

TEMARIO ESPECIFICO TERAPEUTA OCUPACIONAL

TEMA 1. BASES CONCEPTUALES DE TERAPIA OCUPACIONAL: PRINCIPIOS Y CONCEPTOS BASICOS, PARADIGMA DE TERAPIA OCUPACIONAL. CODIGO DEONTOLÓGICO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

1. HISTORIA Y ORIGEN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia ocupacional creció en el propio desarrollo de la historia del hombre, puesto que la ocupación ha desempeñado un papel central en la existencia humana. Así, el uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde el inicio de las civilizaciones más primitivas, partiendo del principio de que "el ser humano es un ser activo por naturaleza, que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos".

El desarrollo histórico de la terapia ocupacional ha sido influenciado por criterios filosóficos que han generado modelos de práctica profesional, cuyas exigencias se han visto reflejadas en los procesos de formación y práctica del terapeuta ocupacional. El uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido aprendido desde los inicios de las civilizaciones.

En el 2600 a.C., los chinos pensaban que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y utilizaban el entrenamiento físico mediante ejercicios gimnásticos, para promover la salud e incluso, según sus creencias, para asegurar la inmortalidad.

Alrededor del 2000 a.C., los egipcios alzaron templos donde los melancólicos acudían en gran número para aliviar su enfermedad y en los cuales, el uso del juego y actividades recreativas era la nota característica.

En la Grecia clásica, allá por el 600 a.C., Esculapio, funda el hospital de la ciudad de Pérgamo, donde aliviaba el delirium con el empleo de canciones, música, literatura, y farsas. Entre el 600 a.C. y el 200 d.C., Pitágoras, Tales de Mileto y Orfeo, utilizaron la música, como remedio para distintos males. Hipócrates recomendaba la lucha libre, la lectura y el trabajo para mantener el estado de salud.

Cornelio Celso, (14–37 d.C.), recomendaba la música, la conversación, la lectura, y ejercicios hasta el punto de llegar a la fatiga, para mejorar las mentes trastornadas. Para problemas de estómago, recomendó las lecturas en voz alta. Es curioso que recomendara las ocupaciones que estuvieran ajustadas al temperamento de cada persona.

Séneca (55 a.C.–39 d.C.), recomendaba el trabajo para cualquier tipo de agitación mental. Galeno (129–199) defendía el tratamiento mediante la ocupación, señalando que el empleo es la mejor medicina natural y es esencial para la felicidad humana.

Durante la Edad Media, apenas se desarrolla la idea de la ocupación, con fines terapéuticos. Hasta el Renacimiento, no resurge. Entre 1250 y el 1700, el interés científico, se dirigió al análisis del movimiento y autores como Leonardo, Descartes, y Bacon, prestaban



atención al ritmo, la postura, y el gasto de energía. Ramazzini resalta la importancia de la prevención, frente al tratamiento, y la importancia de observar al paciente en su lugar de trabajo. Sanctorius (médico), señaló vitalidad como los ejercicios ocupacionales y recreación, podían incrementar la esperanza de vida. Durante los siglos XVIII y XIX tuvo lugar, un rápido desarrollo de la psicología, la anatomía, y la fisiología, lo que contribuyó a que fueran apareciendo los patrones de la fisioterapia y de la terapia ocupacional. En 1780, Tissot clasificó el ejercicio ocupacional en activo, pasivo y mixto, recomendó tocar el violín, coser, martillar, tocar la campana. En 1789, Pinel introdujo el tratamiento por el trabajo en el Hospital Asilo

de Bicetre, para enfermos mentales prescribiendo ejercicios físicos y ocupaciones manuales en la creencia de que la labor humana ejecutada rigurosamente, era el mejor método de asegurar una buena moral y disciplina.

La Primera Guerra Mundial introdujo la fisioterapia, pero fue la Segunda Guerra Mundial cuando se reconoció la TO oficialmente. La historia nos sugiere que la profesión de TO emerge, a finales del siglo XIX, como parte del descubrimiento del valor de las ocupaciones como tratamiento.

2. INICIOS DE LA PROFESIÓN EN EL SIGLO XX.

Estados Unidos

Adolf Meyer, psiquiatra que trabajó a finales del siglo XIX y principios del XX, proporcionó a la TO una base filosófica sobre la cual pudo crecer. Meyer creía que los ritmos de la vida (trabajo, juego, descanso y sueño) debían mantener un equilibrio y que este se conseguía por el hacer y la práctica habitual, con un programa de vida saludable como base para un sentimiento o emoción saludable.

En 1892 escribía: el uso apropiado del tiempo en alguna actividad útil y gratificante

parecen ser una cuestión fundamental en el tratamiento de pacientes neuropsiquiátricos Susan E. Tracy, durante su formación como enfermera en 1905 y mientras trabajaba con pacientes ortopédicos encamados, se dio cuenta de los beneficios de la ocupación para aliviar la tensión nerviosa y permitir a estos pacientes tolerar el encamamiento. Tracy también creía, como Meyer, que la relación interpersonal entre el instructor y el paciente era un elemento importante para el éxito del tratamiento ocupacional. Herbert J. Hall, médico que practicó la medicina en los inicios del siglo XX, prescribía la ocupación para sus pacientes (lo que él denominaba cura de trabajo) como un tipo de medicina para dirigir el interés y regular la vida. En 1906 estableció un taller en el que se usaban el tejido a mano, la talla de madera y la cerámica como tratamiento de la neurastenia. Hall creía que la adecuada ocupación de la mano y de la mente es un factor muy influyente en el mantenimiento de la salud física, mental y moral en el individuo y en la comunidad. El Dr. William Rush Dunton Jr. está considerado como el padre de la profesión.

Como psiquiatra, ya en 1895, utilizaba la TO como tratamiento de los pacientes mentales. En 1919 el Dr. William Rush Dunton Jr., estableció un credo para



los terapeutas ocupacionales: La ocupación es tan necesaria para la vida como el comer y el beber. Todo ser humano debe tener ocupación física y mental. Todos han de tener ocupaciones en las que practicar o distraerse. Éstas son las más necesarias cuando la vocación está apagada o es poco grata. Todo individuo debe tener, al menos, dos entretenimientos: uno interior y otro exterior. Un gran número de ellos ampliara los intereses y la inteligencia. Las mentes, los cuerpos y las almas enfermas pueden sanar a través de la ocupación.

La Primera Guerra Mundial trajo consigo el entrenamiento de los auxiliares de reconstrucción, en julio de 1921 se graduaron 1685 auxiliares de reconstrucción, fue cuando la TO empezó a introducirse en el terreno científico relacionado con el tratamiento de la incapacidad física. Específicamente fueron utilizados por primera vez dispositivos, técnicas y métodos como el análisis cinesiológico de las actividades, el desarrollo de elementos para medir la fuerza y el grado de movilidad y el diseño de piezas del equipo adaptadas para ayudar a ejecutar movimientos específicos destinados a incrementar la fuerza y el grado de movimiento. La rica y profunda herencia que hemos recibido de estos antepasados se puede resumir brevemente en los siguientes puntos:

Consideración de las labores manuales y creativas como modalidad restauradora. Utilización de las necesidades, valores e intereses de los pacientes para le estimulación de la actividad constructiva. Aprovechamiento de las destrezas existentes y desarrollo de otras nuevas para remediar la patología. Importancia de la relación interpersonal y de las interacciones para establecer y mantener un proceso terapéutico. Desarrollo de técnicas y dispositivos para disminuir la incapacidad. Aceptación del consejo básico de que la ocupación (actividad significativa y con un propósito) puede ser una fuerza positiva que influya sobre el estado de salud de un individuo.

3. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ESPAÑA

La Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO), fundada por el Dr. Ruiz, fue creada por decreto del Ministerio de la Gobernación, aprobado por el Consejo de ministros (BOE n.º 246 de octubre de 1964). El 27 de junio de 1967 apareció en el BOE n.º 152 el Reglamento por el que había regirse la ENTO, adscrita como filial de la

Escuela Nacional de Sanidad y regida por una Junta Rectora compuesta por un presidente, un vicepresidente, cinco vocales y un secretario.

Desde un principio fue criterio de la ENTO adaptar sus programas a los que rigen en

la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) y mantener contacto con dicha federación hasta su integridad definitiva (13 de agosto de 1970), adquiriendo así sus títulos, reconocimiento y validez internacional. Con la Ley de la Reforma Universitaria, los estudios de TO aparecen por fin reconocidos como título universitario de nivel medio (BOE 20/10/1990).



La primera escuela se crea en la Universidad de Zaragoza, y a ésta le siguen la Universidad Complutense de Madrid, la Escuela de la Cruz Roja de Tarrasa y el CEU de Talavera de la Reina. En 1996 se publica en el BOE el decreto que regula la convalidación de títulos obtenidos en la antigua ENTO.

4. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

1.1 Sentido de la existencia de la ocupación

Es posible que podamos encontrar el sentido de la existencia de la Terapia Ocupacional en multitud de hechos históricos más o menos recientes de nuestra andadura profesional. Lo que es cierto es que la mayor parte de los autores coinciden en señalar el momento de la Constitución de la sociedad nacional para la promoción de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos, cómo sí cuándo se establecen sus objetivos” la promoción de la ocupación como medio terapéutico, el estudio de los efectos de la ocupación sobre el ser humano y su conocimiento científico, como una de las claves que dan sentido a la existencia de la Terapia Ocupacional.

1.1. La ciencia de la ocupación

La ciencia de la ocupación emerge como una ciencia fundada en las ciencias sociales interdisciplinarias, sostiene relaciones mutuas con otras disciplinas, entre ellas, la sociología, la antropología, la filosofía, y la psicología Es un área de conocimientos que se deriva de los principios y valores de la Terapia Ocupacional, en la búsqueda de una base de elementos teóricos sólidos que validen y sustenten las acciones de la profesión.

Sin embargo, no esta limitada a la terapia ocupacional, si no que apunta a una comprensión ocupacional del ser humano lo que traspasa las fronteras profesionales, posibilitando ampliar las habituales dimensiones de comprensión como ser biopsicosocial a la dimensión ocupacional. La inquietud por concretar una ciencia de la ocupación nace en los inicios de la profesión. Ya en 1917, la "Sociedad para la Promoción de la Terapia Ocupacional", visualiza la necesidad de contar con una ciencia que introdujera la ocupación como medida terapéutica y que estudiara el efecto de la ocupación sobre el ser humano. Esta búsqueda ha vivido distintas etapas, desde la formulación de las premisas de la terapia ocupacional hasta la fundación formal de la ciencia de la ocupación en 1980.

En la actualidad, la ciencia de la ocupación se nutre de diversas perspectivas culturales y ha llegado a constituir un movimiento global (3) desarrollando múltiples actividades alrededor del mundo que dan cuenta de la expansión que vive esta disciplina.

Tal como refiere Yerxa, uno de los pasos para alcanzar el profesionalismo es poseer un cuerpo de conocimientos basado en investigación. En el caso de la Terapia Ocupacional, dicho proceso ha tomado la forma de una ciencia básica, la ciencia de la ocupación, la cual se dedica al estudio del ser humano como ser ocupacional y aborda los distintos dilemas que atañen a la profesión, la practica profesional y a la academia.

Todo este proceso ha permitido desarrollar un cuerpo de conocimientos cuyo foco central es la ocupación, lo cual brinda un soporte que enriquece la práctica terapéutica de la Terapia



Ocupacional, constituyendo una de las principales fortalezas de la relación entre la ciencia de la ocupación y la Terapia Ocupacional.

