibrio en prono, cuadrupedia y

sentado. n) reacción de defensa. o) postura de extensión del brazo-Schilder , p) postura prona en extensión. q) reflejo tónico cervical simétrico, r) reflejo tónico cervical asimétrico, s) posición supina flexionada, t) movimientos coreoatetósicos y u) uso del campo visual contralateral.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.

1. *Medios y modalidades.*

- a) Actividades lúdicas.
- b) Individual.
- c) Grupo de pares.

2. *Métodos, técnicas, aproximaciones.*

a) General.

1. Permitir al niño elegir actividad y tiempo requerido.
2. Guiar la selección de actividades y controlar el período de tiempo.
3. Proveer de asistencia disponible o balanceo en el equipamiento y gradualmente sacar estos soportes.
4. Sugerir temas de juego para mantener el interés.
5. Aumentar la complejidad de la actividad para mantener su interés.

b) Ejemplos específicos.

1. Actividades para la estimulación vestibular.

- a. Hacer girar al niño sobre sí mismo o tenerlo sentado o suspendido en una hamaca o desde un punto común.
- b. El niño se acuesta sobre una patineta y hacerlo girar.
- c. Rolar sobre el piso.

2. Actividades para la estimulación táctil.

- a) Frotar la piel con una toalla.
- b) Ligero cepillado.
- c) Acostarse sobre una alfombra.

3. Tono extensor -inversión del reflejo tónico laberíntico (RTL)

prono flexión.

- a) Vibraciones del abdomen para estimular músculos extensores.
- b) Usar patineta cuesta bajo sobre la panza.

4. Inhibición del reflejo tónico cervical (RTC)

- a) Las cuatro posiciones, girar la cabeza, elevar una pierna para promover reacciones de equilibrio y flexionar el brazo a nivel del maxilar inferior para promover la reacción de apoyo positivo.
- b) Vibración a extensores.
- c) Rolar para promover la extensión del cuello.

5. Estimulación de la sinergia flexora.

- a) Mecerse hacia atrás y adelante asistido por un sostén.
- b) Usar patineta en rampa hacia abajo y alcanzar con las manos un objeto que está colgado al alcance de los niños.

6. Estimulación extensión protectora.

Rolar transversalmente encima de un barril y sostenerse poniendo las dos manos en el piso.

7. Estimulación la rotación sinérgica.

Usar piezas de madera con dos manijas con tope y tres pelotitas con municiones en el fondo de una mesita rodante, con las rodillas del niño haciendo tope, agarrando las manijas y moviendo a lo largo de una figura en ocho.

8. Desarrollo de destreza motora.

- a) Andar en patineta en una rampa hacia abajo y meterse en el interior de un tubo y salir del mismo con una pierna flexionada por la rodilla.
- b) Parado, con una pelota colgada atrás, patearla.

9. Integración bilateral. Integrar ambos lados del cuerpo.

- a) Realizar ejercicios en arena, arcilla los cuales que requieran el cruce de la línea media.
- b) Mover banderas bilateralmente y cruzando la línea medio.

C) Secuencias.

1. Integración bilateral y postural de la integración vestibular bilateral.
 - a) Normalización del tacto y sistema vestibular en general.
 - b) Inhibición de reflejos posturales arcaicos.
 - c) Desarrollo de reacciones de equilibrio.
 - d) Normalización de los movimientos oculares.
 - e) Aumentar la coordinación de la función sensoriomotora de ambos lados del cuerpo.
2. Desarrollo de dispraxia o apraxia.
 - a) Normalización de los sistemas táctil y vestibular en general.
 - b) Inhibición de los reflejos posturales arcaicos.
 - c) Desarrollo de reacciones posturales, coordinación y percepción corporal.
 - d) Incremento de las destrezas motoras.
 - e) Incremento de las oportunidades de destrezas motoras.
3. Defensas táctiles.
 - a) Inhibir o normalizar la respuesta táctil protectora.
 - b) Promover balance entre el sistema protector y discriminatorio táctil.
 - c) Normalizar las zonas de la piel menos defensivas.
 - d) Favorecer respuestas adaptativas.
4. Especialización hemisférica.
 - a) Aumenta el input táctil propioceptivo y vestibular especialmente en hemicuerpo comprometido.
 - b) Facilita ajustes y respuestas posturales.
 - c) Incrementa el uso del reflejo orientado hacia el lado afectado.
 - d) Estimular el uso de la coordinación óculo-manual y otras tareas motoras.
5. Desarrollo de la percepción visual.
 - a) Normalizar el mecanismo reticular a través de estímulos tales como vestibular, táctil, e input propioceptivos.

- b) Activar y conducir para una madurez apropiada acorde a la edad del niño mediante mecanismos oculares y posturales del cerebro.
- c) Comprometer musculatura del cuello en contracción contra resistencia.
- d) Comprometer en actividades que relacionen el cuerpo con objetos en el espacio y proveer input extrasensorial desde el cuerpo relacionado con la actividad.
- e) Actividades manipulatorias que envuelven ojo y mano relacionadas la forma y el espacio, y el campo visual.
- f) Diferenciar entre estímulos visuales sobre la base de una configuración o percepción de una área focal de mínima.

3. *Materiales.*

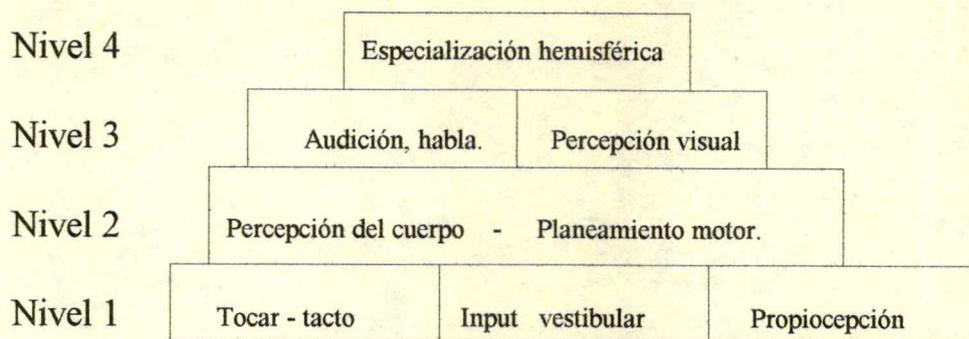
- a) patineta.
- b) hamaca y soporte.
- c) hamaca sobre plataforma.
- d) rampa.
- e) redes suspendidas por ganchos.
- f) elementos inflables de plásticos.
- g) juego de la jungla.
- h) alfombras.
- i) tablas.

4. *Prerequisitos y Precauciones.*

Todos los niños que recibe estimulación vestibular deberían ser observado atentamente por:

- a) enrojecimiento o palidez .
- b) transpiración.
- c) náuseas.
- d) pérdida de la conciencia.
- e) indicación y respiración reducida.
- f) disminución de latidos de corazón.

Tabla 18: Niveles de integración sensorial. (Modificado de Ayres A.J. (58,pp. 59-66).



Fuente: Reed, K., *Models of practice in Occupational Therapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1984; p.352.

Tabla 19: Desarrollo de secuencia de movimientos. (Adaptado de Ayres A.J. (59).)



Fuente: Reed, K., *Models of practice in Occupational Therapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1984; p.352.

Resumen.

La integración sensorial está basada en el desarrollo de procesos jerárquicos en cuales los estadios sucesivos de sensaciones integran a los bajos niveles para estimular su adaptación al medio (Tablas 18 y 19). La jerarquía de funciones se aplican al cerebro y a las funciones del sistema nervioso también como a la maduración física. Igualmente importante es el énfasis sobre la fisiología sensorial y el rol del input sensorial para la estimulación de la integración de las funciones. Este es el énfasis en la organización del input sensorial que separa los modelos sensoriales motores de los modelos neurobiológicos.

Específicamente, el modelo de integración sensorial es organizado alrededor del supuesto de que la privación sensorial (carencia de estimulación) contribuye a la falta de desarrollo, sin considerar si la privación es el resultado de factores internos o externos.

De acuerdo a Ayres, la idea central se basa en proveer y controlar el input sensorial, en especial el del sistema vestibular, músculos, articulaciones y piel, de tal manera que el niño espontáneamente forme las respuestas adaptativas e integre dichas sensaciones. Usualmente la terapia involucra la totalidad de los movimientos del cuerpo que se concentran en la provisión vestibular propioceptiva y la estimulación táctil. El objetivo de esta terapia es mejorar el proceso y organización de las sensaciones en el sistema nervioso y así el resultado final mejora el desempeño de las actividades (escolares, lúdicas, etc.)

ANÁLISIS Y CRÍTICA DEL MODELO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL⁽⁷⁾

Marco de referencia.

El marco de referencia del modelo de integración sensorial es similar al modelo perceptual motor. Desarrollo y maduración continua son los temas dominantes. Estos temas son el soporte de la creencia que cada persona puede organizar su sistema nervioso individual y frecuentemente permite seleccionar los medios y métodos mas adecuados para cumplimentar la tarea. De esta manera, el núcleo del control es mantenido primariamente dentro del individuo.

Claridad

Uno de los problemas para entender el modelo de integración sensorial es comprender la relación con el modelo perceptual motor. (tabla 20) en una tentativa por ilustrar algunas diferencias claves. La tabla muestra que las diferencias son realmente una cuestión preferentemente de grados de énfasis, puesto que se opone al pensamiento o a las nuevas ideas. Otro problema es recordar cuál modalidad sensorial es y referir la función y estructura anatómica.

Tabla 20.

Diferencia en el Énfasis entre el Modelo Perceptual y el Modelo de Integración Sensorial

Modelo Perceptual Motor	Modelo de Integración Sensorial
Focaliza más en aspectos corticales de percepción .	Focaliza más en aspectos subcorticales de percepción.
Enfatiza más en la interpretación y organización de la percepción.	Enfatiza más en la integración del Input de la integración sensorial.
Enfatiza más en la percepción táctil.	Enfatiza más en el input vestibular.
Enfatiza menos en reflejos y sinergias	Enfatiza más en reflejos y sinergias.
Enfatiza menos en la especialización hemisférica.	Enfatiza más en la especialización hemisférica.

Fuente: Reed, K., *Models of practice in Occupational Therapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1984; p.358.

La tabla 21 es un resumen de las cuatro modalidades sensoriales mencionadas más frecuentemente por Ayres. Estas son la vestibular, tacto/táctil, propiocepción, y receptor visual. El tercer problema es entender cómo la integración sensorial como técnica se diferencia de la técnica perceptual motor. Las técnicas de integración sensorial están basadas en el control del input (*energía de ingreso o entrada*) para facilitar la asociación intersensorial. Las técnicas perceptuales motoras tienden a limitar el input en una modalidad en un orden de tiempo para reducir el significado de la información que alcanza el cerebro. De este modo, el medio suprime el significado del input de una manera similar a la supresión aferente de la influencia centrífuga, en lugar de favorecer el sistema nervioso del individuo para establecer el control.

Tabla 21.
Funciones y estructura de cuarto modalidades sensoriales principales.

Vestibular.

Estático. Otolitos.

Aceleración-lineal-utrículo y sáculo o desaceleración - canales angular - semicircular.

Táctil- receptores cutáneos

Protectivo (tacto ligero) tracto espino - talámico.

Discriminativo (presión al tacto profundo) tracto lemniscal medial.

Temperatura - no usada por Ayres.

Dolor- tratada como una precaución.

Propioceptores (somáticos)

Flexión (abducción) TLR prono, sinergia flexora, vainas musculares y receptores articulares

Extensión (abducción) TLR supino, sinergia extensora, vainas musculares y receptores articulares.

Rotación, reflejos del tronco, sinergia de rotación, vainas musculares y receptores la de articulación.

Visual.

Visión ambiental o periférica- cerebro medio.

Visión focal o central - tálamo óptico

Fuente: Reed, K., *Models of practice in Occupational Therapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1984; p.358.

Unicidad.

El aspecto exclusivo del modelo de integración sensorial es el núcleo de importancia de la interacción y coordinación de la información de dos o más modalidades diferentes para intensificar la adaptación de respuestas cerebrales. El terapeuta ocupacional ha sido concientizado del valor del uso del input multisensorial para facilitar respuestas. Lo que el modelo de integración sensorial enfatiza es lo que usa del input multisensorial; es una secuencia normal de maduración. De esta manera, el input multisensorial no es una técnica especial de terapia, pero proporciona el desarrollo normal. La habilidad para integrar el input multisensorial es por consiguiente esencial para permitir a la persona encontrar necesidades individuales, valores y demandas sociales.

Investigación

El modelo de integración sensorial ha tenido mucho suceso en promover la investigación. Ayres ha establecido que el desarrollo de la teoría es al menos importante, sino más importante que el testeado de la teoría. Muchos de los artículos de la investigación han sido dirigidos a ampliar la base teórica de la investigación sensorial. Otro método de investigación usado exitosamente es el *clínico* en diseños que se focalizan en la observación de cambios que ocurren dentro de grupos de niños que reciben técnicas de integración sensorial como la parte más importante de los programas de intervención. El núcleo está en si el valor del cambio es más o menos significativo que, en el grado de cambio entre un grupo de estudio y uno de control.

Especialización

Como una guía para la especialización, el modelo de integración sensorial ha sido exitoso. La integración sensorial es la única teoría, afirma Reed (1984), y los programas de intervención tienen una sección propia de intereses especiales en la American Occupational Therapy Association (AOTA).

Elaboración y refinamiento.

El modelo de integración sensorial podría ser extendido o refinado por adición de conocimiento acerca de los siguientes interrogantes.

1. ¿Qué tipo de movimiento y posición de la cabeza son más exitatorios y cuáles son más inhibitorios?
2. ¿Qué tipo de movimiento y posición de la cabeza son más óptimos para la activación de la orientación de los reflejos unilaterales?
3. ¿Qué tipos de movimientos y oscilación (excursión) de vibración son más exitatorios o inhibitorios para niños con disfunción integrativa sensorial?
4. ¿Cuánto tiempo debería ser empleado en una sesión de intervención o normalización de respuestas sensitivas versus compromisos en actividades motoras gruesas y finas?

5. ¿Cuál es la edad óptima (si lo hay) para la maximización de efectos de intervención en integración sensorial?
6. ¿Hay otros tipos de desórdenes de integración sensorial todavía no identificados? Estos síndromes podrían ser encontrados en niños o adultos.
7. ¿Es el orden de los ítems de los test en el SCSIT (ver página 96) lo que afecta a los síndromes observados artificialmente en la elevación o baja de algunos puntajes?
8. ¿Cuál es la correlación del SCSIT con otros desarrollos de test de inteligencia tales como el Bayley Scale de desarrollo de niños o el Weschler Intelligence Scale para niños?

El modelo de integración sensorial también debería ser expandido para responder cuestiones relacionadas con los cognitivo y con destrezas intra e interpersonales, por ejemplo:

1. ¿Hay un estilo de pensamiento común o dificultades en la organización de procesos cognitivos que son comunes en la disfunción sensorial en adición con dificultades académicas básicas?
2. ¿Puede la disfunción sensorial ser detectada sobre las bases de respuestas psicológicas a cuestiones relacionadas con conceptos personales, competencia o maestría?
3. ¿Las personas con disfunción de integración sensitiva tienen diferentes roles o valores en sus espacios vitales?

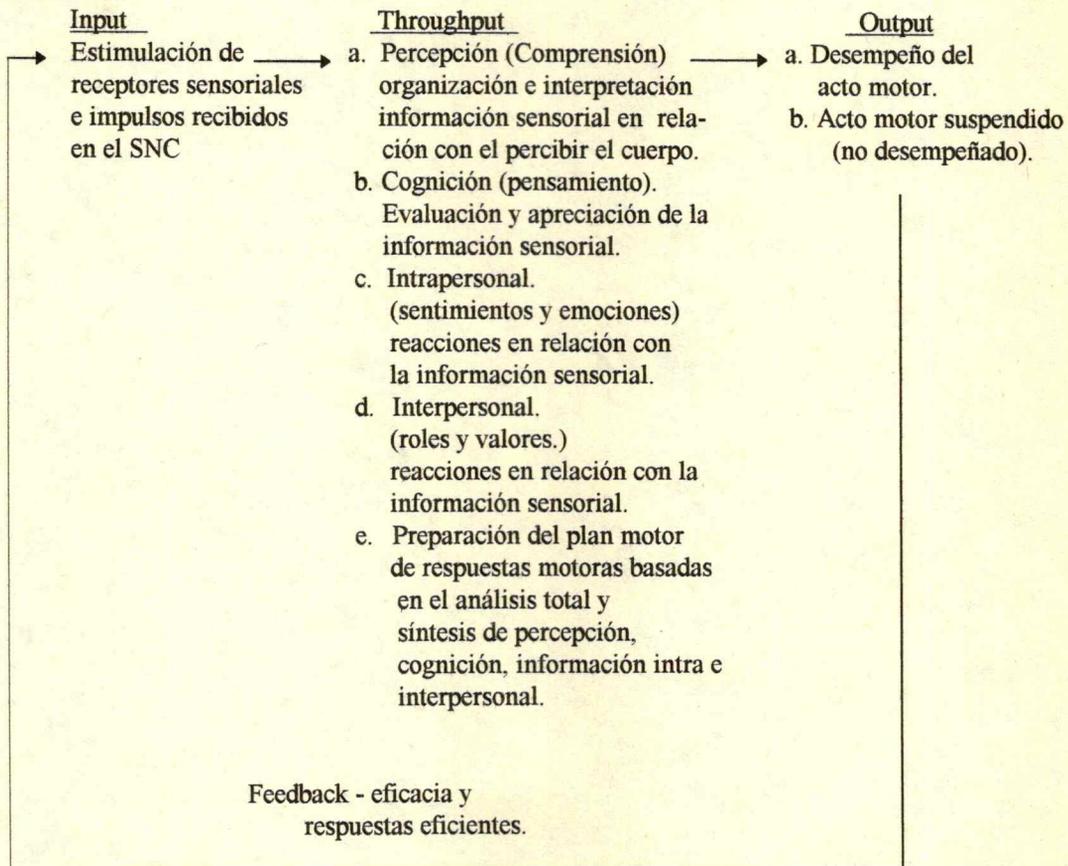
La tabla 22 muestra el lineamiento general de elaboración del modelo de integración sensorial que incluye lo cognitivo y aspectos intra e interpersonales.

Utilidades explicativas

Como una herramienta explicatoria, el modelo de integración sensorial es beneficioso y restrictivo a la vez. El núcleo del desarrollo básico como una fundación para destrezas de alto nivel tales como aprendizajes académicos es útil. Sin embargo, un amplio ascenso de teorías neuropsicologistas y evolucionistas incorporadas en el modelo no es fácil de entender y menos fácil aún de explicar a otros. La explicación es particularmente difícil a las personas que carecen de conocimientos en términos neurofisiológicos y neuroanatómicos. La mejor explicación fue provista en *Sensory Integration and the Child*.

No obstante, la carencia de modelos gráficos reduce la eficacia de la explicación para alguien que tiene dificultad sólo con palabras.

Tabla 22: Función cognitiva y aspectos intra e interpersonales del modelo de integración sensorial.



Fuente: Reed, K., *Models of practice in Occupational Therapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1984; p.361.

Regularidades (commonality)

El concepto siguiente, de secuencias de desarrollo en la organización de programas ha sido usado por educadores por muchos años. Tales educadores deberían entender el modelo de integración sensorial como técnica de desarrollo, sin embargo los educadores no están familiarizados con las pautas de desarrollo del sistema nervioso. De esta manera la regularidad termina en el punto de reconocimiento de las relaciones del desarrollo. Algunos educadores están familiarizados con el uso de técnicas multisensoriales para facilitar el aprendizaje. Para aquellos maestros, la presentación sistemática del input sensorial es comprensible. A pesar de eso hay una necesidad de tradu-

cir mucho del modelo de integración sensorial en un simple lenguaje y usar palabras comunes como una aproximación primaria a conceptos regulares.

Modelo de Integración Sensorial en la práctica.

El modelo de integración sensorial ha comenzado el desarrollo de modelos prácticos, como se evidencia, por la delineación de síndromes específicos y secuencias de técnicas de intervención usando equipamiento específico; también el modelo ha sido expuesto para ser útil en la evaluación y programación de otros grupos diagnósticos además de niños con desórdenes en el aprendizaje. Otros diagnósticos incluyen disturbios emocionales, autismo, esquizofrenia, retardo mental, lesión cerebrales, y ceguera. El rango de edad ha sido ampliado e incluye adultos. En resumen, los criterios de evaluación en el modelo de integración sensorial son presentados en la tabla 23.

Tabla 23.
Resumen de las críticas al Modelo de Integración Sensorial.

Criterios de evaluación	Muy bueno	Moderadamente bueno			Muy pobre
	1	2	3	4	5
Marco de referencia	X				
Claridad			X		
Unidades		X			
Líneamiento investigativo	X				
Especialización	X				
Elaboración y refinamiento	X				
Utilidades explicativas		X			
Regularidades			X		
Modelo práctico	X				

Fuente: Reed, K., *Models of practice in Occupational Therapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1984; p.361.

A continuación haré una breve presentación del modelo de Integración Sensorial *en la práctica*⁽⁸⁾ presentado en nuestra ciudad en 1992 por la O.T.R. Anita Schwald, de Alemania y como lo referí anteriormente cuando describí la parte práctica del modelo de Ocupación humana, no es el objetivo de esta tesis el desarrollo

exhaustivo de cada modelo elegido, esto es sólo una breve ilustración de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional en la práctica.

“ La integración sensorial es el proceso de ordenar y transformar las impresiones (Input sensorial) para que el cerebro pueda producir una adecuada reacción del cuerpo, de la percepción, de la reacción de sentimientos y de los pensamientos acordes.

La integración sensorial clasifica, ordena y junta todas las impresiones sensoriales del individuo en una función completa y extensa del cerebro.”

Jean Ayres

Principios del tratamiento.

Integración sensorial.

- # Ordenar, planear y controlar el input sensorial para tener la posibilidad de respuestas motoras adecuadas.
- # Los temas de la situación terapéutica no son cognitivos, sino que queremos influenciar con estímulos las funciones del tronco cerebral.
- # No hacer ejercicios porque no se trata de aprender sino de sentir y organizar las funciones del tronco.
- # El output motor provoca y ayuda el input sensorial para la integración y organización.
- # No hay una función especial de inhibición, este proceso siempre tiene que ver con el proceso de estimulación.
- # Nada de presión: la mejor influencia pasa durante el juego y sin darse cuenta.

Estimulaciones Táctiles.