1.2. Genesis ocupacional y Terapia Ocupacional

La génesis ocupacional describe el proceso adaptativo evolutivo, y en el cual los humanos se dedican a realizar actividades propositivas que son significativas para sus vidas, su mundo y sus experiencias. La génesis ocupacional destaca la productividad expansiva de los seres humanos en la forma en que ellos se dedican- ocupan a una labor adaptativa significativa durante sus vidas

La génesis ocupacional también detalla cómo ocurren estos cambios en cada etapa de la vida.

2. LA OCUPACIÓN

La ocupación es parte de la actividad humana como y aunque no se refiera a toda ella. Las personas participan en actividades de supervivencia individual y de la especie, espirituales y sociales, junto con aquellas que consideramos ocupacionales. La colocación de ciertas actividades en distintas esferas de la actividad humana no significa que todas las actividades del ser humano puedan clasificarse estrictamente en una de estas áreas; muchas veces las actividades se superponen entre las distintas áreas.

Aunque algunas actividades como las de trabajo y juegos y las de autocuidado son principalmente de carácter o naturaleza ocupacional

, podemos encontrar algunas o en ocasiones estas mismas que están

interrelacionadas con actividades sexuales como de supervivencia o sociales

Algunos autores señalan que la Terapia Ocupacional no está relacionada con todos los tipos de actividad y se concentra en lo que es ocupacional

en la vida humana. Entendemos que este hecho se refiere a que la Terapia Ocupacional trabaja para incidir sobre la mejora del desempeño funcional adecuado de todas las actividades humanas cuando el individuo las siente importantes para él y para su desarrollo personal y social, entendiendo así que actividades que primariamente no serían de naturaleza ocupacional toman este singular carácter en ese momento.

2.1 Tipos de ocupación

Según Kielhofner, el estudio de la ocupación comienza con la identificación y la clasificación de las diferentes formas de ocupación. Además, para guiar el tratamiento de la Terapia Ocupacional es necesario establecer el punto donde se salta de la disfunción ocupacional al funcionamiento saludable.

En Terapia Ocupacional, y siguiendo a la mayor parte de los autores e instituciones sobre la materia, se reconocen 3 tipos de áreas de ocupación: (según la AOTA áreas de ejecución ocupacional): tarea de la vida diaria, trabajo y ocio o juego.

Las tareas de la vida diaria abarcan los autocuidados, las tareas domésticas, el mantenimiento



del espacio vital como el manejo y mantenimiento de los recursos económicos y aquellas conductas adecuadas para el acceso a los distintos recursos del entorno. La sociedad espera que todos sus miembros tengan habilidades suficientes para poder llevar a cabo estas áreas de forma que no contribuyan directamente a los servicios de la sociedad.

El trabajo puede definirse como todas aquellas actividades productivas remuneradas o no, es decir, aquellas que proporcionan un servicio a la sociedad (a un miembro, a varios o al conjunto) Las actividades productivas, generalmente, están organizadas en lo que se denominan roles vitales importantes. Estos roles son posiciones que la persona ocupa en la vida, reconocida por el entorno social y por lo que Kielhofner denomina el rol obligado.

El juego es una actividad que acompaña al ser humano desde su nacimiento. A través de él, el individuo comienza a explorar y a dominar su cuerpo y su entorno en la infancia, el juego predomina sobre otras áreas de la ocupación y según el individuo va creciendo, el juego se modifica pasando de los juegos más motrices y deportivos a versiones más sosegadas como pasatiempos, recreación social, deportes, acontecimientos culturales ... En la vejez el juego, tiene más tiempo para desarrollarse pero, debido quizás a elementos culturales, hasta hace poco tiempo en nuestro país ha sido relegado y mal visto en esta etapa de la vida.

2.2. Actividad, cultura y estatus social

Al igual que están relacionadas a los roles que asume una persona, las actividades son significativas en términos de Cultura y estatus social. Forman patrones que son muy importantes dentro de los valores y normas del grupo social y cultural del individuo. Así, si su cultura dicta que se deben evitar ciertas comidas, sus actividades en relación a la preparación de los alimentos y a las comidas se adaptarán de acuerdo a ello. Cada persona se afana en llevar una vida lo más satisfactoria posible;

Por ello, tratarán de realizar actividades que sean aprobadas por su grupo social y cultural, escogiendo aquellas que también satisfagan sus necesidades y deseos personales. Hay, de todos modos, excepciones y cada uno modificará, en mayor o menor medida, su actividad dentro de los parámetros de su entorno y lo que él cree que es aceptable y conductualmente

3. Definición de Terapia Ocupacional

Existen multitud de definiciones de la Terapia Ocupacional. Cada sociedad profesional, cada escuela de formación, y los propios profesionales de manera independiente, ofrecen su definición sobre la materia.

De todas ellas la adoptada en último lugar por la asociación americana de Terapia Ocupacional en 1986 es quizá la más difundida y conocida:

“Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juegos para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Pueden incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y



3.1. Los objetivos profesionales

El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar al cliente para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, a través del desarrollo de habilidades que le permitirán funcionar a un nivel satisfactorio para él y para los demás. El resultado deseado de la intervención es la capacitación del cliente para que dé una respuesta apropiada a sus propias necesidades dentro del ciclo vital, con el fin de que su vida sea satisfactoria y productiva.

Hay otros objetivos secundarios que se desprenden del principal y son:

- ✓ Valorar las necesidades del cliente en función de los roles ocupacionales requeridos por él.
- ✓ Identificar las habilidades necesarias para apoyar esos roles.
- ✓ Cambiar o minimizar las conductas que dificultan la ejecución ocupacional
- ✓ Mejorar la ejecución de los roles.
- ✓ Ayudar al cliente a desarrollar, reaprender o mantener las habilidades a un nivel de competencia que le permita la ejecución de los papeles ocupacionales de manera satisfactoria
- ✓ Ayudar al cliente a alcanzar un uso organizado, satisfactorio y con un propósito del tiempo.
- ✓ Capacitar al cliente para actuar, fuera de servicio, a un nivel que satisfaga sus necesidades de una forma aceptable para él y para la sociedad

3.2. El individuo como ser único

La única razón para la existencia de la Terapia Ocupacional son las personas derivadas a los servicios de Terapia Ocupacional. Esta persona es única. También, irrefutablemente, un miembro de la especie humana y por ello “como todos los demás, como algunos otros y como ninguno Rogers 1986.

3.3 Salud y enfermedad

Salud no es únicamente la ausencia de enfermedad. El diccionario de la Real Academia de la lengua define la salud como “ buen estado del cuerpo, aquella situación en la cual sus funciones están en orden.”

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad “

Los terapeutas ocupacionales vemos la salud como la capacidad de funcionar adecuadamente en una variedad equilibrada de roles, y lograr de satisfacción de ello. Las necesidades de cada individuo, y los roles que de él se espera, cambian a lo largo de la vida pero es necesario un equilibrio flexible de las ocupaciones para mantener la salud.



4. EL ENTORNO

4.1 Exploración y dominio

Según el modelo de ocupación humana, los individuos, a lo largo de su vida escogen explorar y dominar sus alrededores. Las decisiones relacionadas con qué ambiente se explorará, reflejan una combinación de factores y circunstancias tanto intrínsecas como extrínsecas. Además, esta decisión están gobernadas también por la volición, que influye sobre la forma en que la persona lleva a la acción el impulso innato de la explotación y el dominio del ambiente.

En un estudio de Elliot y Barris se ha confirmado que la exploración y el dominio o control del entorno mediante la participación en roles ocupacionales significativos conducen a una retroalimentación positiva y a lograr sentimientos de satisfacción respecto a la vida

4.2 Interacción persona – ambiente

El hecho de entender el desempeño ocupacional como el resultado de la interacción persona-ambiente, tal como sugiere el Modelo de Ocupación Humana, tiene dos implicaciones importantes para la Terapia Ocupacional: lo primero es que todas las personas que se tratan en Terapia Ocupacional se componen de una parte de sus ambientes nativos y lo segundo es que la Terapia Ocupacional es, en sí misma un ambiente con el cual los pacientes interactúan.

4.3 Paradigma de la terapia ocupacional

Los miembros de las disciplinas emergentes no se proponen crear paradigmas. En cambio, buscan poner en funcionamiento una idea fundamental, explicar el valor de lo que están haciendo, conseguir apoyo e impartirles a otros lo que ellos saben cómo llevar a cabo.

Dado que el paradigma es la cultura básica y el punto de vista conceptual de una disciplina determinada, sus miembros enfrentan el desasosiego que implica el abandono de los modos de pensamiento y de practica provistos

por el paradigma. En lenguaje cotidiano podríamos decir que el cambio de paradigma representa un cambio tanto en el modo de pensar como en el modo de sentir. Por este motivo, para hacer referencia a la transición se emplea

el concepto de crisis. La crisis finaliza con la articulación y la aceptación de un nuevo paradigma.

El aspecto más importante es que el cambio de paradigma de una profesión altera el sentido de identidad y el punto de vista de la práctica profesional que comparten sus miembros, es posible (y de hecho así sucede) que una

disciplina atraviese periodos de cambios radicales de la mayor parte de sus puntos de vista básicos. Cuando esto ocurre, la disciplina debe reinterpretar que lo que los miembros de una disciplina pensaron que era el modo correcto y adecuado de considerar y realizar las cosas presenta fallas o defectos. El cambio de un paradigma a otro requiere que los miembros de una disciplina hagan un acto de fe y que se sometan, si fuese necesario, a un cambio en favor de un punto de vista nuevo



Tratamiento Moral

Nació en Europa durante los siglos XVIII y XIX cuya principal premisa era la participación en tareas y eventos diversos de la vida cotidiana para restituir a la persona un funcionamiento más saludable y satisfactorio

Consideraban que la gente comenzaba a padecer afecciones mentales porque sucumbía a las presiones externas y adoptaba hábitos incorrectos que los desconectaba de la vida convencional. Por otra parte, pensaba que la sociedad tenía la obligación de ayudar a quienes padecieran enfermedades mentales y que así pudiesen alcanzar patrones de vida satisfactorios. El enfoque del tratamiento se afirmaba sobre suposiciones de que la persona que padeciese una afección mental mantenía hasta cierto punto la capacidad de autodeterminación y que su mejoría dependía en gran medida de su propia conducta.

De este modo, "se esperaba que el empleo en ocupaciones diversas fuera un medio para que el paciente mantuviera el control sobre su propia afección".

El tratamiento Moral era una terapia ambiental. Se diseñaban ambientes físicos, temporales y sociales para corregir los hábitos de vida incorrectos de la persona, de los que se pensaba eran factor central de la afección mental.

La participación en ocupaciones tales como la educación, las tareas cotidianas, el trabajo y el juego se utilizaba para reestablecer en la persona los hábitos de vida saludables; los prejuicios en contra de aquellos que se encontraban en hospitales psiquiátricos erosionaron el compromiso social de brindarles tratamiento a los que padecían afecciones mentales

PARADIGMA DE LA OCUPACION

Se desarrolla durante la primera guerra mundial y la segunda guerra mundial, Este paradigma considera que las capacidades del cuerpo y la mente se mantiene por medio del desempeño de ocupaciones que proveen un sentimiento de interés, valor logro y desafío.