- # Por las observaciones clínicas se puede suponer que las estimulaciones táctiles tienen influencia en todas las partes de la integración neurológicas y la percepción, mejora las funciones intermodales.
- # La estimulación táctil es una base del INPUT en la formación reticular. Por el sistema reticular (y otros) el niño recibe energía o regula la sobre-exitación.
- # Por esta influencia, que está preparando y regulando, muchos terapeutas ocupacionales empiezan su tratamiento con estimulaciones

- tactiles, un método por ejemplo, es la estimulación con la ropa, porque muchos niños aceptan esto mucho mejor que otro material.
- # Tocarse a sí mismo es menos incómodo que ser tocado por otro.
 - # Una defensa táctil necesita generalmente estimulaciones fuertes para poder graduar (empezar con un material duro por ejemplo).
 - # La indicación para la estimulación siempre está dada por las respuestas y la reacción del niño (indicaciones sobre el tiempo y el material).
 - # Las partes en que mejor se nota la defensa táctil son la cara, las manos y los pies (por ejemplo hay niños que caminan con los dedos, puede ser una sobresensibilidad).
 - # Los niños no tienen siempre la misma aceptación de los estímulos.
 - # Puede ocurrir que una estimulación, hiperactive a un niño; eso no quiere decir que el niño no necesite la estimulación táctil, sino que no puede clasificarla (un niño que está hiperactivado por las estimulaciones se puede calmar con estimulaciones vestibulares que son muy lentas y rítmicas).
 - # A los niños con defensas táctiles normalmente les gusta más estímulos fuertes, por eso es bueno si el contacto con el cuerpo o la mano no es muy suave.
 - # Muchos niños hiperactivos necesitan un estímulo del tacto para poder ordenarse, por eso no conviene hablarles sino dirigirlos con las manos.

Material para la estimulación.

- ⇒ Diferentes materiales con distintas texturas (suave / áspero, duro /blando...)
- ⇒ Cepillos, esponjas diferentes.
- ⇒ Agua, cerámica, piedras.
- ⇒ Pelotas.
- ⇒ Mantas.
- ⇒ Crema, espuma (p. ejemplo de afeitarse).

Estimulaciones Vestibulares

Tiene tres componentes:

- Ojos.
- Propioceptores.
- Vestíbulo.

Las estimulaciones pueden tener distintas direcciones:

- Aceleración rectilínea.
- De un lado a otro.
- De abajo hacia arriba o al revés.

- # Son las estimulaciones más fuertes! Es bueno para ordenar el fondo de las funciones para poder estar hábil y planear actividades.
- # Cuidado !! un estímulo muy fuerte tiene la dificultad de desorganizar, por eso hay que observar bien.
- # Es importante que pregunten a los padres sobre las reacciones del niño después de la terapia. Si tiene reacciones como dormir mal, vomitar, estar superexcitado, es que ha sido muy fuerte.
- # La estimulación vestibular tiene influencia sobre el tono muscular y el estado afectivo.
- # La aceleración rectilínea tiene influencia sobre la extensión del cuerpo, para los niños es muchas veces más fácil estar extendido durante la aceleración.
- # Muchos niños con problemas vestibulares han tenido otitis media.
- # Muchos niños con problemas vestibulares tienen miedo, por eso al principio una forma de estimulación es a sí mismo.
- # Estimulación pasiva: estar en una hamaca y dar vueltas, es fuerte.
- # Si las estimulaciones son monótonas, estas no llegan hasta el cerebro, por eso son buenas las variaciones en la dirección y el tiempo.
- # Estimulaciones con distintas posturas de la cabeza (también horizontal)

Materiales para la estimulación.

- ⇒ Variedades de hamacas.
- ⇒ Una patineta y la pista (tamaño de skate más ancho que el normal, que el niño no caiga y así tiene libertad de las extremidades.)
- ⇒ Diferentes clases de suelo (con ondulaciones, con piedras grandes...) colchones de agua, de aire o elásticos.
- ⇒ Una pelota grande.
- ⇒ Silla con una sola pata.
- ⇒ Elementos para balancearse.
- ⇒ Zancos de madera o de plástico.

Estimulación Propioceptiva.

Todas las actividades y movimientos tienen un aspecto de propiocepción.

- # Contracciones del músculo contra resistencia.
- # Vibraciones (mejor con músculos flácidos o hipotónicos)
- # Co-contracción: es la capacidad para mantener las posturas del cuerpo y las articulaciones. Trabajar con elementos pesados para poder arrastrar, empujar, atraer.
- # Los niños que tienen problemas con la propiocepción necesitan estímulos fuertes y un espacio físico con límites (por ejemplo, una pared). Tienen problemas con la limitación de su cuerpo y lo que lo rodea, por eso les gusta trabajar abajo de una mesa, dentro de una caja de cartón, rincones, estar envuelto en una manta, estar tapados con cosas pesadas...
- # Son niños que parecen muy torpes, no pueden manejar su cuerpo y su movimiento, y tienen problemas con las relaciones del espacio (apraxia-dispraxia).
- # La estereognosia es una función de los propioceptores.
- # Parece que el mal funcionamiento de los propioceptores de los ojos traerán problemas en la percepción visual.

Materiales para la estimulación.

- ⇒ Bolsas de arena.
- ⇒ Mantas.
- ⇒ Hamacas de tela.
- ⇒ Pelotas, catching ball.
- ⇒ Tirar de la cuerda.
- ⇒ Almohada de vibraciones.
- ⇒ Juegos de tirar.
- ⇒ Colchones.
- ⇒ Empujar, mover, arrastrar cosas pesadas.
- ⇒ Caños de: tela, rueda de coche, de cartón...
- ⇒ Cosas pesadas, por ejemplo: que el niño quede entre dos colchones.
- ⇒ Una palangana llena de porotos.

Test.

SCSIT - SOUTHERN CALIFORNIA SENSORY INTEGRATION TEST.

Test de Jean Ayres.

1º subtest. Space visualization. (percepción espacial)

* Este subtest consiste en tener presente una forma y la manipulación mental de las formas.

Material: 8 formas de plástico.
Tablas de forma.
2 clavijas de posición.
Cronómetro.

Realización: La persona que hace la prueba tiene que elegir entre dos formas cualquiera, que entre en la tabla de formas. La dificultad está en que las formas tienen en un lado un agujero en que tiene que entrar la clavija de la tabla. Aquí no es importante que el niño maneje correctamente las formas manualmente, sino, lo importante es la diferenciación. El T.O. tiene que anotar el tiempo empleado, cambiar las formas y anotar sus observaciones.

2° subtest. Figure ground perception. (Percepción figura-fondo)

* Este subtest consiste en la capacidad de descomponer visualmente y discriminar entre fondo y forma.

Material: Cronómetro.

Libro del test (figuras)

Un cartón.

Realización: Hay que encontrar tres formas que están superpuestas una sobre otra, entre 6 posibilidades durante 60 segundos.

La dificultad de las formas va aumentando.

3° subtest Position on the space. (Posición en el espacio.)

* Este subtest consiste en ubicar la posición en el espacio, la velocidad de la percepción y la memoria visual.

Material: 8 cartones con ítems.

Libro del test.

Cronómetro.

Realización: Hay que encontrar una combinación de formas geométricas entre distintas alternativas. Hay tres partes distintas y en cada parte aumenta la dificultad.

1° parte: están juntos en la misma hoja, el modelo y las posibilidades.

2° parte: el modelo está en una hoja en frente del libro del test.

3° parte: después de 3 segundos hay que sacar el modelo y quedan solamente las posibilidades.

4° subtest. Desing copy. (Copiar modelos.)

* Este subtest consiste en usar la memoria visual, el reconocer las relaciones espaciales y una planificación motora.

Materiales: lápiz y cartón.

Realización: Hay una hoja con un modelo y una rejilla con puntos, el niño tiene que copiar en ella al modelo.

5° Subtest. Motor accuracy revised. (Precisión de la coordinación fina.)

* Este subtest consiste en la precisión de la coordinación fina, coordinación ojo-mano, coordinación bimanual.

Realización: El niño debe pintar tan exacto como pueda una línea prefabricado con la forma de una mariposa. Empieza con la mano dominante y sigue con la otra.

6° Subtest. Cinestesia (sensibilidad del movimiento).

* Este subtest consiste en tener la capacidad de cambiar los brazos en el espacio sin ayuda visual y reproducirla.

Realización: El terapeuta toma la mano del niño que tiene los ojos tapados, toma el dedo índice y lo apoya en un punto, luego en otro. El niño tiene que volver al punto inicial sin ayuda.

7° Subtest. Manual form perception (percepción de una forma manual).

* Este subtest consiste en la percepción del tacto, la capacidad de combinar la percepción visual con la percepción táctil, y la velocidad de la percepción.

Material : 10 formas.

Cartón con modelo.

Cronómetro.

Realización: El niño recibe formas geométricas en una mano sin verlas. Hay que sentir la forma y luego mostrarla con la de un modelo (5 formas con la mano derecha y 5 con la mano izquierda).

8° Subtest. Finger identification (Identificación de los dedos).

* Este subtest consiste en la percepción táctil, el esquema del cuerpo, y la capacidad de reconocer la postura de un dedo en relación con los otros.

Realización: El niño debe reconocer qué dedo tocó el terapeuta con los ojos cerrados. (abajo de una manta).

9° Subtest Graphesthesia. (grafoestesia)

* Este subtest consiste en la percepción táctil para formas y la posición espacial.

Material: lápiz con goma, cartón.

Realización: el terapeuta pinta varias formas en el dorso de la mano del niño que no puede mirar. El niño trata de reconocer y repetir las formas con la otra mano en un papel (cambiar las manos).

10° Subtest. Localization of tactil stimuli. (Localización de las estimulaciones táctiles).

*Este subtest consiste en la percepción táctil con la combinación del esquema corporal.

Realización: El terapeuta hace tres puntos en el brazo del niño que tiene los ojos cerrados (pronación y supinación), el niño debe mostrar los puntos.

11° Subtest. Double tactile stimuli. (Estimulación doble del tacto).

* Este subtest consiste en tener la capacidad de diferenciar estímulos táctiles.

Realización: La terapeuta toca al mismo tiempo una mano y la mejilla. El niño tiene que decir donde lo había tocado.

12° Subtest. Imitation of postures. (Imitación de posturas).

* Este subtest consiste en tener la capacidad de planear movimientos desconocidos o no comunes y realizarlos coordinadamente. (percepción del cuerpo).

Realización: El terapeuta muestra una serie de posturas que hay que copiar con precisión y rápidamente.

13° Subtest. Crossing midline of body. (Cruzar la línea media del cuerpo).

* Este subtest consiste en tener la capacidad de manipular con las manos en el lado contrario del cuerpo (cruzar la línea media.)

Realización: El niño debe imitar a el terapeuta que se toca el ojo y oreja derecha con la mano izquierda, o al revés.

14° Subtest. Bilateral motor coordination. (Coordinación motora bilateral).

* Este subtest consiste en poder hacer un movimiento coordinado de ambos lados del cuerpo, la planificación motora.

Realización: El terapeuta golpea ritmos con las manos en forma simétrica o asimétrica, el niño debe repetirlas.

15° Subtest. Right-left discrimination. (Discriminación derecha-izquierda).

* Este subtest consiste en reconocer el esquema corporal y discriminación derecha/izquierda.

Realización: El terapeuta dice un lado del cuerpo y el niño tiene que mostrarlo rápidamente.

16° Subtest. Standing balance - Eys open / eys closed. (Balanceo de pie con ojos abiertos / ojos cerrados).

* Este subtest consiste en tener la capacidad de mantener el equilibrio, la percepción de los estímulos vestibulares y las reacciones motoras.

Realización: Hay que tomar el tiempo en que se puede balancear el niño en un pie. La segunda vez con los ojos cerrados.

Otros test:

- ◆ Monkey task.
- ◆ Side. Sit cocontraction.
- ◆ Rolling pin activity.
- ◆ Prone on ellbows.
- ◆ Wheelbarrow walk.
- ◆ Jump and turn.
- ◆ Scooter board cocontraction.
- ◆ Integración del reflejo tónico cervical asimétrico (ATNR).
- ◆ Reflejo tónico cervical simétrico (TNR).
- ◆ Diadochokinese.
- ◆ Drumming.

- ◆ Upper extremity control.

Terapia

“ El niño tiene que organizar su cerebro por sí mismo, la terapeuta sólo puede producir el entorno que provoque esta ambición ”

Jean Ayres.

Planear y realizar movimientos son los medios más importantes con los que el cerebro analiza y transforma. Uno de los fundamentos de la terapia es la de producir una situación para que el niño se pueda estimular por sí mismo. Si el niño está en una situación en la que pueda trabajar sus dificultades y desarrollarse, va a mostrarnos una reacción visible. En este caso el niño toma la guía de una manera constructiva, lo que quiere decir que se pone en una situación que lo hace avanzar.

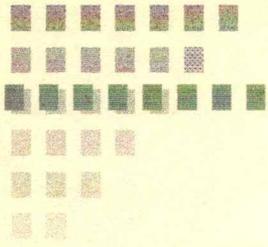
“La meta final de un tratamiento en la Integración Sensorial es un hombre que pueda tener reacciones adecuadas a las tareas de su alrededor y que se puede y quiere manejar a sí mismo.”

Para manejarse a sí mismo necesita la capacidad de el terapeuta de reconocer las dificultades del niño en el desarrollo y con el tratamiento realizar tareas que sean adecuadas para promover reacción adaptativa.

El arte de la terapia es conseguir un estado en que el niño se maneje a sí mismo dentro de las estructuras que le provee el terapeuta.

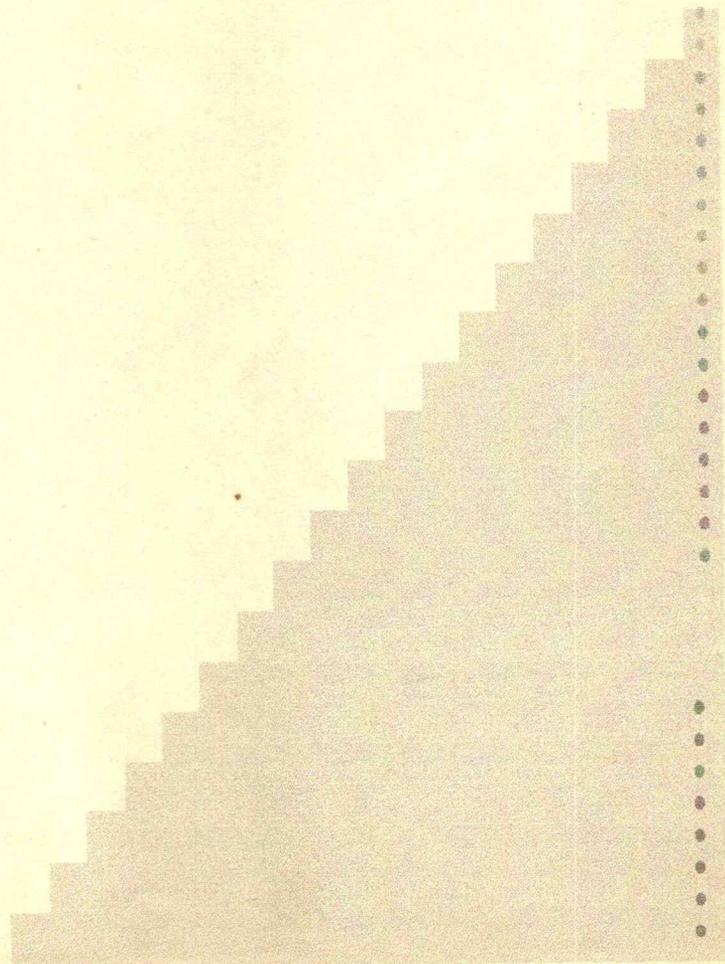
Referencias.

- 📖 (1) **Reed, K. Models of practice in Occupational Therapy.** Baltimore, Williams & Wilkins. 1984; p.p. 125-35.
- 📖 (2) **Ibid.** ; p.p. 135-39.
- 📖 (3) **Cursino de Ferrari, M. A.** Kielhofner e o modelo de ocupação humana; *Revista de Terapia Ocupacional, U.S.P.* Ed.Artigos 2; 1991; 4; p.p.216-19.
- 📖 (4) **Mosey; A.C.** A Monistic or a pluralistic Approach to Professional Identity? Eleanor Clarke Slagle Lecture; (American Occupational Therapy Association, Slagle lectures; philosophy, occupational therapy) *American Journal Occupational Therapy.*;1985; 39; 8; p.p. 506/7.
- 📖 (5) **Las Heras C.G. M.S. O.T.R.** Modelo de Ocupación Humana, aplicación en la práctica de Gary Kielhofner. *Curso Internacional de Postgrado en Terapia Ocupacional.* Universidad Nacional de Quilmes. Argentina 1996.
- 📖 (6) **Reed K.** Op. cit.; p.p. 341- 52
- 📖 (7) **Ibid;** pp. 357-62.
- 📖 (8) **Schwald, Anita.** Modelo de Integración Sensorial. *Curso sobre la integración Sensorial básica* (primera y segunda parte) A.M.T.O. Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales. Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur. 1992 p.p.,1,16-20, 29-61, 66.



Capítulo 6

Diseño Metodológico



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Este estudio es de tipo *exploratorio-descriptivo*, *exploratorio*, porque pretendió indagar sobre Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional aplicados por los Terapistas Ocupacionales que ejercen en la ciudad de Mar del Plata en distintas áreas de práctica profesional, y, por otra parte, *descriptivo* porque a partir de los hallazgos realizados en el trabajo de campo, se caracterizaron los modelos más relevantes. Además de clasificar los modelos teóricos de T.O. según su naturaleza.

Población.

Para responder al objetivo "*Describir los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional más relevantes según las áreas de intervención de las instituciones de Mar del Plata*", la población de estudio o universo está constituido por:

- Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, que ejercen en la ciudad de Mar del Plata en un área determinada de ejercicio profesional.

Para determinar la *población accesible*, es decir, aquella que se desempeña en las instituciones de Mar del Plata según las áreas de ejercicio profesional, se utilizó la muestra efectiva de T.O. / Lic. en T.O. que ejercían (n = 88) al momento de la recolección de los datos (febrero - abril de 1995) para la tesis "*Expectativas Profesionales en Terapia Ocupacional*"⁽¹⁾.

Los tres profesionales (Lic. en T.O). miembros del jurado de Tesis (2 titulares y 1 suplente) quedan excluidos de la población o universo.

Muestra. Tamaño. Selección.

• Teniendo en cuenta el precedente objetivo y el método de recolección de datos a implementar, se considera que una **muestra** de (n=58) T.O. / Lic. en T.O., que constituye el 65%, de la población accesible (N=88), es suficiente para una muestra representativa.

• La unidad de análisis y unidad muestral es todo Terapeuta Ocupacional y Licenciado en Terapia Ocupacional que ejerza en una institución de la ciudad de Mar del Plata en un área específica de práctica profesional, y que haya pertenecido a la muestra de la tesis mencionada.

• La selección de la muestra se realizó por un **muestreo no probabilístico, intencionado o de criterio** ⁽²⁾ pues se escogieron las unidades de análisis de las instituciones públicas y privadas más representativas de la ciudad según las áreas de ejercicio profesional en las que se distribuían los T.O./Lic. en T.O. según los hallazgos de la tesis "*Expectativas Profesionales de Terapia Ocupacional*" (*asistencial, comunitaria, docencia e investigación -dedicación exclusiva-, educacional, geriatría - gerontología, laboral y social*) ⁽³⁾. El área asistencial fue dimensionada en : Discapacidad física, Pediatría, Psicopatología infante - juvenil y Salud mental, siguiendo el criterio clasificatorio de áreas de especialización del estudio de Javetz R. y Katz N ⁽⁴⁾.

Método e instrumento de recolección de datos.

Se utilizó el método de **CUESTIONARIO O ENCUESTA** ⁽⁵⁾, elaborándose un formulario de tipo semiestructurado, que consta de tres preguntas: dos cerradas (una de opción múltiple y otra dicotómica) y una abierta.

Los cuestionarios fueron sometidos a prueba piloto en una muestra de 5 cuestionarios en diferentes áreas de ejercicio profesional, (8,6%) los que fueron seleccionados al azar y excluidos en la etapa de recolección de datos.

Se anexa el instrumento elaborado.

Procedimientos para la recolección de datos.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero de 1997 .

La localización de los T.O. /Lic en T.O. fue en las instituciones o lugares de trabajo mayoritariamente; y en domicilios particulares, por información de terapeutas ocupacionales y por conocimiento personal.

Los cuestionarios fueron entregados y recogidos por la autora en los lugares donde los profesionales fueron localizados.

Procesamiento de datos.

Fueron procesados 45 cuestionarios. Utilizando los sistemas operativos DOS 6.0 y 6.22 (bases de datos):

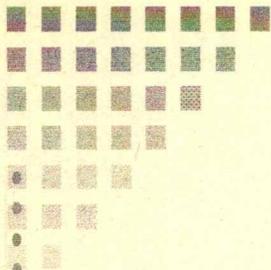
- Winword (procesador de textos).
- Excel (Planilla de cálculos y estadística).
- Smart Draw (Planilla de presentación y dibujo).

Medidas estadísticas.

Los datos se procesaron con medidas estadísticas⁽⁶⁾ de distribución de frecuencia.

Referencias.

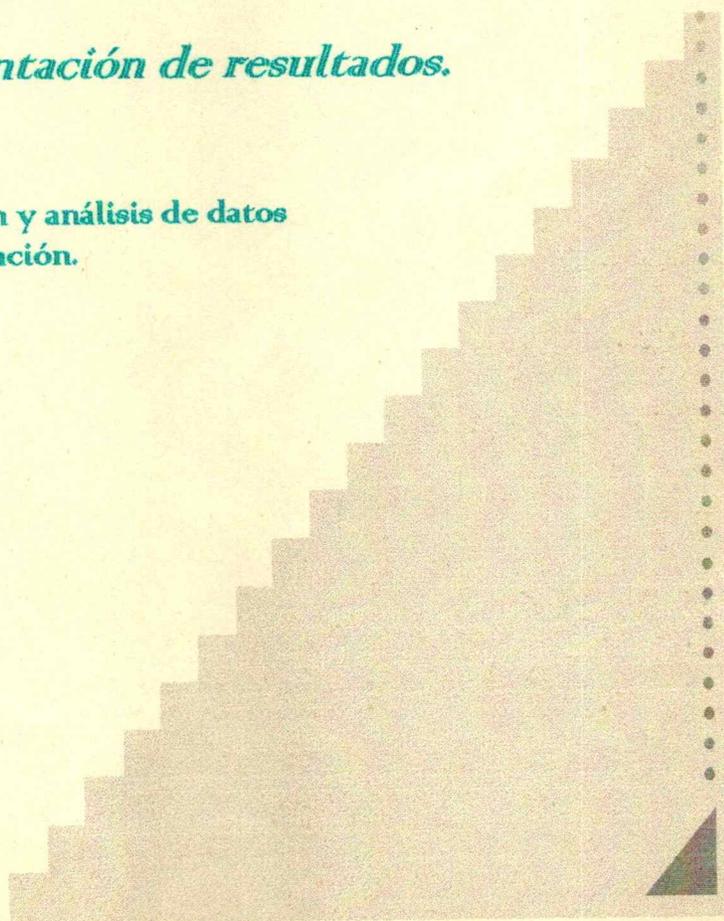
- 📖 ⁽¹⁾ **Fernández, L. y Fernández V.** Tesis "*Expectativas Profesionales en Terapia Ocupacional*". (U.N.M.d.P.) 1995; p. 65 y 95.
- 📖 ⁽²⁾ **Polit, D. Hungler. B.** *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* México. Ed. Interamericana - Mc. Graw- Hill (1992) 3ª edición. p. 212
- 📖 ⁽³⁾ **Fernández, L. y Fernández V.;** op. cit.; p.96-7.
- 📖 ⁽⁴⁾ **Javetz, R. Katz, N.** *Knowledgeability of Theories of Therapy practitioners in Israel.* School of Public Health, Hebrew University Jerusalem, Israel. *American Journal of Occupational Therapy.* 43; 10 pp. 664-75. (1989)
- 📖 ⁽⁵⁾ **Cortada de Cohan, Nuria; Cano, José Manuel.** *Estadística aplicada.* Buenos Aires Ed. Eudeba. 1975.
- 📖 ⁽⁶⁾ **Berenson, María L; Levine, David M.** *Estadística básica en Administración.* Ed Prentice-Hall Hispanoamericana S.A. México 1992



Capítulo 7.