Conceptos teóricos centrales

“Nuestro concepto de hombre es el de un organismo que se mantiene y busca un equilibrio dentro del mundo de lo tangible y lo real a través de la vida activa y del uso activo, esto es, haciendo uso, viviendo y actuando su vida en armonía con su propia naturaleza y la de medio que lo rodea. Es el uso

de nosotros mismos lo que deja su impronta final en cada uno de nuestros órganos.” (Meyer)

Este concepto teórico identifico la necesidad humana por el trabajo. Además, indico que la participación en las ocupaciones modelaba la mente y el cuerpo del hombre; la ocupación consiste en la alternancia entre modos de existir, pensar y actuar, para un estado saludable es fundamental el equilibrio entre la



creatividad, la diversión relajada, los intereses estéticos, la celebración y el trabajo responsable.

Un tercer concepto teórico aseguraba que la mente y el cuerpo están ligados de manera inextricable. Por lo tanto, las capacidades del cuerpo y la moral y voluntad de la mente se mantiene por medio del desempeño de ocupaciones que proveen un sentimiento de interés, valor, logro y desafío. La moral, se refiere a la capacidad de ver del presente y el futuro con un sentimiento de interés y compromiso. La voluntad se refiere a la capacidad de tomar decisiones sobre la base de un sentido claro del valor y del deseo. La inactividad (o la falta de ocupación) tiene como consecuencia la desmoralización, el colapso de los hábitos y el deterioro físico con pérdida concomitante de la capacidad para desempeñar las ocupaciones correspondientes a la vida diaria.

Se creyó que la ocupación proveería una distracción del dolor físico y psíquico que alentaría al sujeto a usar sus capacidades mentales y físicas.

Un punto de vista focal

El punto de vista focal de la TO inicial se centró en tres fenómenos y sus interrelaciones: mente, cuerpo y entorno.

La mente fue el área de interés fundamental. La motivación de la persona, la influencia sobre su actitud y su moral y la incitación a la actividad física a través del compromiso de la mente fueron sus temas principales.

“Es más fácil encontrar algo que el paciente pueda hacer que encontrar algo que desee hacer. Es necesario ser ingenioso, contar con una amplia variedad de ideas atractivas, ya que es innecesario decir que. Incluso en un estado saludable, lo que para una persona es atractivo no lo es para otra.”

(Tracy)

“Recuérdese que la recuperación de la capacidad física sin mediación de la voluntad es algo inútil. La práctica media adecuada demanda tanto la curación de la mente como la del cuerpo o el órgano...”

(slagle y robeson)

Por lo tanto, el objetivo de la terapia era el de crear un interés genuino en algo externo al interés mórbido del paciente en su propia persona y sus síntomas... y prepara su actitud mental de modo que pueda adaptarse a las demandas normales y ambientales posteriores al alta médica.

“Nuestro cuerpo no consiste en unos kilos de carne y hueso que funcionan como una maquina con el agregado de una mente abstracta o un alma. En su totalidad un organismo viviente que palpita con su ritmo de descanso de actividad.” (Meyer).

Este enfoque implicaba que los TO intentaban comprender no solo el modo en el que se utilizaba el cuerpo en cada tarea, sino que también indagaban el motivo por el que requería ritmos regulares de trabajo, descanso, recreación y sueño.

En resumen, los TO consideraron al sujeto en su totalidad como persona (cuerpo y mente) en su interacción con las tareas vitales dentro de su entorno. Aunque los To comprendían que la



capacidad física era necesaria para la función, hacían menos hincapié en los trabajos detallados del cuerpo que en los asuntos relacionados con el entorno y la mente. Con esto no se sugiere que los terapeutas no consideraran el modo de utilizar la ocupación para lograr una mejoría motriz específica. Más bien, el punto de vista fundamental de los TO era el de la ocupación como fuerza dinámica que, a través del empleo del cuerpo y de la mente en interacción con el entorno, mantiene la capacidad de funcionamiento. Este punto de vista focal fue tanto holístico como dinámico.

Valores

-El sujeto logra su dignidad en el desempeño de las ocupaciones cotidianas.

-El sentido se hace evidente por medio de los logros productivos y de las actividades creativas y estéticas.

Por lo tanto, la ocupación se valoraba por su papel en la vida del ser humano. Los primeros TO advirtieron la importancia de la ocupación con valor cultural en oposición con la mera actividad. Dado que los seres humanos son por naturaleza hacedores y creadores, se considera que es su derecho el comprometerse en ocupaciones. Por último, los terapeutas valoraron la perspectiva holística, en la que se reconoce la conexión entre mente y cuerpo y se considera a la persona en conexión con el medio en el que vive a través de la participación en ocupaciones.

Paradigma Mecanicista

El nuevo paradigma prometía lograr el reconocimiento de la TO como un servicio médico eficaz con un fundamento aceptado. En el cambio hacia un paradigma nuevo, la disciplina buscó articular objetivos diferenciados y tangibles para la modificación de las partes disfuncionales del paciente. Con el propósito de lograr estos fines, los TO reformularon sus conceptos teóricos centrales, su punto de vista focal y sus valores.

Punto de vista focal

El punto de vista focal del nuevo paradigma se centró en los mecanismos internos intrapsíquicos, neurológicos y kinesiológicos de los que los pacientes estaban compuestos. El nuevo paradigma consideró estos mecanismos y su modo de influencia sobre la función y la disfunción

Conceptos teóricos centrales

Toda capacidad de desempeño está determinada de manera directa por el grado de integridad del sistema nervioso, musculoesquelético e intrapsíquicos. Es posible encontrar las causas de disfunción en la lesión o el desarrollo anormal del sistema nervioso, musculoesquelético o intrapsíquicos.



Es posible restaurar el desempeño funcional con la utilización de la actividad para mejorar los sistemas internos o por medio de la adaptación del equipo, las tareas o los entornos con el fin de compensar las limitaciones permanentes de estos sistemas.

En consecuencia, el nuevo paradigma hizo hincapié en el análisis detallado de las características neuromusculares del desempeño de las tareas.

La perspectiva psicodinámica hizo hincapié en la relación entre los procesos inconscientes del desempeño y el desarrollo de esta relación en el curso de la maduración psicosexual. Desde esta perspectiva, los terapeutas vieron las actividades como oportunidades para que los sujetos logaran la satisfacción de sus necesidades emocionales y como vehículos para la expresión de las emociones inconscientes. Fue así como analizaron las actividades para determinar los movimientos específicos necesarios de modo que pudieran identificar y salvar la distancia entre la capacidad de la persona y estas exigencias.

El enfoque usual de la intervención consistía en la identificación de la casusa específica o el problema subyacente de la incapacidad para funcionar y cambiarlo o compensarlo, así que intentaron proveer un fundamento terapéutico para cada actividad que se utilizaba en la terapia y ese fundamento debía hacerse en términos del impacto sobre los mecanismos subyacentes que afectaban al movimiento. Por medio de la comprensión del sistema nervioso y sus distintos componentes, los terapeutas buscaron influir sobre los mecanismos internos que determinan el funcionamiento cotidiano.

Bajo el nuevo paradigma, los terapeutas desarrollaron métodos nuevos de tratamiento para las disfunciones musculoesqueléticas, como el entablillado y el posicionamiento para lograr el desempeño óptimo, la amplitud activa y pasiva del movimiento y ejercicios para el desarrollo de la fuerza muscular; crearon o indicaron el uso de aparatos para salvar las diferencias que existiesen entre la movilidad limitada de la persona y las tareas que debía realizar.

En psiquiatría, la TO se basó en la creencia de que, si un sujeto puede aprender a satisfacer sus necesidades y puede recapitular e incluso desbloquear las infantiles, el conflicto intrapsíquicos podría eliminarse y la persona podría recuperar un funcionamiento saludable.

Valores

Los valores del nuevo paradigma se reflejaron en su enfoque sobre la precisión científica. Los terapeutas comenzaron a hacer hincapié sobre los valores de la objetividad y de la exactitud para la identificación y la medición de problemas; comenzó a considerar la utilización de los medios como agentes terapéuticos que apuntan de manera precisa sobre mecanismos específicos que sufren trastornos.

“Aunque el paradigma mecanicista cumplió con gran parte de lo que prometía, también tuvo consecuencias inesperadas e indeseables para la disciplina.”



Paradigma Contemporáneo

A fines de la década de los 70' los líderes de la terapia ocupacional comenzaron a necesitar un retorno al enfoque en la ocupación sin dejar de lado el aspecto médico con esta reorientación la centralidad de la ocupación para el bienestar y la calidad de vida se convirtieron en un tema resonante en la disciplina.

En este paradigma, la terapia ocupacional proporciona a los individuos oportunidades de reformar su desempeño y sus vidas en patrones nuevos que cubren las necesidades personales y sus deseos

El compromiso en la ocupación no solo involucra lo que los individuos hacen sino también su experiencia subjetiva

El paradigma contemporáneo de la terapia ocupacional está guiada por muchos valores que son compartidos con muchas otras disciplinas más tiene dos valores esenciales y exclusivos de la profesión estos son el respeto para el valor de la ocupación en la vida humana y la importancia concomitante del compromiso activo y el fortalecimiento de las personas.

2. CODIGO DEONTOLOGICO

Capítulo 1. DEFINICIÓN Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Definición y ámbito de aplicación del código de ética y deontología

El presente código de ética y deontología describe los principios éticos y los valores y las virtudes profesionales que deben guiar la conducta profesional de cualquier persona titulada en Terapia Ocupacional, durante el ejercicio de su actividad. Este código ha sido adoptado por acuerdo de la asamblea del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales (CGCTO), por lo que es de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional.

Artículo 2. Definición de la terapia ocupacional

«Es una disciplina sanitaria y social que, desde un enfoque centrado en la persona, pretende capacitar y/o habilitar su participación y desempeño en las actividades de la vida diaria, promover la salud y la autonomía, así como el bienestar y la justicia social. Cualquier profesional de la terapia ocupacional persigue estos objetivos mediante el uso de la ocupación y la actividad significativa y probar otras técnicas de tratamiento complementarias».

Artículo 3. Definición de terapeuta ocupacional

A los efectos de este código, «terapeuta ocupacional» es aquella persona que está en posesión del título oficial de la diplomatura o el graduado en Terapia Ocupacional y



desarrolla cualquier faceta de su profesión en el ámbito asistencial, docente, investigador, de gestión, de administración u otro.

Artículo 4. Ámbito de aplicación

Las disposiciones de este código recomiendan su cumplimiento a cualquier terapeuta ocupacional que ejerza su profesión en el territorio español.

Artículo 5. Criterios de congruencia del código ético y deontológico con otras regulaciones y normativas

Los principios éticos de este código serán congruentes con todas las normas de rango local, autonómico y estatal, y, además, tendrán en cuenta las directivas de las organizaciones estatales y supraestatales de referencia para la profesión.

Capítulo 2. PRINCIPIOS ÉTICOS QUE REGULAN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Artículo 6. Principios éticos

Las personas tituladas o graduadas en Terapia Ocupacional se registrarán por los siguientes principios éticos:

1. AUTONOMÍA Y AUTODETERMINACIÓN

Cualquier individuo, familia, grupo, organización, población y comunidad que reciba servicios de terapia ocupacional tiene el derecho de tomar decisiones y ejecutar acciones que afecte a su propia vida, sin coacción ni impedimentos, de una forma autónoma dentro de los límites que establecen sus derechos y obligaciones como pertenecientes a la ciudadanía, dentro de su cultura y sus valores, con información suficiente, adecuada y comprensible respecto a la intervención o el tratamiento que su terapeuta ocupacional le propone llevar a cabo. Por lo tanto, el personal titulado y graduado en Terapia Ocupacional desarrollará este principio en el ámbito de su competencia e intervención profesional, respetando intereses, necesidades y demandas, consensuando, negociando y adaptando sus objetivos y métodos de intervención/tratamiento.