Presentación de resultados.

- a) Tabulación y análisis de datos
- b) Interpretación.



a) Tabulación y análisis de datos.

A continuación presentaré el trabajo de campo realizado para cumplimentar con el objetivo específico "*Descripción de los Modelos Teóricos más relevantes según las áreas de intervención de las instituciones de Mar del Plata*".

Cuadro 1: Distribución de los profesionales de la muestra. Tesis Modelos teóricos de Terapia Ocupacional . Mar del Plata. 1997.

Muestras						
Piloto		No localizados.		Localizados		Total.
Nº	%	Nº	%	Nº	%	
5	8.6	3	5.2	50	86.2	58

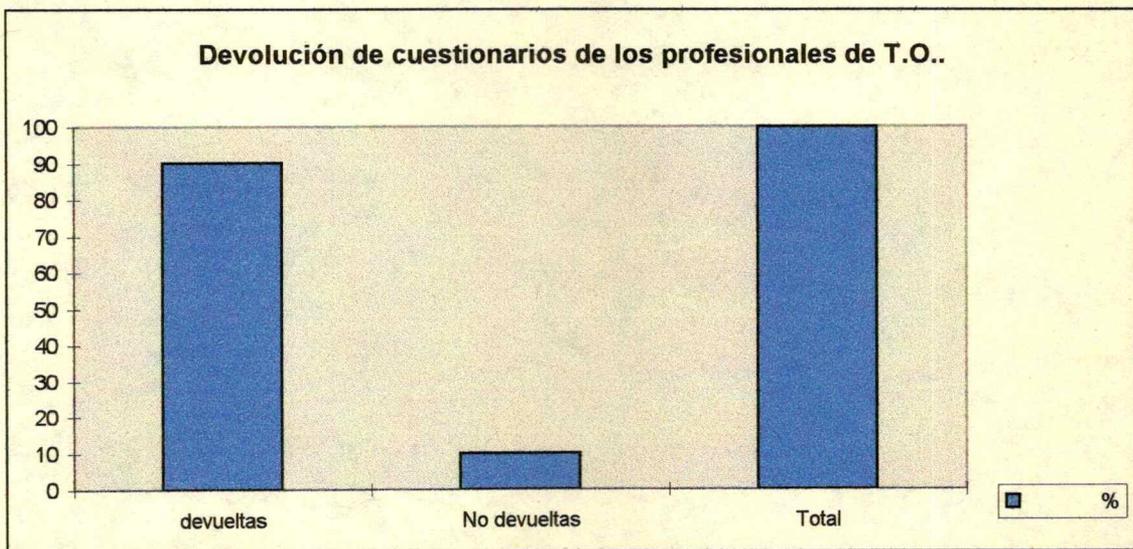
Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Cuadro 2: Devolución de cuestionarios por los profesionales de T.O. Tesis Modelos Teóricos de T.O. Mar del Plata, 1997.

Devolución	%	Nº
devueltas	90	45
No devueltas	10	5
Total	100	50

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Gráfico N° 1.

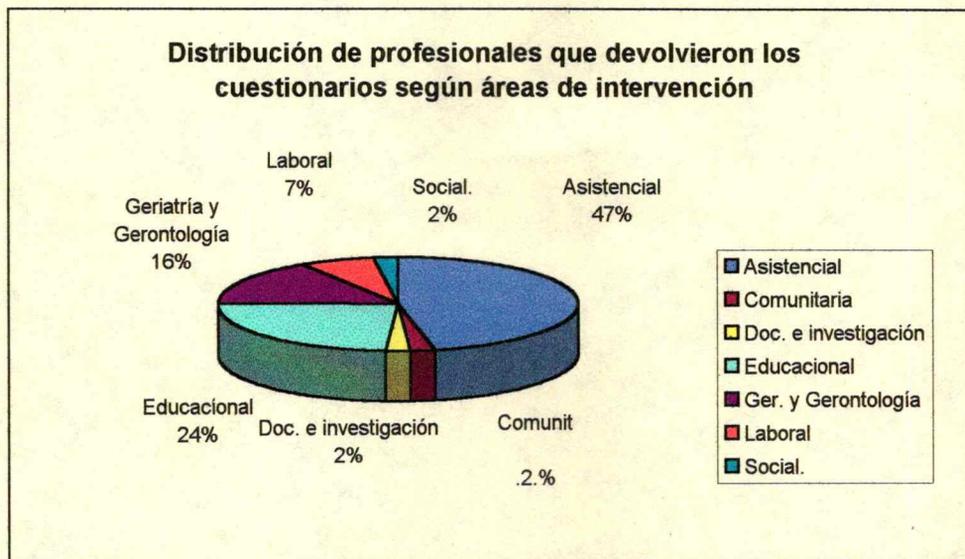


Cuadro 3: Distribución de los profesionales que devolvieron los cuestionarios según las áreas de intervención. Tesis Modelos Teóricos de T.O. Mar del Plata. 1997

Areas	Nº	%
Asistencial	21	46.7
Comunitaria	1	2.2
Doc. e investigación	1	2.2
Educacional	11	24.4
Ger. y Gerontología	7	15.6
Laboral	3	6.7
Social.	1	2.2
Total	45	100

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.) 1997

Gráfico N°2



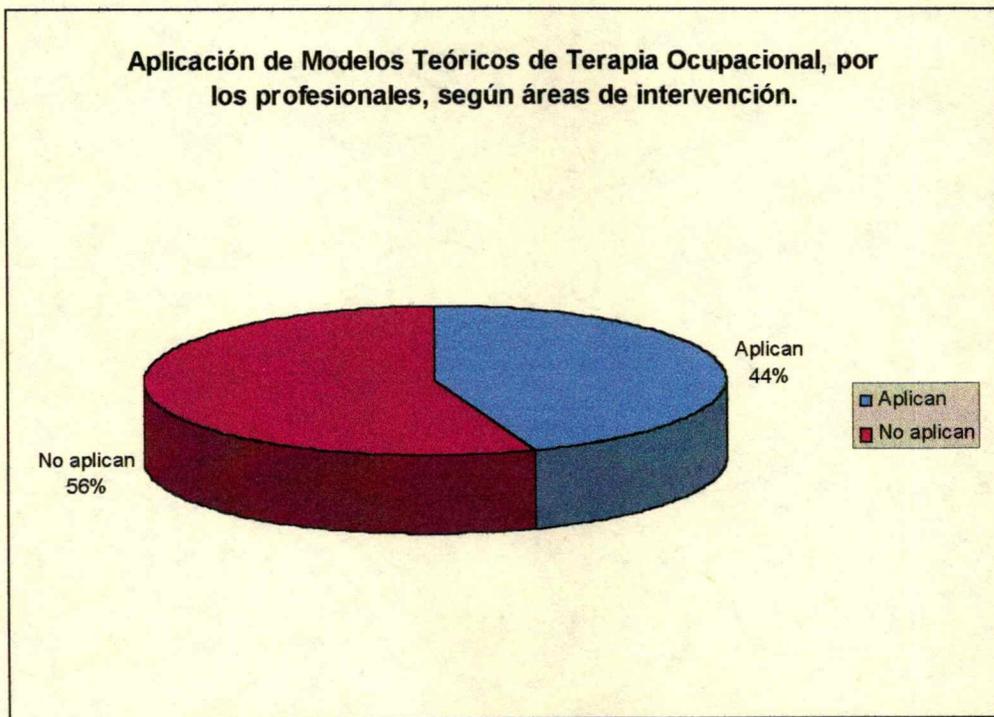
Los profesionales que *no devolvieron* los cuestionarios (10%) se corresponden en su totalidad al área asistencial (discapacidad física.). De los *no localizados* (5.2%) corresponden a las áreas asistencial (psicopatología infanto-juvenil) y educacional.

Cuadro 4: Aplicación de Modelos Teóricos de T.O. por los profesionales, según áreas de intervención. Tesis Modelos teóricos de T.O. Mar del Plata. 1997.

Areas	Aplican		No aplican		Total
	Nº	%	Nº	%	
Asistencia I	13	61,9	8	38,1	21
Comunitaria	0	0,0	1	100	1
Doc. e Invest	0	0,0	1	100	1
Educacional	3	27,3	8	72,8	11
Geriatría y Gerontol.	4	57,1	3	42,9	7
Laboral	0	0,0	3	100	3
Social	0	0,0	1	100	1
Total	20	44,4	25	55,6	45

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Gráfico N°3



Sólo en tres áreas de intervención se aplican Modelos Teóricos, de las cuales Asistencial y Geriatria y gerontología lo hacen la mayoría de los profesionales (61,9%) y (57,1%) respectivamente. En el área educacional, sin embargo, la mayoría (72,8%) no aplican modelos teóricos.

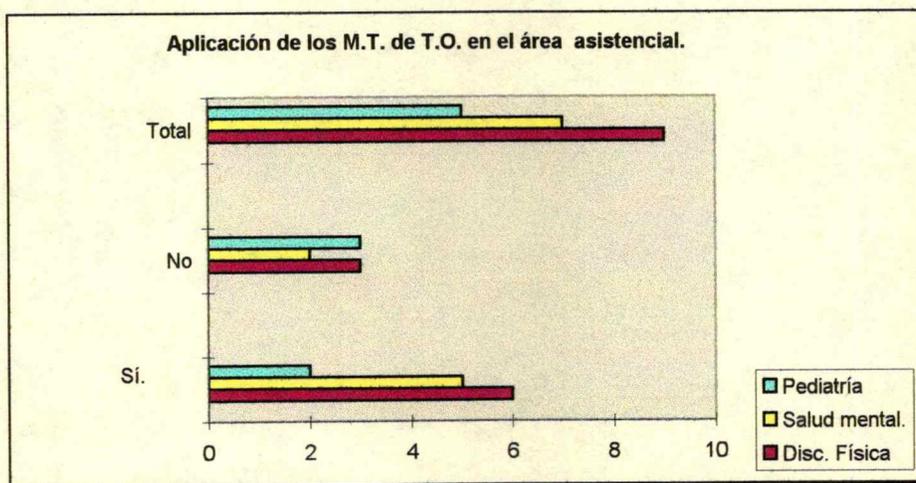
Cuadro 5 Aplicación de Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional en el área Asistencial. Tesis "Modelos teóricos de Terapia Ocupacional " Mar del Plata 1997

Area Asistencial	Aplicación				Total
	Sí.		No		
	Nº	%	Nº	%	
Disc. Física	6	66.7	3	33.3	9
Salud mental.	5	71.4	2	28.6	7
Pediatría	2	40.0	3	60.0	5
Total	13	61.9	8	38.1	21

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.), 1997.

Se puede observar que la mayoría de los profesionales que se desempeñan en las áreas de discapacidad física y salud mental aplican modelos teóricos, mientras que en pediatría, la mayoría (60%) no aplican modelos teóricos.

Gráfico N° 4.

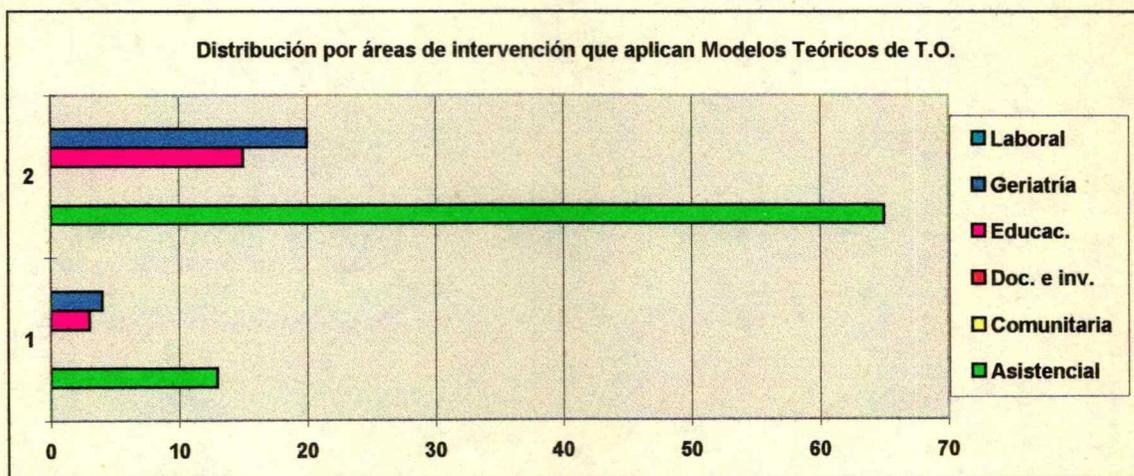


Cuadro 6: Distribución por áreas de intervención que aplican Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional Mar del Plata. 1997

Áreas	Cantidad	%
Asistencial	13	65
Comunitaria	0	0
Docen. e inv.	0	0
Educac.	3	15
Geriatría	4	20
Laboral	0	0
Total.	20	100

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Lic. en Terapia Ocupacional Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.D.P.) 1997

Gráfico 5



El Nº 1 corresponde a los valores enteros.

El Nº 2 corresponde a los porcentajes.

Cuadro 7: DIFERENTES MODELOS TEÓRICOS MENCIONADOS EN LAS ENCUESTAS POR LOS TERAPEISTAS OCUPACIONALES

AREAS- MOD.	SALUD MENTAL.					DISC. FÍSICA		PEDIATRÍA		EDUCACIONAL.	GER. Y GERONT.	TOTAL
	1	2	3	4	5	1	2	1	2	1		
A	■	■	■	■	■							5
B	■											1
C						■	■					2
D						■						1
E						■						1
F						■						1
G						■						1
H						■		■	■			3
I						■						1
J						■		■				2
K						■		■			■	3
L								■	■	■		3
LL										■		1
M								■				1
N									■		■	2
Ñ											■	1
O											■	1
P									■			1
Q											■	1

A: Psicoanálisis.

B: Psicosocial.

C: Técnicas propioceptivas sensorial.

D: Kabat.

E: Bobath

F: Brunnstrom.

G: Neuropsicología cognitiva.

H: Biomecánico.

I: Rehabilitativo.

J: del Neurodesarrollo.

K: Trombly.

L: Ayres

LL: Integración Sensorial.

M: Escuela Francesa de Psicomotricidad

N: Modelo de Ocupación Humana.

Ñ: Kielhofner.

O: Ecología de la Acción de Vidal.

P: Rood.

Q: Dice usar pero no menciona.

Cuadro 7

Modelos teóricos de Terapia Ocupacional mencionados por los profesionales

Areas	F	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	LL	M	N	N	O	P	Q
S. Mental	5	5	1																	
D. Física	6			2	1	2	1	1	1	1	1	1	1							
Pediatría	2								2		1	1	2		1					
Geriatría	4											1				1	1	1	1	1
Educac.	3												1	1	1	1	1	1	1	1
Total	20	5	1	2	1	2	1	1	1	3	1	2	3	3	1	1	2	1	1	1

Porcent.

Areas	F	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	LL	M	N	N	O	P	Q
S. Mental	5	100	20																	
D. Física	6			33.3	16.7	33.3	16.7	16.7	16.7	16.7	16.7	16.7								
Pediatría	2								100		50	50	100		16.7					25
Geriatría	4											25				25	25	25		25
Educac.	3												33.3	33.3		33.3			33.3	33.3
Total	20	25	5	10	5	10	5	5	15	5	10	15	20	5	5	10	5	5	5	5

Fuente: elaboración propia. Tesis parala Licenciatura de Terapia Ocupacional

A: Psicoanálisis.

B: Psicosocial.

C: Técnicas propioceptivas sensorial.

D: Kabat

E: Bobath.

F: Brunnstrom.

G: Neuropsicología cognitiva.

H: Biomecánico.

I: Rehabilitativo

J: del Neurodesarrollo

K: Trombly, Performance ocupacional.

L: Ayres.

LL: Integración sensorial.

M: Escuela francesa de psicomotricidad.

N: Modelo de ocupación humana.

Ñ: Kielhofner.

O: Ecología de la acción de Vidal.

P: Rood

Q: Dice usar pero no menciona.

b) Interpretación

De acuerdo al análisis de los datos, y específicamente a los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional mencionados por los profesionales destaco los siguientes puntos:

* En el **área de Salud Mental**, el 100% de los encuestados que se desempeñan en ésta mencionaron aplicar el Psicoanálisis como Modelo Teórico de Terapia Ocupacional; cabe destacar que en la clasificación presentada en este trabajo, el “psicoanálisis” pertenece a un supermodelo (ver tablas 1 y 2 del capítulo 3). Este supermodelo es usado como *marco de referencia* para el desarrollo de Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional. Ejemplo de esto son el *Modelo de relaciones objetales* de Azima y el *Modelos de procesos de comunicación* de Fidler & Fidler.

También en esta área fue mencionado el modelo Psicosocial pero no se refirió al autor. Dada la formación académica de T.O. en Salud mental (U.N.M.d.P.), este se podría corresponder con la Escuela de Psicología Social de Pichón Riviére, y no como Modelo Teórico de T.O., sino como el anterior, ser un *marco de referencia* para T.O.

En esta misma área, la Ph.D. Javets, R. y la Ph.D., O.T.R. Katz, N. (ver *antecedentes del problema*) hallaron que se aplicaban los modelos teóricos de T.O. comportamiento ocupacional de Reilly (1974) e *integración sensorial* de J. Ayres (1972 y 1979).

* En el **área de Discapacidad física** los profesionales mencionaron usar Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional del siguiente modo: *Técnicas propioceptivas sensoriales; Kabat; Bobath; Brunnstrom y Neurodesarrollo*. Estos son métodos o técnicas que los terapeutas ocupacionales utilizan como *herramientas para la intervención*⁽¹⁾, no son Modelos Teóricos de T.O., pero sí cabe mencionar que están incorporadas dentro del cuerpo de conocimiento del enfoque biomecánico, del cual son exponentes Trombly & Scott (1977, 1983) y Pedretti (1985)⁽²⁾, entre otros. Los nombres de dichas técnicas de acuerdo a la formación académica son:

⇒ Técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas del Dr. Herman Kabat.

⇒ Modelo del neurodesarrollo de Bobath.

⇒ Terapia del Movimiento de Brunnstrom.

Se mencionó el modelo biomecánico sin especificar el nombre y su autor. Dentro del rastreo bibliográfico, se destacan como Modelos Teóricos Biomecánicos de Terapia Ocupacional los siguientes⁽³⁾:

⇒ Modelo de reconstrucción de Baldwin.

⇒ Modelo ortopédico de Taylor.

⇒ Modelo Kinético de Licht.

⇒ Modelo compensatorio.

La Sc.D., O.T.R. C. Trombly, no tiene un Modelo propio de Terapia Ocupacional como fue mencionado "performance ocupacional" pero sí en su libro *OCCUPATIONAL THERAPY for Physical Dysfunction*⁽⁴⁾ desarrolla a partir del concepto *occupational performance* una metodología de práctica profesional, entendiendo al mismo como *habilidad de un individuo para desempeñar actividades diarias con propósito y estar satisfecho con su desempeño, dentro de su medio, desarrollando etapas y roles sociales.*

Se mencionó el enfoque rehabilitativo como Modelo Teórico de Terapia Ocupacional, sin embargo, dentro de la literatura figura como aplicable a la **discapacidad** y niveles de desventaja social de la minusvalía (Organización Mundial de la Salud)[OMS]⁽⁵⁾. Este enfoque es considerado un Modelo de Salud dentro del supermodelo reduccionista (ver Tablas 1 y 2 del capítulo 3.)

Al mencionar a la Neuropsicología cognitiva como un Modelo Teórico de Terapia Ocupacional, destaco que la Neuropsicología es una disciplina que se ha originado de la convergencia entre la ciencia médica de neurología y la psicología en el estudio común de los efectos conductuales del daño encefálico; a la que se le suma la metodología de la psicología cognitiva en el estudio de los sistemas cognitivos alterados en la neuropsicología cognitiva (1970)⁽⁶⁾.

Comparando estos hallazgos con los del estudio de Javetz y Katz, en el cual un alto porcentaje de los profesionales mencionaron utilizar el neurodesarrollo, sin especificar el modelo teórico de T.O.; mencionan además, la aplicación en esta área de los modelos de *integración sensorial* (J. Ayres) y del *comportamiento ocupacional* (Reilly); en una menor proporción el *enfoque biomecánico* y el *rehabilitativo* (modelo de Salud).

Según Reed⁽⁷⁾, el Modelo Teórico de Terapia Ocupacional que utiliza como marco de referencia al *neurodesarrollo* de Karl y Bertha Bobath es el *Modelo de desarrollo de reflejos* de Fiorentino; y el que utiliza a la *facilitación neuromuscular propioceptiva* de H. Kabat es el *Modelo sensoriomotor* de Rood.

* En **pediatría** se menciona como un Modelo de Terapia Ocupacional a la *Escuela Francesa de Psicomotricidad*.

La psicomotricidad⁽⁸⁾, como lo definen los Docentes del depto. de Psicomotricidad de la Sapêtriére (del texto de difusión establecido en 1980)“...en tanto práctica terapéutica, es neurofisiológica y psicofisiológica en su técnica; fisiológica y psíquica en su objetivo, está destinada a actuar por medio del cuerpo sobre las funciones mentales, compartamentales, psicológicas perturbadas del niño, del adolescente y del adulto, teniendo en cuenta permanentemente la dimensión relacional...” entonces, se transforma en una herramienta valiosa, usada para la intervención en los tratamientos de Terapia Ocupacional sin llegar a ser un Modelo teórico de T.O. Exponentes de esta disciplina son los psicomotricistas Aucouturier, Lapiere, Bernard, entre otros.

La Ph.D. y O.T.R. Jean Ayres fue mencionada por algunos encuestados, sólo como autora, la cual ha desarrollado dos Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional⁽⁹⁾:

⇒ Modelo perceptual motor (1958);

⇒ Modelo de integración sensorial (1968); siendo éste ampliamente aplicado por la muestra del estudio de Javetz y Katz en el área de pediatría.