2. NO MALEFICENCIA

El personal con el grado o la diplomatura en Terapia Ocupacional adoptará las medidas que sean necesarias y razonables para minimizar los riesgos de su intervención, evitar en la medida de lo posible daños adicionales o subsidiarios, o agravar la situación problemática de partida en todas aquellas personas o comunidades receptoras de sus servicios.



3. JUSTICIA Y EQUIDAD

Cualquier profesional de la terapia ocupacional que posea la titulación adecuada orientará sus esfuerzos laborales hacia una distribución justa, equitativa y proporcionada de los recursos, los bienes, los servicios y las oportunidades a las personas y comunidades receptoras de sus servicios, prestando especial atención a las situaciones de injusticia ocupacional y los factores estructurales que las sustentan, que pudieran sucederse en el ámbito de los contextos en los que interviene, tratando de prevenirlas, minimizarlas y/o erradicarlas, siempre en función de los recursos asistenciales del centro en cada momento, de su estado y del conocimiento de las técnicas de la terapia ocupacional.

4. MÁXIMA BENEFICENCIA

El personal que posea el grado o la diplomatura en Terapia Ocupacional utilizará las medidas terapéuticas adecuadas en función de la enfermedad o situación de la persona o el colectivo y que estén disponibles en el centro o lugar de trabajo, planteando objetivos basados en una valoración objetiva para desarrollar tratamientos que reporten el mayor beneficio posible. También deberá buscar e implementar los estándares más elevados para desarrollar sus competencias, ajustándose de manera flexible a los intereses y las necesidades de las personas o comunidades que propicien la máxima eficacia en la consecución de los objetivos de intervención y lo hagan, además, desde una perspectiva de eficiencia.

5. HONESTIDAD

El personal titulado y graduado en Terapia Ocupacional adoptará siempre una actitud sincera y transparente, de cara a quienes vayan a percibir sus servicios, así como con cualesquiera profesionales e instituciones públicas y/o privadas, haciendo ver de manera clara y accesible los pros y los contras de sus intervenciones.

6. CONFIDENCIALIDAD

Cualquier terapeuta ocupacional graduado, diplomado y reconocido mantendrá en todo momento el secreto profesional sobre la identidad, las circunstancias o cualquier otro hecho que se derive del proceso de intervención, en los términos que se establecen en el presente código ético y la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

7. FIDELIDAD

Se asentará una relación de confianza entre el personal profesional y quienes vayan a solicitar los servicios de terapia ocupacional, cumpliendo con los compromisos y acuerdos establecidos siempre desde el respeto y la comprensión.



8. SOLIDARIDAD

Se interpretará el ámbito del ejercicio profesional de la terapia ocupacional como la obligación moral de proveer, promocionar y defender el bienestar, la salud y la calidad de vida de todos los seres humanos.

9. DIGNIDAD

Se garantizará un trato digno a las personas o comunidades receptoras de los servicios de terapia ocupacional. Para ello, el personal que pertenezca al colectivo profesional sujeto a este código deberá comunicar a las personas o los organismos competentes las situaciones de injusticia, abuso, desequilibrio de poder, maltrato o violencia que pudiera observarse en el ejercicio de la profesión, de las de terceros o en el entorno, así como de las condiciones estructurales y/o coyunturales de los servicios prestados.

Capítulo 3. RELACIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

Artículo 7. En relación con la competencia profesional

El personal graduado o diplomado en Terapia Ocupacional:

1. Poseerá los conocimientos, las capacidades y las actitudes necesarios para la práctica profesional.
2. Promoverá de forma positiva la profesión, evitando conductas que puedan reducir la confianza de la ciudadanía y las instituciones en los servicios de terapia ocupacional. Además, será capaz de describir el propósito general de la terapia y la razón detrás de cualquier intervención, promocionando el conocimiento de la profesión.
3. Demostrará un desarrollo profesional continuo, manteniéndose informado de los nuevos avances de la profesión y formándose a lo largo de su carrera, formación que se entiende como derecho y deber.
4. Integrará los nuevos conocimientos y competencias adquiridas en su práctica clínica, siempre con el objetivo de mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de la intervención y la experiencia de las personas usuarias.

Artículo 8. En relación con las personas y comunidades que precisan de los servicios de terapia ocupacional

El personal graduado o diplomado en Terapia Ocupacional:



1. Actuará siempre conforme a las normas y principios que rigen este código ético y a la legalidad vigente a nivel nacional y autonómico.
2. Apreciará y respetará las diferencias culturales y costumbres, así como su influencia en la ocupación y participación.
3. Centrará su intervención en quien solicite el servicio, reconociendo su autonomía e individualidad, considerando sus preferencias personales y haciéndole partícipe de las decisiones que se deban tomar.
4. Fomentará la aparición y el mantenimiento de una relación terapéutica colaborativa basada en la objetividad y dirigida a la consecución de los objetivos establecidos, evitando relaciones que puedan interferir con esta objetividad y el buen juicio profesional.
5. Tomará todas las medidas de precaución y prevención necesarias para garantizar la seguridad de toda persona que requiera los servicios de terapia ocupacional, así como la suya propia o de otras que pudieran verse afectadas.
6. Proporcionará información clara, veraz y específica sobre los objetivos, beneficios, resultados esperados, riesgos y honorarios de cualquier intervención con el fin de que quien solicite sus servicios pueda elegir con conocimiento. Esta información se deberá facilitar a cualquiera que solicite los servicios de terapia ocupacional y, en casos concretos en los que esto no sea posible, se informará también a las personas responsables o que ejerzan como tutoras de las primeras. En cualquier caso, se evitará la manipulación de la información por parte de terceras personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.
7. No se aprovechará de la situación de poder que le pueda proporcionar su estatus.
8. No se prestará a situaciones o actuaciones fuera de las funciones propias de la terapia ocupacional.

Artículo 9. En relación con otros profesionales

Cualquier profesional que ejerza la terapia ocupacional:

1. Reconocerá la necesidad y los beneficios de la colaboración interdisciplinaria y respetará las contribuciones de cualquier profesional de otras disciplinas. El respeto recíproco entre terapeutas ocupacionales y profesionales de cualquier otra índole se establece como derecho y deber, en el marco de una colaboración estrecha entre el equipo interdisciplinar encargado de la atención, con el fin de garantizar la calidad de la asistencia.
2. Se dirigirá de forma directa a cualquier profesional que intervenga en el proceso de



recuperación o tratamiento, evitando utilizar a quien solicite la ayuda como vehículo de información.

3. Apoyará los objetivos terapéuticos establecidos por el equipo interdisciplinar, y proporcionará informes sobre la evolución de la intervención, poniéndolos a disposición de cualquier profesional del equipo.
4. Tendrá derecho a solicitar la información relevante sobre la evolución de la persona que recibe las atenciones, además de la proporcionada por el resto del equipo.
5. Asumirá las funciones que le son propias, evitando delegar en personal no cualificado. Dentro del funcionamiento del equipo interdisciplinar, las actividades o intervenciones prescritas o propuestas por cualquier terapeuta ocupacional serán desarrolladas y/o supervisadas y evaluadas por esa misma persona.
6. Informará y defenderá posibles intervenciones, en beneficio de quien requiera el servicio, desde la terapia ocupacional.
7. Pondrá en conocimiento del organismo deontológico competente aquellos casos en los que sospeche de intrusismo profesional.
8. Evitará actos de competencia desleal que contravengan con las normas de las instituciones, legislaciones autonómicas y estatales.

Artículo 10. En relación con las instituciones

El personal graduado o diplomado en Terapia Ocupacional:

1. Conocerá las normas que rigen la institución en la que desempeña su labor y será coherente con ellas. En caso de que estas normas sean contrarias al presente código, se deberán establecer con claridad las diferencias y las implicaciones que esto supone, además de recurrir al organismo deontológico competente si de la incongruencia de ambas directrices surgiera una imposibilidad para el ejercicio digno de la profesión, un perjuicio para quien hace uso del servicio o cualquier otro conflicto de carácter ético.
2. Pondrá en conocimiento de quien compete aquellas irregularidades, contrastadas suficientemente, del personal o de la institución que puedan comprometer la dignidad y el respeto de las personas y/o comunidades.

Capítulo 4. DE LA INTERVENCIÓN

Artículo 11. Inicio y finalización de las intervenciones

1. El personal reconocido que ejerce la terapia ocupacional debe aceptar a las personas



2. derivadas, así como aquellas que accedan a sus servicios por iniciativa propia, que considere que tienen un perfil adecuado y para los que se disponga de recursos terapéuticos.
3. Si el motivo de consulta sobrepasa su nivel de conocimiento y/o competencias, buscará apoyo en diferentes terapeutas ocupacionales.
4. Si la tarea, la consulta o el motivo de la intervención estuviera fuera de su ámbito profesional, quien trabaje en terapia ocupacional debe derivar a quien solicita la ayuda al personal del colectivo profesional pertinente.
5. Nadie que pertenezca al colectivo de terapeutas ocupacionales cuestionará ni interferirá en acciones o intervenciones iniciadas por profesionales de otra índole, bien sean de la misma profesión o no, de tal forma que queden en evidencia delante de la persona que recibe el servicio, con independencia de la fase en la que se encuentre, a no ser que la actuación del/a otro/a profesional infrinja algún principio ético o legal.
6. Cualquier profesional de la terapia ocupacional debe responsabilizarse de valorar a la persona que haya sido aceptada para el tratamiento. Se debe planificar, iniciar y terminar cada fase del tratamiento con la participación de esa persona, asegurándose de que ha comprendido toda la información que se le transmite.
7. También debe evaluar y revisar frecuentemente los tratamientos y modificar el programa de acuerdo con la nueva evaluación.
8. Nadie que trabaje en terapia ocupacional debe llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o empleados en contra de los legítimos intereses de cualquier persona, grupo, institución o comunidad que requiera dichos servicios. Deberá notificar al organismo o persona que corresponda esta incidencia y dejar constancia por escrito en la forma en que cada centro o institución tenga establecido.
9. Cualquier profesional que trabaje en terapia ocupacional pondrá fin a sus servicios cuando la persona que los haya requerido haya alcanzado los objetivos, o cuando se haya obtenido el máximo beneficio de los servicios de la terapia, preferiblemente consensuado entre ambas partes y, especialmente, con acuerdo del equipo que ha atendido a esa persona durante la intervención, con el fin de evitar discrepancias.
10. El personal apropiadamente titulado que trabaje en terapia ocupacional debe dar por terminada su intervención y no prolongarla con ocultación o engaño, tanto si se han alcanzado los objetivos propuestos como si, tras un tiempo razonable, aparece que, con los medios o recursos a su disposición, es incapaz de alcanzarlos.
11. El personal graduado o diplomado en Terapia Ocupacional deberá explicar claramente a quien reciba sus servicios la razón por la que pone fin al tratamiento.



12. Por ninguna razón, salvo aquellas que se deriven de la tutela judicial de terceros, se

restringirá la libertad de la persona que requiera los servicios para abandonar la intervención y acudir a diferentes terapeutas ocupacionales o profesionales de otra índole; antes bien, se favorecerá al máximo la capacidad de decisión bien informada de dicha persona.

13. La actuación como perito es incompatible con la asistencia terapéutica a una misma persona que pueda ser objeto de ambos servicios al mismo tiempo. Cualquier profesional de la terapia ocupacional podrá ir de testigo a petición del juez o de las partes, como trabajador que ha participado en el proceso de intervención que se debate en ese juicio. El Colegio podrá disponer de expertos en cada materia que pueda desarrollar esta actividad, con el objeto de auxiliar a la justicia o a quienes lo soliciten. En principio, la participación es voluntaria y nadie queda obligado a disponibilidad.

Artículo 12. Sobre las herramientas y procesos

1. Cualquier profesional de la terapia ocupacional con la titulación adecuada deberá, a la hora de desarrollar un programa eficaz de calidad garantizada, considerar los siguientes indicadores de calidad: conducta profesional, eficacia, utilización de recursos, consideración de riesgos y satisfacción de quien solicite los servicios prestados, así como el respeto de la autonomía y los derechos de esa persona.

2. Es importante la utilización, por parte del colectivo de terapeutas ocupacionales, del equipo adecuado para el tratamiento, en función de las áreas en las que desarrolle su labor. Toda persona perteneciente a dicho colectivo deberá conocer las herramientas de las que dispone para llevar a cabo los tratamientos necesarios en su ámbito, tanto las propias de la profesión como las utilizadas en cada institución y necesarias para su actividad, como pudieran ser programas de informática o implementación de nuevas tecnologías.

Capítulo 5. DE LA CONFIDENCIALIDAD, EL SECRETO PROFESIONAL, LA OBTENCIÓN Y EL USO DE LA INFORMACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Artículo 13. Demarcación del secreto profesional: clase trabajadora, equipo y alumnado

1. Para el personal graduado o diplomado en Terapia Ocupacional, el secreto profesional es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho de cualquier persona que requiera sus servicios para su seguridad.

2. El secreto profesional comporta, para cualquier profesional de la terapia ocupacional, la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que quien requiera su ayuda le haya revelado y confiado, de toda índole, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad de esa persona,



incluyendo el contenido de la historia clínica y/o social. Queda excluido todo aquello.

que esté tipificado en el código penal y que, por tanto, es obligación de la ciudadanía poner en conocimiento de la autoridad competente.

3. Cualquier profesional de la terapia ocupacional guardará el secreto profesional en relación con aquellas informaciones obtenidas, directa o indirectamente, acerca de las personas a las que atiende. En aquellos casos en los que, por necesidad del ejercicio, se haya de trasladar información entre profesionales o instituciones, ha de hacerse siempre en beneficio de la persona, el grupo o la comunidad y basándose en los principios éticos aquí recogidos y las normas legales, con el conocimiento de los interesados y el consentimiento expreso de quien solicite los servicios o ejerza la tutoría legal de dicha persona. Quedan contempladas aquí las exclusiones al deber de secreto a las que hace referencia la legislación vigente.

4. El secreto profesional es de obligado cumplimiento para cualquier terapeuta ocupacional, con independencia de cuál sea la modalidad de su ejercicio y sin excepción alguna.

5. Es necesario que el alumnado en prácticas, sea cual sea la modalidad a la que pertenezca, el tiempo de estancia o su procedencia, firme un compromiso de confidencialidad.

Artículo 14. Deberes en relación con la confidencialidad

Cualquier profesional de la terapia ocupacional:

1. Preservará en su ámbito social, laboral y familiar la confidencialidad de las personas que hagan uso de sus servicios.

2. Guardará secreto de todo lo que cualquier persona que haga uso de sus servicios le haya confiado y de lo que haya conocido en su ejercicio profesional, incluso tras el fallecimiento de dicha persona.

3. Podrá cooperar en estudios de diferente índole con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar, ni directa ni indirectamente, a quien reciba sus atenciones, además de haber recabado previamente su consentimiento informado y de acuerdo con la legalidad vigente en lo referente a Ley de Investigación Biomédica.

4. Procurará que, en la presentación pública, interna en sesiones clínicas o externa en congresos, jornadas, simposios u otro tipo de evento formativo, de documentación científica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación de nadie a quien haya prestado servicio.

5. Presentará los casos clínicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines



docentes o con divulgación científica, obteniendo la autorización explícita para ello y/o conservando el anonimato de la persona, el grupo o la institución de que se trate.

6. No se servirá de la información profesionalmente adquirida, ni en beneficio propio ni de terceras personas, ni en perjuicio de la persona o las personas interesadas, y recabará información exclusivamente necesaria para el desempeño de las tareas profesionales.

7. No podrá sacar información clínica del centro sin la autorización de la institución, ya sea en formato papel, electrónico, audiovisual, etc.

Artículo 15. Documentación

Cualquier persona titulada en Terapia Ocupacional, durante su ejercicio profesional:

1. Conservará registros escritos y/o electrónicos de datos, entrevistas y resultados de pruebas para facilitar la revisión y el análisis de los procedimientos y para valorar la eficacia del tratamiento. Dichos registros se conservarán de acuerdo con la normativa vigente y en el formato que cada institución tenga a bien utilizar, sea historia clínica en papel o electrónica, bajo su responsabilidad,

en condiciones de seguridad y secreto, según las leyes vigentes de protección de datos, que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

2. No podrá comunicar nunca a nadie su clave de acceso, código de identificación o similar, ya se trate de alumnado, personal de la plantilla o jefatura superior, pues es responsable en todo momento del acceso a la información que se realice con dicha clave. En caso de apuntarla, no debe estar en lugar visible, evidente o de fácil acceso para otras personas.

3. Elaborará informes de terapia ocupacional claros, precisos, rigurosos e inteligibles para la persona. Contendrán datos objetivos e información relacionada con la actividad profesional, y deberán carecer de contenido subjetivo. Si fuesen necesarios juicios fuera de esta objetividad, se deberá especificar su naturaleza subjetiva. Los informes deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea quien los redacta, su carácter actual o temporal, así como las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite, incluyendo su número de colegiación. Debe, en todo momento, utilizar las herramientas que cada institución considere idóneas y adaptarse con flexibilidad a los cambios tecnológicos que acontecen en cada momento.

información del servicio para asegurarse de que la información es exacta, completa y fiable.



Artículo 16. Supuestos de exención de la confidencialidad

1. El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el personal graduado o diplomado en Terapia Ocupacional podrá revelar el secreto, exclusivamente ante las autoridades y organismos competentes, en sus justos límites, con el asesoramiento del Organismo Deontológico Competente si fuera necesario.
2. Cuando la evaluación o intervención terapéutica se produce a petición del propio sujeto de quien el personal de terapia ocupacional obtiene la información, esta solo puede comunicarse a terceras personas con expresa autorización previa de la persona interesada y dentro de los límites de esta autorización.
3. Cuando la información derivada de la evaluación o intervención ha sido solicitada por otra persona —judicatura, profesionales de la enseñanza, familiares, contratantes o cualquier persona diferente del sujeto evaluado—, dicha persona o sus padres, madres o quienes ejerzan la tutoría correspondiente tendrán derecho a recibir información acerca del hecho de la evaluación o intervención y quien vaya a recibir el informe consiguiente. Cualquier persona que sea sujeto de un informe tiene derecho a conocer el contenido de este y ejercer su derecho de rectificación, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para esa persona o para su terapeuta ocupacional, aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas.

Capítulo 6. DE LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA

Artículo 17. Investigación

Cualquier profesional de la terapia ocupacional:

1. Deberá saber cómo entender y evaluar críticamente los estudios de investigación y sus resultados o recomendaciones, además de acceder a ellos, incorporándolos, cuando sea apropiado, a su práctica clínica.
2. Respetará la normativa legal vigente en materia de investigación, conocerá y entenderá los principios y requerimientos éticos que la regulan y dará respuesta de manera apropiada a las implicaciones éticas que surjan durante la actividad, consultando a los comités asesores que hay organizados a tal efecto, los CEIC (Comités Éticos de Investigación Clínica) y CEAS (Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria). De no existir en su centro de trabajo uno de ellos o ambos, puede pedir asesoramiento a uno que exista en su área de influencia.
3. Protegerá los intereses de quien vaya a recibir su atención, del equipo de investigación y del público en general.



4. Protegerá la confidencialidad de cualquier participante, tanto durante el desarrollo de las atenciones, como una vez finalizadas.

5. Quien vaya a recibir la atención podrá abandonar cuando quiera su participación en un proyecto de investigación sin que esto le suponga una rebaja, menoscabo o dejación en la calidad del tratamiento que reciba.

6. Contribuirá al desarrollo de la profesión formulando recomendaciones para la práctica, además de publicar sus resultados y recomendaciones en las revistas científicas.

7. Participará en el desarrollo de la profesión y apoyará en la medida de lo posible al colectivo que trabaja en el campo de la investigación de la terapia ocupacional.

8. Respetará los derechos de autor, haciendo referencia en todos sus trabajos, proyectos o publicaciones con la debida y actualizada bibliografía consultada.

Artículo 18. Docencia

El personal titulado o graduado en Terapia Ocupacional:

1. Tendrá la responsabilidad de ofrecer oportunidades prácticas de aprendizaje a estudiantes de Terapia Ocupacional siempre que sea posible, así como de promover una cultura de aprendizaje dentro del lugar de trabajo, regulada por convenios de colaboración con instituciones tanto públicas como privadas, salvaguardando siempre el deber de confidencialidad, sin interferir en el ejercicio de la profesión y contando con la aprobación de quien vaya a recibir los servicios.

2. Si acepta alumnado de Terapia Ocupacional en prácticas, deberá tener claras las responsabilidades de la clase estudiantil, las responsabilidades de la institución docente y sus propias responsabilidades de tutoría.

3. Si trabaja en el ámbito de la docencia, se comprometerá a difundir el presente código ético a su alumnado de Terapia Ocupacional.

Capítulo 7. DE LA PUBLICIDAD

Artículo 19. Divulgación de los servicios de terapia ocupacional

Cualquier terapeuta ocupacional con la debida titulación:

1. Que informe sobre o publicite en actividades profesionales de su disciplina debe hacerlo de manera precisa, facilitando una información que no dé lugar a confusión, ni sea injusta o sensacionalista, basada en la evidencia científica y donde figure de manera clara y completa toda persona o entidad que respalde la información que se publicita.



2. Presentará de manera exacta sus cualificaciones, educación, competencias, experiencia y conocimientos, así como los servicios que ofrece. No podrá hacer publicidad de títulos que no posea, que no pueda acreditar, que no estén reconocidos en España o que estén sin finalizar o completar, así como tampoco utilizar denominaciones y títulos ambiguos, que, incluso sin faltar de modo literal a la verdad, puedan fácilmente inducir a error o a confusión, e igualmente favorecer la credulidad del público a propósito de técnicas o procedimientos de dudosa eficacia.
3. Podrá publicitar o recomendar un servicio o producto solamente de manera precisa y objetiva, bajo su responsabilidad y no haciéndolo extensivo a la institución donde trabaja o amparándose en la misma.
4. Ajustará su conducta en materia de comunicaciones comerciales a lo dispuesto en la ley, con la finalidad de salvaguardar la independencia e integridad de la profesión, así como, en su caso, el secreto profesional.
5. En los casos en que sus servicios sean requeridos para asesorar y/o efectuar campañas de publicidad comercial, política y similares, colaborará en la salvaguardia de la veracidad de los contenidos y del respeto a las personas.

Capítulo 8. DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA Y LAS GARANTÍAS PROCESALES

Se articulará una comisión deontológica de carácter estatal.

Artículo 20. Naturaleza de la Comisión Deontológica

La Comisión Deontológica actuará como comisión especializada y tendrá como función primordial el asesoramiento en materia ética y profesional ante eventuales incumplimientos del presente código deontológico, o en lo referente al proceso de intervención por parte de di- versos terapeutas ocupacionales.