En dicha muestra, a diferencia de los hallazgos de este estudio, no hacen uso del enfoque biomecánico en **pediatría**.

*En **geriatria y gerontología** fue mencionado como Modelo Teórico de Terapia Ocupacional “la ecología de la acción” de S. Vidal; dicho modelo no se halla incorporado a las diferentes fuentes de datos que se consultaron para la realización de este trabajo.

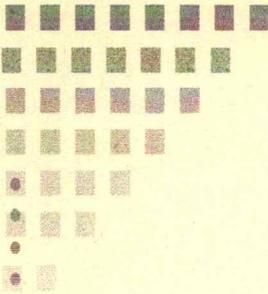
También en esta área fue mencionado el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner. Sin embargo, en el estudio referido de Javetz y Katz, el *neurodesarrollo* era el más utilizado en el área geriátrica, seguido por los modelos teóricos de T.O. del *comportamiento ocupacional* (Reilly, 1974; Kielhofner, 1983, 1985; Kielhofner

y Burke, 1980) y el de *integración sensorial*, y el modelo de salud *rehabilitativo*.

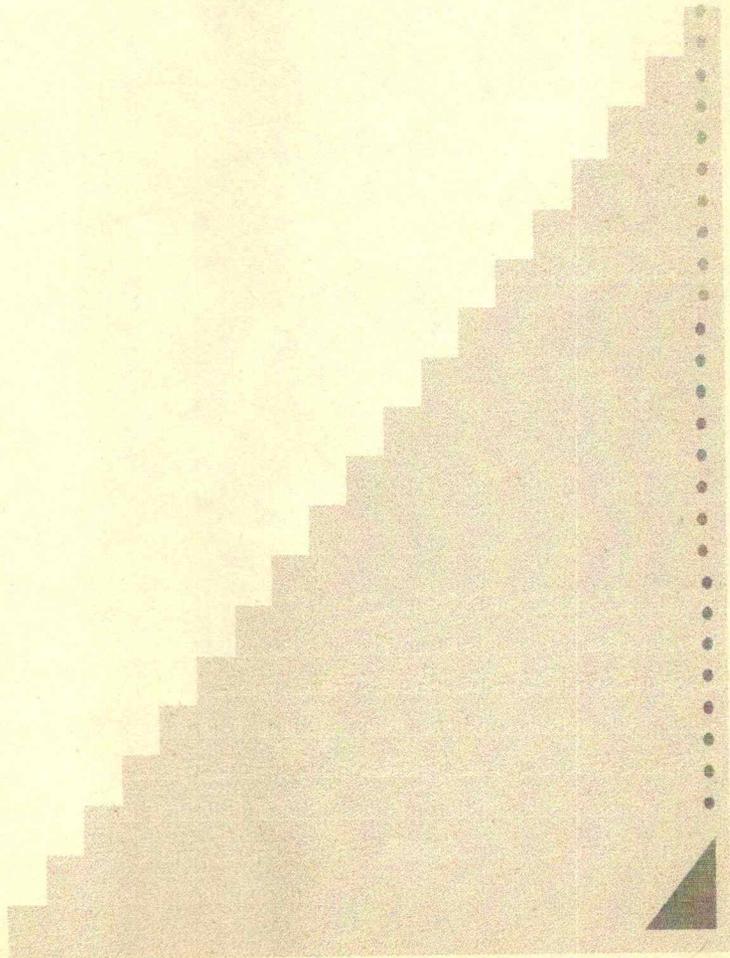
* En el área **educacional** se mencionó a la O.T.R. M. **Rood** sin especificar el nombre del modelo, a saber, modelo *sensoriomotor* clasificado como un modelo descriptivo del área de desempeño (cognitivo y sensoriomotor), dentro de los modelos neurobiológicos. También se mencionaron el modelo de *integración sensorial* (J. Ayres) y el modelo de *ocupación humana* (G. Kielhofner).

Referencias:

- 📖⁽¹⁾ **Trombly, Catherine A. OCCUPATIONAL THERAPY for Physical Dysfunction.** Baltimore. Williams & Wilkins. 4th edition, chapter 24. 1995.
- 📖⁽²⁾ **Javetz, R.; Katz, N.** Knowledgeability of Theories of Therapy practitioners in Israel. School of Public Health Hebrew University, Jerusalem, Israel. *American Journal of Occupational Therapy*; 43; 10; 1989 pp.664-75.
- 📖⁽³⁾ **Reed, Kathlyn. Models of practice in Occupational Therapy.** Baltimore. Edit. Williams & Wilkins. 1984; pp. 278-297.
- 📖⁽⁴⁾ **Trombly, Catherine A. ; Op. cit.;** chapter 4.
- 📖⁽⁵⁾ **Ibid;** chapter 2; p. 22.
- 📖⁽⁶⁾ **Grieve, J. NEUROPSICOLOGIA para Terapeutas Ocupacionales.** Evaluación de la percepción y de la cognición. Bogotá. Médica Panamericana. 1995; p. 3.
- 📖⁽⁷⁾ **Reed, K.; op. cit.;** pp.301-20.
- 📖⁽⁸⁾ **Chokler, Myrtha. Los organizadores del desarrollo psicomotriz.** Del mecanismo a la psicomotricidad operativa. Buenos Aires. Ediciones cinco; 1988; p. 20.
- 📖⁽⁹⁾ **Reed, K.; op. cit.;** pp. 329-62.



Conclusiones.



Conclusiones

En función de aumentar la investigación acerca de las bases de nuestra profesión, los principios que lo sustentan y los supuestos o postulados y creencias que encierran cada Modelo Teórico de Terapia Ocupacional es que creí necesaria la incorporación de un estudio a partir de información relevante que obtuve de diferentes fuentes de datos para responder a los interrogantes implícitos en los objetivos del mismo.

Mi esfuerzo se focalizó en la ordenación de los diferentes Modelos Teóricos según su naturaleza tomando como referencia el *objetivo general* de la tesis: *Organizar y sistematizar los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional* lo cual se refleja en las siguientes tablas. (Para una mejor diagramación la tabla 26 está en la página consecutiva).

Tabla 25: Modelos Genéricos de Terapia Ocupacional.

MODELOS GENÉRICOS : a) *Adquisición de las ocupaciones.*
b) *Propósito de la ocupación.*

- Comportamiento Ocupacional de Reilly.
- Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.
- Teoría integrada de Terapia Ocupacional.
- Desarrollo humano a través de la ocupación Clark.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 26 : Modelos Descriptivos de Terapia Ocupacional (Ver página 126)

Tabla 27: Modelos de Parámetros de Terapia Ocupacional

MODELOS DE PARÁMETROS DE TERAPIA OCUPACIONAL.

- Modelos de parámetros.
- Modelo de comprensión de la terapia ocupacional.
- Modelo de prevención de la Terapia Ocupacional de Weimer

Fuente: Elaboración propia.

MODELOS DESCRIPTIVOS :

Elementos básicos. Respuestas adaptativas de King.

- a) *Tiempo y espacio.*
- b) *Acción y hacer.*
- c) *Patrones y secuencias..*

Modelos de tiempo:

- Modelo de filosofía en entrenamiento de la ocupación.
- Modelo de entrenamiento de hábitos de Slagle.
- Modelo de adaptación temporal de Kielhofner.
- Modelo práctico de adaptación temporal de Neville

Modelo de espacio:

- Modelo de adaptación espacio-temporal Gilfoile & Grady.

Modelo de acción y hacer.

- Modelo de acción y ejecución de Meyer.
- Modelo de acción y propósito del hacer de Fidler & Fidler.
- Modelo de actividades de Cynkin.

Modelo de patrones y secuencias:

- Modelo de desarrollo de Llorens

MODELOS DESCRIPTIVOS: "Áreas ocupacionales"

- a) Autovalimiento.
- b) Productividad.
- c) Juego y recreación.

Modelo de autovalimiento:

•

Modelo de actividades de la vida diaria(Sheldon 1935; Deaver & Brown, 1945; Livingston,1962)

Modelo de productividad:

- Modelo prevocacional.

Modelo de Juego:

- Modelo de juego de Reilly
- Modelo de recreación

MODELOS DESCRIPTIVOS: "Áreas de desempeño". Cognitivo y sensoriomotor.

- a) Motor
- b) Sensorial.
- c) Cognitivo.

Modelos biomecánicos:

- Modelo de reconstrucción de Baldwin
- Modelo ortopédico de Taylor.
- Modelo Kinético de Licht.
- Modeo compensatorio.

Modelos neurobiológicos:

- Modelo Neuroconductual de Banus.
- Modelo de desarrollo de reflejos de Fiorentino.
- Modelo sensoriomotor de Rood.
- Modelo perceptual motor de Jean Ayres.
- Modelo de integración sensorial de Jean Ayres.
- M. de integración sensorial para esquizofrénicos de King.

MODELOS DESCRIPTIVOS: "Áreas de desempeño". (Intrapersonal e interpersonal)

- a) Interpersonal.
 - b) Intrapersonal.
- Modelo preocupacional de terapia.
 - Modelo de ocupación terapéutica de Dunton.
 - Modelo de relaciones objetales de Azima.
 - Modelo de procesos de comunicación de Fidler.
 - Modelo de recapitulación de la ontogénesis de Mosey.
 - Modelo de las actividades de Mosey.
 - Modelo de procesos de terapia ocupacional de Watanabe.

Fuente: Elaboración propia.

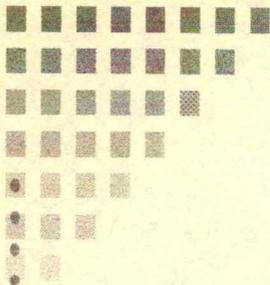
Para el objetivo específico *clasificar y caracterizar los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional*, se utilizaron diferentes fuentes de información teórica que incluyen varios países, distintas líneas teóricas, y diversas formaciones académicas así como contextos culturales, etc.; lo cual me ha permitido ordenar a los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional desde las estructuras superiores, *metamodelos* y *supermodelos* (cap. 3), hasta los modelos *genéricos*, *descriptivos* y de *parámetros* (cap. 4.).

Para el segundo objetivo *Describir los Modelos Teóricos más relevantes según las áreas de intervención de las instituciones de Mar del Plata* se realizó un trabajo de campo cuyos hallazgos y su interpretación (cap. 7.) revelaron que existen sólo dos Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional que son realmente relevantes tanto en el conocimiento, como en la aplicación por los Terapistas Ocupacionales de Mar del Plata.