Sus dictámenes tendrán un carácter consultivo no vinculante para el Órgano de Gobierno del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales, en quien re- cae la competencia de ejecutar las actuaciones previstas en el régimen disciplinario ante las transgresiones de las normas deontológicas.

La Comisión Deontológica será autónoma y dispondrá de libertad de criterio en las materias de su competencia para informar a la Junta Directiva y a la Asamblea del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales, si así fuera necesario.

Artículo 21. Funciones de la Comisión Deontológica

1. Velar por el estricto cumplimiento de los derechos y deberes de las personas colegiadas



que constan en el presente Código Deontológico.

2. Asesorar de oficio o a demanda de las personas colegiadas, de las Juntas Directivas de los Colegios Profesionales, así como del Consejo de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España en materia de ética disciplinar, valorando la existencia o no de transgresiones en las normas deontológicas y emitiendo los perceptivos dictámenes que servirán de orientación a las actuaciones de cualquier demandante.

3. Entregar sus dictámenes e informes a cualquier de- mandante sobre todas las denuncias y cuestiones que le sean presentadas, en un plazo máximo de tres meses, prorrogables por causa justificada a solicitud de la comisión, hasta un máximo de seis meses.

4. Proponer a la asamblea de los diferentes Colegios de España y del Consejo de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España la revisión y aprobación de actualizaciones en el código deontológico de la profesión.

5. Elaborar informes, documentos y notas que sean relevantes en materia de ética y deontología, de interés general para las personas colegiadas y/o la sociedad y puedan orientar en este sentido el ejercicio de la práctica profesional de cualquier terapeuta ocupacional.

6. Promover la formación de quienes la componen, en materia de ética y deontología profesional.

7. Proponer la inclusión de aquellos puntos en el Orden del Día de la Asamblea del Consejo de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España que tuvieran que ver con el ámbito de su competencia y que debieran ser tratados en el plenario en base a su interés general para el conjunto de las personas colegiadas o la sociedad.

8. Desarrollar, con finalidad ética, docente y científica un registro, en el que la Secretaría de la Comisión Deontológica recoja un resumen de los casos tratados y los dictámenes emitidos guardando, para ello, la consiguiente reserva y privacidad.

9. Desarrollar actividades formativas desde la Comisión Deontológica con el fin de promover valores y pro- mocionar una práctica reflexiva.

Artículo 22. Composición de la Comisión Deontológica

1. La Comisión Deontológica estará constituida por entre cuatro y diez personas expertas en asuntos relaciona- dos con las materias de su competencia. La membresía de la Comisión Deontológica será bajo proposición de la Junta Directiva del Consejo de Colegios, y habrán de



ser ratificada por esta última en su totalidad.

2. Por la responsabilidad que del ejercicio de sus funciones se desprende que cada persona integrante de la Comisión Deontológica estará adecuadamente formada en ética, deontología y derecho sanitario.

3. De entre la propia Comisión Deontológica se designará una presidencia y una secretaria, además de dos vocales principales que constituirán la Comisión Deontológica Permanente, cuyas funciones serán:

- Emitir y firmar los dictámenes de la Comisión Deontológica, debidamente rubricados por la presidencia y la secretaria de la Comisión, a la vez que se detalle si el voto ha sido consensuado por unanimidad o si existiera alguna particularidad.
- Dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos contraídos.
- Tener capacidad para adoptar decisiones de carácter urgente ante la imposibilidad de reunión del total de la Comisión Deontológica.
- Convocar, si procede, reuniones de la Comisión Deontológica.
- Defender, si así se requiere, los dictámenes y recomendaciones adoptadas ante la Junta Directiva y/o la Asamblea de los Colegios y/o Consejo de Colegios y las personas sujetas a su dictamen deontológico.

Las personas integrantes de la Comisión tienen la obligación de guardar secreto en relación con los temas tratados y las decisiones tomadas, así como las personas expertas que sean invitadas para tratar temas concretos.

Artículo 23. Funciones de los Miembros de la Comisión

a) Presidencia:

- Ostentar la representación de la Comisión.
- Acordar la convocatoria de las Sesiones Ordinarias y Extraordinarias y la fijación del día, teniendo en cuenta, en su caso, las peticiones de los demás miembros formuladas con la consiguiente antelación.
- Presidir las sesiones, moderar el desarrollo de los debates y suspenderlos.
- Decidir con su voto los empates a efectos de adoptar acuerdos.



- Visar las Actas y Certificaciones de los Acuerdos de la Comisión.

En caso de ausencia de la persona que ocupe la presidencia por vacante, enfermedad u otra causa legal, quien deberá hacer la sustitución en el cargo será la persona que tenga mayor antigüedad dentro de la Comisión.

b) Secretariado:

Quien ocupe el cargo deberá pertenecer a la Comisión y se someterá a un proceso de selección por parte de esta, con el fin de desempeñarlo en periodos rotatorios de dos años.

En caso de ausencia por vacante, enfermedad u otra causa legal, quien deberá hacer la sustitución en el cargo será la persona más joven de la Comisión.

Corresponden al Secretariado de la Comisión las siguientes funciones:

- Asistir a las reuniones con voz y voto.

Comisión y por lo tanto las peticiones de datos, rectificaciones o cualquier otra clase de escritos de los que deba tener conocimiento.

- Redactar las actas de las sesiones.
- Expedir certificaciones de las consultas, los dictámenes y los acuerdos aprobados con el visto bueno de quien ocupe la presidencia.
- Custodiar el libro de actas y demás documentación de la comisión.
- Cuantas otras funciones sean inherentes a su cargo.

Quien ocupe la secretaría levantará acta de cada sesión que celebre la comisión, especificando necesariamente los asistentes, el orden del día de la reunión, la circunstancia del lugar y tiempo en que se ha celebrado, los puntos principales de las deliberaciones, así como el contenido de los acuerdos adoptados.

También figurará el voto contrario al acuerdo adoptado y los motivos que justifiquen el mismo.

Artículo 24. Duración y renovación de la Comisión Deontológica

1. La Comisión Deontológica del Colegio Profesional tendrá una vigencia de cuatro años, prorrogables únicamente durante otros cuatro si sus miembros así lo desearan, tras aprobación expresa de la Asamblea Colegial mediante la obtención de mayoría simple en



votación secreta, dentro de la Asamblea General del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales.

2. Para su renovación y/o ratificación, la votación habrá de contemplarse, por tanto, en el orden del día de la Asamblea General Ordinaria del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales, pudiendo presentarse a la misma cualquier terapeuta ocupacional que acredite la experiencia y formación requeridas para el puesto.

3. Los cargos de la Comisión Deontológica Permanente serán elegidos mediante votación por los miembros seleccionados, en la primera reunión de la Comisión Deontológica tras las elecciones. La persona que ocupe la Secretaría de la Comisión Deontológica Permanente notificará, en el plazo máximo de una semana tras la mencionada votación, la estructura definitiva de la Comisión Deontológica a la Junta Directiva del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales, quien a su vez transmitirá dicha información al conjunto de los colegios y a sus miembros.

su cargo, continuaría con su ejercicio en funciones hasta la celebración de las siguientes elecciones, que se realizarán en un periodo máximo de cuatro meses.

Artículo 25. Procedimiento de instrucción de las denuncias en materia deontología profesional

1. En primera instancia, las quejas o denuncias deberán formularse por escrito, en sobre cerrado y enviadas a la Presidencia de la Comisión Deontológica, que gestionará su notificación al resto de la Comisión.

Las personas que formen la Comisión Deontológica mantendrán en todo momento la discreción y el secreto profesional de cada uno de los asuntos motivo de denuncia. Se garantiza la reserva sobre el procedimiento seguido y las partes implicadas siguiendo la legislación vigente y en función del carácter de la resolución adoptada.

Podrán presentar denuncia, queja o consulta a la Comisión Deontológica: cualquier persona física, estamentos públicos y/o entidades privadas, cualquier persona colegiada a título individual, organizaciones sociales legalmente constituidas, y/o la propia Junta Directiva del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales.

2. Deberá aportarse, con la debida reserva, toda la documentación imprescindible para el análisis del caso, la información complementaria solicitada por la comisión, sin que ello exima del cumplimiento de la legislación vigente.

3. No se aceptarán quejas o demandas formuladas de forma anónima.

4. Previo informe de la Asesoría Jurídica y análisis de la demanda por parte de la comisión, esta decidirá:



- La admisión a trámite de la demanda.

- La no admisión a trámite de la demanda.

5. Ambas decisiones serán notificadas a las partes interesadas, incluyendo la decisión sobre su tramitación en vía ordinaria o de urgencia, mediante correo certificado con acuse de recibo.

6. En el caso de la tramitación por vía de urgencia, la Comisión Deontológica al completo o la Comisión Deontológica Permanente estudiarán y procederán a la emisión de un dictamen en el plazo máximo de veinte días desde la admisión a trámite del expediente.

7. En el caso de la tramitación por vía ordinaria, la Comisión Deontológica procederá a la valoración y emisión del dictamen en el plazo máximo de tres meses, o la solicitud Colegios de Terapeutas a la Junta Directiva del Consejo General de Ocupacionales de una prórroga justificada por seis meses, tras cuya finalización emitirá el preceptivo dictamen.

8. Para ambos procedimientos, la Comisión Deontológica deberá dar audiencia a las partes implicadas en el proceso, ofreciéndoles la posibilidad de aportar documentación complementaria si así lo solicitan.

9. La Comisión Deontológica se reserva el derecho a convocar a consultores/as externos/as o expertos/as en la materia a evaluar, quienes se someterán a los mismos criterios de secreto y reserva.

10. La Comisión Deontológica elevará su dictamen adjunto a una propuesta de resolución, que habrá de ser aprobada por las tres cuartas partes de las personas que la componen, a la Junta Directiva del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales quien lo notificará a las partes interesadas.

11. En el plazo máximo de quince días laborables desde la notificación del dictamen, para cualquiera de los dos procedimientos, cabrá la posibilidad de que las partes interesadas presenten recurso al presidente de la Comisión Deontológica por sobre cerrado. Dicho recurso habrá de ser resuelto en el plazo de un mes y su resolución deberá comunicarse a la Junta Directiva.



TEMA 2. AMBITOS DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA CUPACIONAL: ROL , COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL TERAPEUTA CON LAS PERSONAS MAYORES

1. Introducción

La terapia ocupacional representa una profesión en continuo crecimiento, preocupada por la promoción de la salud, la calidad de vida y la participación social de la población, mediante el compromiso con la ocupación.

Los terapeutas ocupacionales trabajan junto con personas de todos los grupos de edad (infancia, adolescencia, población adulta y personas mayores), y en un amplio rango de condiciones físicas y psicosociales.

La riqueza de esta profesión permite que la intervención de terapia ocupacional pueda desarrollarse en distintos ámbitos:

- **Ámbito sanitario**

Dentro del ámbito sanitario, el terapeuta ocupacional puede ejercer su labor profesional en dos niveles asistenciales: atención primaria y especializada. Los profesionales pueden trabajar en el ámbito público, privado o concertado, en hospitales, centros de salud o clínicas.

Tradicionalmente, el terapeuta ocupacional ha pertenecido a los equipos de atención en salud mental, rehabilitación física, atención temprana, discapacidades sensoriales, y desde el Año Internacional de las Personas Mayores (1989), ha existido un aumento de su incorporación en el campo de la gerontología.

En la atención a la salud mental y a la discapacidad física, se diferencian dos áreas de actuación en función de la edad: Atención en la infancia y adolescencia, y Atención en la edad adulta.

Además, cada vez es más frecuente encontrar terapeutas ocupacionales trabajando en unidades de quemados, reumatología, cirugía ortopédica y traumatología, en cuidados paliativos, neonatología o neurología.

También tienen un rol importante en programas dirigidos a la prevención de la enfermedad (ergonomía, economía articular, reducción del gasto energético...) y promoción de la salud (rediseño de estilo de vida e instauración de hábitos saludables).

- **Ámbito educativo**

Los terapeutas ocupacionales pueden desarrollar su labor en el ámbito educativo en recursos como centros educativos (de educación especial y ordinaria), centros de formación



profesional o universidades.

- **Ámbito de asesoramiento:**

Centros de ayudas técnicas y ortopédicas, equipos de prevención de riesgos laborales.

- **Ámbito sociosanitario**

En el ámbito sociosanitario encontramos terapeutas ocupacionales en distintas entidades u organizaciones, como pueden ser: asociaciones, fundaciones, residencias, centros de día, equipos de valoración de dependencia, centros penitenciarios, pisos tutelados, casas de acogida y centros de transición, grupos de ayuda mutua, centros ocupacionales, centros de rehabilitación psicosocial, centros especiales de empleo, centros de rehabilitación laboral, centros de menores, servicios sociales de base, etc.

Algunos de los grupos poblacionales con los que se puede intervenir desde terapia ocupacional serían: víctimas de maltrato y abandono infantil, personas con discapacidad intelectual, víctimas de violencia de género, población inmigrante y refugiada o personas en riesgo de exclusión social, entre otros.

- **Ámbito Docente:**

Es en el que se ha visto un incremento de profesionales, por la evolución de los estudios de Terapia Ocupacional como profesores de la comunidad universitaria, o bien impartiendo cursos de formación en distintos niveles en escuelas y /o centros universitarios, centros de formación de formadores. Junto a esta labor también cabe destacar la progresiva incorporación a la actividad investigadora.

Resumen:

- En clínicas y centros hospitalarios, en áreas de recuperación mental y rehabilitación física orientadas a personas de la tercera edad.
- En asociaciones de afectados por enfermedades. Tanto físicas, psíquicas, como patologías con mayor o menor incidencia en la población mayor.
- En centros de educación especial para adultos mayores.
- En residencias para mayores o geriátricas. Posiblemente, los centros con una mayor demanda continuada de profesionales de terapias ocupacionales.
- En centros de adaptación ortopédica, donde diseñan equipamiento ortopédico ergonómico para pacientes especiales de edad avanzada.
- En unidades y centros psiquiátricos.
- En atenciones domiciliarias y en servicios de atención terapéutica personalizados.
- En programas e instituciones que luchan contra la marginación y la exclusión social.
- En organizaciones no gubernamentales de ayuda y apoyo social y en asociaciones afines que incluyen programas de exclusión a personas de la tercera edad.



- ✓ En centros y espacios en los que se desarrollan diferentes fórmulas de asesoramiento en materia de prevención de riesgos. Especialmente en domicilios y para el diseño de zonas comunes.
- ✓ En entidades de peritaje con perfiles socio-sanitarios y que atienden casos que involucran a personas de la tercera edad.
- ✓ En ámbitos docentes, como escuelas de formación, universitarias o en centros de investigación.

2. ROL, COMPETENCIAS Y FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

El rol del terapeuta ocupacional en el cuidado de las personas mayores es fundamental para promover su salud y bienestar en la etapa del envejecimiento. Los terapeutas ocupacionales son profesionales de la salud capacitados para evaluar, intervenir y mantener la capacidad funcional y la participación ocupacional de las personas mayores en su vida diaria.

Las competencias y funciones del terapeuta ocupacional en el cuidado de las personas mayores:

1. **Evaluación integral:** Se realiza una evaluación integral de la persona mayor, teniendo en cuenta su historia clínica, sus capacidades y limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales. Utiliza herramientas y técnicas de evaluación específicas para identificar las necesidades, habilidades y metas de la persona en relación con su participación en las actividades de la vida diaria, como la movilidad, el autocuidado, la alimentación, la vestimenta, la higiene personal, la administración de medicamentos y la participación en roles y actividades significativas.
2. **Diseño y planificación de intervenciones terapéuticas:** Con base en la evaluación, el terapeuta ocupacional diseña e implementa un plan de intervención individualizado, centrado en las metas y necesidades de la persona mayor. Utiliza enfoques y técnicas terapéuticas basadas en la evidencia científica, adaptándolas a las capacidades y preferencias de la persona. Las intervenciones pueden incluir la mejora de la función motora, la rehabilitación cognitiva, la adaptación del entorno físico, la enseñanza de estrategias compensatorias, la promoción de la participación en actividades significativas, la educación y apoyo a la familia y cuidadores, entre otros.
3. **Promoción de la autonomía y la independencia:** tiene como objetivo promover la autonomía y la independencia de las personas mayores, facilitando su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de forma segura y significativa. Esto puede incluir la mejora de la funcionalidad física, la promoción de la cognición y la memoria, el entrenamiento en habilidades de autocuidado, la enseñanza de estrategias de manejo del estrés y la promoción de la participación social y



comunitaria.

4. Adaptación del entorno: El terapeuta ocupacional evalúa y modifica el entorno físico y social de la persona mayor para hacerlo más seguro y accesible, teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones. Esto puede incluir la adaptación del hogar, la recomendación de ayudas técnicas y dispositivos de asistencia, la promoción de la accesibilidad en el entorno comunitario y la educación a la familia y cuidadores sobre la importancia de un entorno adecuado para el bienestar y seguridad de la persona mayor.
5. Educación y entrenamiento: El terapeuta ocupacional brinda educación y entrenamiento a la persona mayor y a su familia y cuidadores sobre estrategias para mantener la funcionalidad, la seguridad y el bienestar en la vida diaria. Esto puede incluir la enseñanza de técnicas de manejo del estrés, la promoción de la adherencia a los planes de tratamiento, la educación sobre la importancia de la actividad física y la nutrición adecuada.

La terapia ocupacional puede abordarse desde diferentes enfoques:

- ✓ Preventivo: aquel que fomenta la prevención de las enfermedades
- ✓ Adaptador: aquel que ayuda a las personas con limitaciones a vivir con normalidad.
- ✓ Recuperador: aquel que ayuda a los mayores a rehabilitarse de algún tipo de enfermedad o dolencia.

De esta manera, la TO se considera fundamental en las personas mayores. No solo les ayuda a llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, sino que, además, retrasa el deterioro físico y cognitivo. Del mismo modo, desempeña un papel importante en la integración de la vida social.

Por tanto, el terapeuta ocupacional funciona como un eje clave en la vida de las personas mayores. Les ayuda a crear muchas experiencias positivas. Además, trabajan por conseguir metas que siguen siendo tan importantes para ellos.

Beneficios de la terapia ocupacional:

1. Previene lesiones

Las actividades físicas que se realizan desde la TO ayudan a fortalecer los músculos, articulaciones y equilibrio. Además, ayudan a prevenir las caídas en las personas mayores, una problemática muy común en la tercera edad.

2. Mejora las capacidades

A través de las diferentes actividades, los mayores desarrollan habilidades y capacidades que evitan el deterioro cognitivo. Asimismo, mejoran sentimientos como confianza, autoestima. También evita la aparición de enfermedades de salud mental, como la soledad o la depresión.

3. Anticipa enfermedades



La TO permite anticiparse a enfermedades, especialmente las de carácter neuronal, como las demencias o el Alzheimer. A la hora de realizar las actividades es posible detectar los síntomas de estas patologías con mucha antelación y poder ofrecer los cuidados más adecuados.

4. Fomenta la movilidad

Gracias al uso de técnicas de TO, el mayor es capaz de recuperar ciertas capacidades físicas que es posible que estuviera perdiendo. Además, les ayuda a usar técnicas que les permita conservar su independencia y autonomía durante más tiempo.

5. Mejora las capacidades sociales

Gracias al desarrollo de diferentes actividades, especialmente en grupo, los mayores pueden mejorar sus habilidades sociales. Esto también ayuda a la prevención de la soledad y de posibles enfermedades de salud mental. Asimismo, les ayuda a tener un mejor envejecimiento activo.

DESTREZAS Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL COMPETENCIA

Conocimientos: Lo que una persona conoce sobre un área particular.

Actitudes: El estilo con el que una persona demuestra sus conocimientos y habilidades.

Habilidades: Lo que una persona sabe hacer bien.

COMPETENCIAS PROFESIONALES

La sociedad espera que los profesionales presten servicios que reflejen los estándares de su profesión.

El cambio en los ámbitos de práctica, los cambios en la tecnología de atención de la salud y la nueva evidencia exigen que los profesionales deban desarrollar a menudo un nuevo conocimiento y habilidades. Tienen que asumir la responsabilidad de su desarrollo profesional continuo y que evalúen con cuidado el grado de adecuación de su conocimiento y sus habilidades para cubrir las demandas de los entornos de la práctica actuales y futuros.

- ✓ Competencias generales
- ✓ Competencias específicas
- ✓ Competencias expertas

COMPETENCIAS GENERALES

- ✓ Habilidades de observación
- ✓ Habilidades de solución de problemas
- ✓ Habilidades del cuidado del paciente
- ✓ Habilidades de comunicación



- ✓ Habilidades de enseñanza
- ✓ Habilidades de supervisión y evaluación del trabajo
- ✓ Habilidades grupales básicas
- ✓ Habilidades de registro
- ✓ Habilidades de organización y administración
- ✓ Habilidades de investigación

HABILIDADES ESPECÍFICAS

- ✓ Gestión del caso
- ✓ Valoración y evaluación
- ✓ Relación terapéutica
- ✓ Intervención terapéutica

RELACIÓN TERAPÉUTICA: CUALIDADES NECESARIAS PARA ESTABLECER Y MANTENER UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA

- ✓ Confianza
- ✓ Comprensión y comunicación verbal y no verbal
- ✓ Empatía
- ✓ Escucha activa
- ✓ Liderazgo grupal

HABILIDADES EXPERTAS: ANÁLISIS Y ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD

- ✓ Selección de actividades adecuadas.
- ✓ Adaptación de la actividad.

TEMA 3. MARCOS DE REFERENCIA PRIMARIOS: FISIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y HUMANISTA

1. Introducción

La terminología usada en Terapia Ocupacional es un aspecto y a veces controvertido y poco definido. Se puede pensar que algunos términos clave para la profesión tienen una definición única y aceptada por todos. Esto desgraciadamente no es así. Términos como actividad, ocupación y tarea tienden a ser utilizados como sinónimos, aunque cada uno de ellos tiene un significado diferente y opera a distintos niveles del desempeño funcional del individuo.

A la confusión existente se añade que algunos autores utilizan los términos en sentido opuesto a otros y discrepan en la relación existente entre ellos o en el sentido y



significado que tienen para la persona. Y aparte esta cuestión terminológica afecta también al tema que nos ocupa; Los conceptos teóricos de modelo, marco primario de referencia, marco aplicado de referencia, abordaje, etc.

Son utilizados también de manera indistinta o incluso opuesta. Si revisamos los textos de teoría de la Terapia Ocupacional, vemos que para referirse a un mismo concepto práctico las denominaciones teóricas son múltiples. Tenemos una lengua rica en términos que nos permite hablar de Marco de referencia de la integración sensorial, del modelo de integración sensorial, e incluso del marco aplicado de referencia o del abordaje de la integración sensorial. Aunque en este caso esa riqueza lingüística no está bien utilizada.