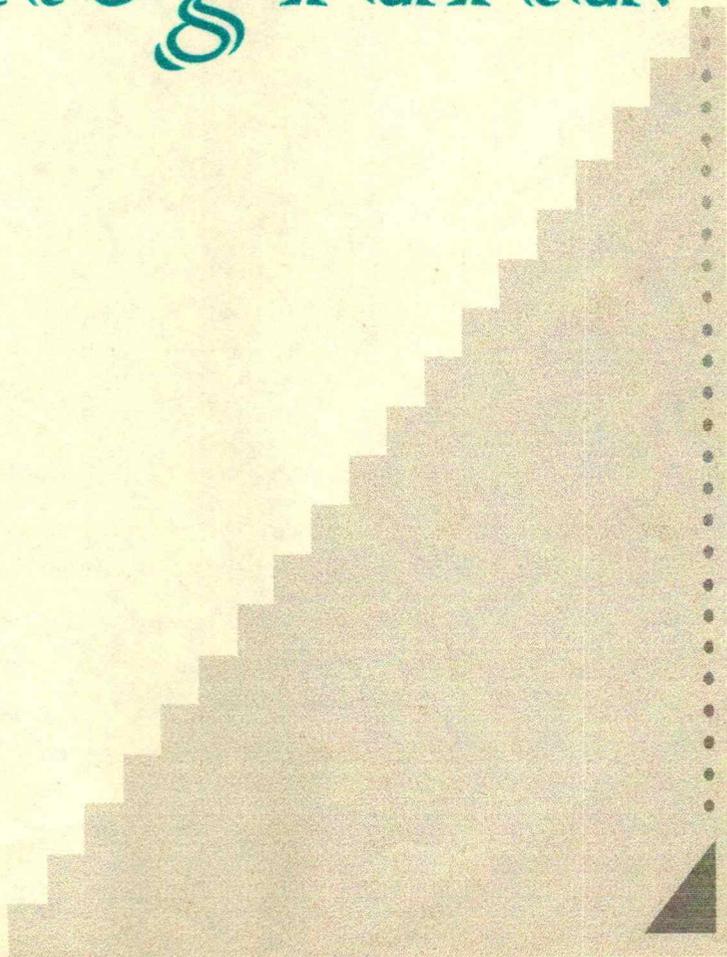
Ellos fueron el Modelo de **INTEGRACIÓN SENSORIAL** de Jean Ayres; y el Modelo de **OCUPACIÓN HUMANA** de Gary Kielhofner (cap. 5.).

Propuesta.

Teniendo en cuenta los obstáculos como las barreras idiomáticas y el acceso a la bibliografía específica como a profesionales idóneos en la temática desarrollada, la falta de formación académica sustentada por modelos teóricos de Terapia Ocupacional y los escasos exponentes de los mismos a través de cursos de postgrado dictados en nuestro país por profesionales que se formaron en diferentes universidades del exterior, deseo y propongo que esta investigación permita incentivar a los lectores, alumnos y profesionales a profundizar en el estudio de este tema porque apunta, como lo mencioné anteriormente, a la comprensión de las bases teóricas de la Terapia Ocupacional; es menester que sigamos desarrollando trabajos de investigación de esta naturaleza para el desarrollo de modelos teóricos que articulen la teoría y la práctica en nuestro **contexto sociocultural**, para el beneficio personal, de la profesión, y de los servicios de salud para los que realizamos nuestras prestaciones.



Bibliografía.

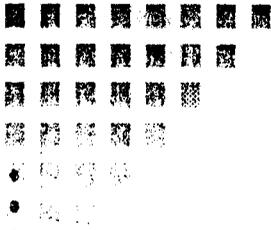


- 📖 **Allen, C.K.** ; 1982; Independence through activity: the practice of Occupational Therapy (Psychiatry) *American Journal of Occupational Therapy*. 48; 3; 73.
- 📖 **Beláustegui, Clara I.; Villén, Lorena.** *Análisis de la Sensibilidad táctil, propioceptiva y esterognósica en la funcionalidad del miembro superior afectado de niños con hemiplejía debido a parálisis cerebral.* Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1995.
- 📖 **Berenson, María L; Levine, David M.** **Estadística básica en Administración.** México; Ed Prentice-Hall Hispanoamericana S.A. 1992.
- 📖 **Burgos, Norma; Cocciolone, Ana;** *Función Sensorseptiva en Síndrome Disléxico.* Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1994.
- 📖 **Canadian Association of Occupational Therapists.** *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice.* Toronto; Special Health Systems; 1991.
- 📖 **Canales, F. H.; Alvarado, E. L. y Pineda, E.B.;** **Metodología de la investigación.** Manual para el Desarrollo de Personal de Salud.; OPS. OMS. 2ª reimpresión; 1989.
- 📖 **Christiansen, Charles;** **Occupational Therapy.** New York; Edit. Slack. 1991.
- 📖 **Chokler, M.H.** **Los organizadores del desarrollo psicomotor.** Del mecanismo a la psicomotricidad operativa. Buenos ; Ediciones cinco. 1988.
- 📖 **Cortada de Cohan, Nuria; Cano, José Manuel.** **Estadística aplicada.** Buenos Aires; Ed. Eudeba. 1975.
- 📖 **Cunietti, Silvia; De Laurentis, Claudia; Pernice, Valeria.** *Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer* Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) año?
- 📖 **Cursino de Ferrari, M. A.** Kielhofner e o modelo de ocupação humana. *Revista de Terapia Ocupacional.* Universidade de São Paulo. Ed Artigos ; 2; 4; 1991.
- 📖 **Day, R. A.;** **Cómo escribir y publicar trabajos científicos.** Publicación Científica N°526. Washington,DC; O.P.S. 3ª reimpresión; 1994.

- 📖 Diccionario práctico: **Sinónimos Antónimos**; México; Ed. Larousse; 1991.
- 📖 Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas; México; Ed. Salvat; 13ª ed.; 1993.
- 📖 **Dunn, W.; Foto, M.; Hinojosa, J.; et. all.**; 1994; Uniform Terminology for Occupational Therapy- Third Edition. *American Journal of Occupational Therapy* ; 48; 11; 1047-54.
- 📖 **Dunn, W.; Foto, M.; Hinojosa, J.; et. all.**; 1994; Uniform Terminology - Third Edition - Application to Practice. *American Journal of Occupational Therapy* ; 48; 11; 1055-9.
- 📖 **Ecco, H. Cómo se hace una tesis.** Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura; Barcelona; Ed. Gesida; 1994.
- 📖 **Fernández, L. y Fernández V.** *Expectativas Profesionales en Terapia Ocupacional.* Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1995.
- 📖 **Francisco, B.R. Terapia Ocupacional.** São Paulo; Ed. Papyrus 1988.
- 📖 **Gilfoyle, E. M., Eleanor C. Slagle Lectureship (1984):** Transformation of a Profession; The Annual Conference of the American Occupational Therapy Association; *American Journal of Occupational Therapy*; 38; 9; 575-84.
- 📖 **Grieve, J.; NEUROPSICOLOGIA para Terapeutas Ocupacionales.** Evaluación de la percepción y de la cognición. Bogotá. Médica Panamericana. 1995.
- 📖 **Hinojosa, Jim; Sabari, Joyce; Pedretti, Lorraine;** 1994; Position Paper: Purposeful Activity. *American Journal of Occupational Therapy*; 47; 12; 1081-2.
- 📖 **Howe, M.; Briggs, A;** 1982; Ecological Systems Models for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 5; 36 ; 322-327.
- 📖 **Javetz, R. Katz, N.;** 1989; Knowledgeability of Theories of Therapy practitioners in Israel. School of Public Health, Hebrew University Jerusalem, Israel. *American Journal of Occupational Therapy*. 43; 10; 664-75.
- 📖 **Katz, N. ;** 1985; Occupational Therapy's Domain of concern: Reconsidered. *American Journal of Occupational Therapy*; 39, 8: 523-4.

-  **Las Heras C.G. M.S. O.T.R. Modelo de Ocupación Humana,** aplicación en la práctica de Gary Kielhofner. *Curso Internacional de Postgrado en Terapia Ocupacional.* Universidad Nacional de Quilmes. Argentina; 1996.
-  **Llorens, L.A.;** 1984; Theoretical conceptualizations of Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health* N°4; 1-14.
-  **Martijena, Nidia. Ecología humana.** Nueva dimensión de la Terapia Ocupacional, ¿Utopía o realidad?; Mar del Plata; 1995.
-  **Miranda, Claudia y otros; La ocupación en la vejez.** Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional; Mar del Plata; 1996.
-  **Molina, Mario; Partarrié, Mariel.** *Alteraciones en la realización independiente de las actividades de la vida diaria de cuidado personal en los pacientes con mielomeningoceles.* Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional - (U.N.M.D.P.) ; año ?
-  **Mosey, A. C. Occupational Therapy: Configuration of a profession;** New York, Ravens Press ; 1981.
-  **Mosey, A. C.;** Eleonor Clarke Slagle Lectureship; 1985; A monistic or Pluralistic Approach to Professional Identity? (American Occupational Therapy Association) *American Journal of Occupational Therapy.* 39; 8 ; 504-9 .
-  **Papiesmeister, Ana M. Terapia Ocupacional en el tratamiento del niño autista.** Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional. (U.N.M.d.P.) 1996.
-  **Pecker, Patricia; Perez Guzzi, Daniela; Portaluppi, Gabriela. Un enfoque preventivo de Terapia Ocupacional en Gerontología.** Tesis para La Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1992 .
-  **Polit, D. F. y Hungler, B. P.;** **Investigación Científica en Ciencias de la Salud.** México; Ed. Interamericana Mc Graw-Hill; 3ª edición; 1992.
-  **Reed, K.L. Ph.D O.T.R. Models of Practice in Occupational Therapy.** Baltimore; Williams & Wilkins; 1984.
-  **Sabulsky, J. Metodología de la investigación.** Kopyfac; 1993.
-  **Samaja, J.;** **Epistemología y Metodología.** Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires; Ed. Eudeba; 1993.

- 📖 **Sbriller, Rosa L.** *Trabajo y Esquizofrenia* . Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional.(U.N.M.D.P.) 1994.
- 📖 **Schwald, Anita.**; Modelo de Integración Sensorial. *Curso sobre la integración Sensorial básica* (primera y segunda parte) A.M.T.O. Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales. Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur. 1992.
- 📖 **Sierra Bravo, R,** **Técnicas de investigación social.** Madrid; Edit. Paraninfo;1985.
- 📖 **Simon and Schuster's International Dictionary** English /Spanish New Yorked. Simon & Schuster.
- 📖 **Sonis, Abraham.** Técnicas de dirección. El enfoque sistémico en la administración de la salud; en **Análisis de las Organizaciones de Salud.** Washington, D.C. O.P.S. - O.M.S.; 1989 .
- 📖 **Strizinec, G.** Todo el MS-EXCEL para WINDOWS 95 versión 7.0 en un solo libro. Buenos Aires; Ed. GyR libros para saber ; 1995.
- 📖 **Strizinec, G.A.** revisión Todo el WORD 6.0. para WINDOWS en un solo libro. Buenos aires; Ed. GyR libros para saber; 1995.
- 📖 **Tellechea, Mónica y Teruggi, Mabel;** *Existencia de disfunción Ocupacional en internos que asisten a talleres en la Unidad Penal N° 15 de Batán.* Tesis para la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1995.
- 📖 **Trombly, C.A.** **OCCUPATIONAL THERAPY for Physical Dysfunction.** Baltimore; Williams & Wilkins; Fourth Edition; 1995.
- 📖 **Van Deusen, J.;** 1993; An Analytical Approach to Teaching Theory at the Postprofesional Level. *American Journal of Occupational Therapy.* 10; 47; 949-952.



Anexo.



Cuestionario para Terapistas Ocupacionales.

El siguiente cuestionario está dirigido a los profesionales, con la finalidad de orientar hacia la elección de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional a desarrollar en una tesis de graduación para la Licenciatura en Terapia Ocupacional (UNMdP) cuyo plan ha sido aprobado el 27/11/96

(Marcar con una X la respuesta que corresponde)

a. ¿En qué área trabaja Usted?

1. Asistencial.

Salud mental.

Psicopatología infanto - juvenil.

Discapacidad física.

Pediatría.

2. Comunitaria.

3. Docencia e investigación.

4. Educacional.

5. Geriatria y gerontología.

6. Laboral.

7. Social.

b. ¿ Aplica algún/os Modelo Teórico de Terapia Ocupacional en su práctica diaria?

Si.

No.

c. Si aplica, puede nombrar ¿cuál/es?-----

Gracias por su colaboración.