2. Modelo y Marco de referencia.

Podemos definir marco de referencia como un conjunto de teorías procedentes de diferentes áreas de conocimiento: biología, psicología, medicina, etcétera, que constituyen los fundamentos científicos de la práctica de la Terapia Ocupacional.

Su función principal es explicar, describir y predecir comportamientos de cualquier tipo, que previamente han sido estudiados, y en torno a los cuales se ha elaborado una teoría. Es un conocimiento teórico que debe reorganizarse para poder ser utilizado en terapia ocupacional, puesto que no proporciona herramientas prácticas para la intervención.

Hagedorn diferencia dos tipos de Marco de referencia los Marcos de referencia primarios y los Marcos de referencia aplicados.

Los Marcos de referencia primarios consisten en un sistema de teorías que sirven para orientar y dar significado y coherencia a las bases conceptuales de la teoría ocupacional.

Son teorías que hacen que la intervención terapéutica concuerde con los principios teóricos de los cuales procede. Un marco de referencia aplicado consiste en una versión de la teoría adaptada y aplicada a la práctica de la teoría ocupacional. Es un esquema conceptual que sintetiza e interpreta el conocimiento para que pueda ser utilizado por la disciplina. Un marco aplicado de referencia proporciona un conjunto de suposiciones, postulados y conceptos, así como diferentes abordajes y herramientas prácticas (métodos o instrumentos de evaluación y estrategias de intervención).

Constituye la transición de la teoría a la práctica, a través de la descripción y diseño de una serie de estrategias visibles viables que se pueden utilizar en el ejercicio cotidiano de la profesión. Normalmente se refiere a un área específica de funcionamiento humano como hacia el cual se formulan las estrategias de tratamiento. En esta actividad humana, los procesos biológicos y psicológicos han de ser integrados, mezclándose frecuentemente elementos de diferentes Marcos primarios de referencia, al formular un marco aplicado de referencia.

Para que éste sea efectivo, debe ser una mezcla de teorías compatibles. Un modelo



profesional consiste en la representación a escala reducida de la estructura y el contenido de un fenómeno o situación.

En esta representación se describen y explican las relaciones complejas entre los elementos del sistema, y se integra la teoría y la práctica. Un modelo simplifica las cosas para su comprensión, diferencia los elementos y los relaciona, unifica los criterios involuciona una guía sobre qué se debe hacer en las diferentes situaciones de necesidad. Los modelos de Terapia Ocupacional están configurados a partir de las teorías propias de la profesión y de la ocupación humana y sirven para proporcionar unidad e identidad dentro de la disciplina.

3. Marcos primarios de referencia.

Los Marcos primarios de referencia incorporan diferentes teorías y conocimientos acerca del funcionamiento humano, que proceden de diferentes áreas del saber ciencias biológicas anatomía, fisiología, cinesiología, neurología, etcétera.

Ciencias psicológicas, psicología, sociología, etc. artes y Humanidades, filosofía arquitectura ,arte, música, e interpretación etc ciencias aplicadas cardiología, psiquiatría, geriátrica ,estomatología ,pediatría ,Medicina Interna, rehabilitación ,medicina deportiva etc tecnología e ingeniería prótesis tecnología existencial equipos adaptativos órtesis etc.

Todos estos conocimientos integran en una teoría compleja que ofrecen explicaciones sobre el comportamiento funcionamiento normal y patológico de individuo. En Terapia Ocupacional existen principalmente dos Marcos primarios de referencia, que son relevantes para la práctica profesional y diferentes ámbitos. Estos son el marco primario de referencia fisiológico y el marco primario de referencia psicológico.

El hombre, para llevar a cabo acciones funcionales dentro de su entorno que le permitan alcanzar la competencia ocupacional y satisfacción vital y autorrealización , debe integrar procesos biológicos y psicológicos, por lo que, en la práctica de la Terapia Ocupacional, y es necesario combinar conocimientos sobre los aspectos biológicos como psicológicos y sociales de individuo . Esto se traduce en que, para la práctica competente de la profesión, los elementos de ambos marcos primaria y de referencia deben ser integrados para proporcionar las los cuidados que necesita la persona, teniendo muy en cuenta que las teorías que utilicemos deben ser necesariamente compatibles y , a ser posible coma complementarias.

3.1 Marco primario de referencia fisiológico

Centra su atención en los aspectos biológicos de la persona mediante la valoración de los síntomas y signos objetivos de la enfermedad, lesión o trastorno, se puede llegar a identificar la causa que produce la disfunción. Una vez que esta ha sido identificada, se pueden poner los medios para eliminarla, corregirla, compensarla o amortiguarla, mejorando con ello la situación disfuncional de la persona. El marco primario de referencia fisiológico está basado en un punto de vista reduccionista, que se apoya en dos premisas: la obtención de datos



objetivos, mediante la investigación en condiciones experimentales controladas y la reproducibilidad de los resultados. Estas dos condiciones se consideran la fuente de conocimiento para establecer principios científicos sobre el organismo humano.

Este marco teórico intenta explicar las reacciones químicas que se producen en las células de toda la economía como la transmisión de los impulsos nerviosos de una parte a otra del organismo como la contracción de los músculos como el movimiento e incluso, pequeños detalles de la transformación de la energía luminosa en energía química para excitar los ojos como permitiéndonos ver El Mundo que nos rodea el hecho de vivir escapa a nuestro control; el hambre nos hace buscar alimentos y el miedo nos hace buscar refugio.. Las sensaciones de frío nos empujan a calentarnos y otras fuerzas nos obligan a buscar compañía y a reproducirnos Así pues, el hombre es, en realidad un autómatas y el hecho de que seamos criaturas sensibles que percibimos y conocemos, es parte de nuestra sucesión automática de hechos vitales .

El marco de referencia fisiológico considera el cuerpo humano como una máquina que puede ser examinada por problemas, como por ejemplo, fiebre, traumatismo, fracturas, contaminación por agentes patógenos, procesos degenerativos como etc La causa de la enfermedad, lesión o trastorno es una alteración en el equilibrio interno YO externo del individuo, que este no es capaz de contrarrestar, produciéndose entonces la disfunción.

Para que el equilibrio interno o externo se puedan mantener es necesario que exista control sobre los procesos electroquímicos orgánicos, es decir, sobre las acciones y reacciones del individuo y sobre su habilidad para responder al entorno y aprender de él. Para que este funcionamiento sea correcto, es imprescindible, que se den 3 condiciones: que la persona esté genéticamente dotada para conseguir este propósito, que exista integridad de todos los sistemas del cuerpo y que estos funcionen coordinadamente para lograr una ejecución armónica. Los sistemas que vaticinan principalmente en este mantenimiento de la homeostasia son sistema cardiovascular, nervioso, músculo esquelético, endocrino y sentidos especiales.

Los mecanismos de mantenimiento del equilibrio interno son un conjunto de conocimientos que el terapeuta ocupacional debe poseer, pero no son competencia principal. Para lograr el mantenimiento de la democracia son necesarias también, una serie de acciones externas; el individuo debe beber, comer, evitar el peligro, moverse por su entorno, mantenerse suficientemente caliente y así sucesivamente. Estas elecciones son en parte controladas por procesos reflejos y automáticos, pero también requiere una participación activa por parte del individuo para asegurar que esas necesidades básicas para sobrevivir son satisfechas.

Estas necesidades que requieren una participación activa de la persona son:

- la percepción, la interpretación adecuada de los estímulos ambientales y la elaboración de una respuesta activa el movimiento mínimo necesario para trasladarse dentro del entorno.
- La ejecución de acciones funcionales encaminadas a satisfacer las necesidades fisiológicas y personales.



Estos son, en líneas generales, los aspectos que más conciernen al terapeuta ocupacional y hacia los cuales se dirige principalmente las acciones profesionales que lleva a cabo.

- El marco primario de referencia fisiológico se centra la atención de los problemas relacionados con el funcionamiento físico de la persona mediante la aplicación de los principios contenidos en el mismo, se generan varios Marcos de referencia aplicados a problemas concretos y son:
- el marco aplicado de referencia biomecánico: Se ocupa principalmente del aparato locomotor y del movimiento funcional.
- El marco aplicado de referencia del neurodesarrollo: tratamiento de los trastornos del control motor desde diferentes perspectivas, en sus vertientes de desarrollo o reeducación, para mejorar la habilidad funcional del individuo.
- El marco aplicado de referencia perceptivo cognitivo: relacionado con los trastornos de percepción e interpretación del entorno por problemas que afectan a los componentes perceptivos, cognitivos y de integración del del desempeño motor.

3.2. Marco primario de referencia psicológico.

Según Lindsay la psicología es el estudio científico de la conducta entendiendo esta con toda su amplitud como los hechos externos y observables y los sucesos que solamente pueden ser reducidos deducidos indirectamente de informaciones verbales o de indicadores fisiológicos. Esta ciencia se basa en elementos como la objetividad, la perceptibilidad como la comunicabilidad y el estudio sistemático

El marco psicológico como tal fue constituido principalmente en el siglo 19.. Fue entonces cuando se dieron planteamientos científicos que relacionaban diversos trastornos mentales con causas fisiológicas y psicológicas. Y fue sobre todo en la segunda mitad del siglo cuando se potenció la aplicación de tratamiento desde un punto de vista psicológico

Esta ciencia ha avanzado de una manera considerable desde entonces debido a las valiosas y múltiples aportaciones de teóricos e investigadores de la psicología.

En el presente existe una amplia gama de aplicaciones de la psicología. En el campo de la enseñanza y la investigación encontramos: del desarrollo, experimental humana, experimental animal, fisiológica, cuantitativa como de la personalidad, social y de la educación. Y dentro de las posibilidades de la psicología aplicada podemos resaltar: la clínica como salud mental como de la orientación, escolar e industrial.

La psicología aporta a la profesión de la Terapia Ocupacional diferentes teorías que ayudan a comprender y explicar el comportamiento humano. El sentido holístico de la profesión requiere el entendimiento del ser humano y la manera en la que procesa y reacciona ante cada situación. No se podría entender la intervención y práctica de la Terapia Ocupacional sin el apoyo del marco primario psicológico.

Cada modelo determina la metodología de intervención de los profesionales que va en



función de las explicaciones que da al comportamiento humano. En cada uno existen puntos fuertes y débiles, y es a partir del autoanálisis de los profesionales de esta ciencia de donde continúa el desarrollo de la misma y de sus teorías.

Es importante para el profesional de Terapia Ocupacional comprender cada marco teórico y sus características para poder elegir el o los que más les convencen y más encajan con su planteamiento profesional y con el receptor de su servicio. La recomendación para los nuevos profesionales de terapia ocupacional es que se dediquen parte de su esfuerzo a conocer cada marco relevante con el fin de tener mayor capacidad de juicio a la hora de elegir las pautas de actuación que van a seguir.

Los Marcos psicológicos que más relevancia tienen en la profesión de Terapia Ocupacional son:

- marco conductual
- marco cognitivo conductual
- marco analítico
- marco humanista

3.3 Marco primario de referencia humanista

Los psicólogos humanistas, tienen una visión particular del ser humano, lo consideran un ser integral, poseedor de unas características personales que cada individuo desarrolla desde el nacimiento. La imagen o concepto de uno mismo, se realiza según este modelo mediante la interacción del individuo con el entorno y con otras personas. Así todo ser humano tiene unas potencialidades y adquiere unos valores que le hacen crecer hacia la autorrealización. Más que un marco de referencia es una técnica de análisis del comportamiento. Esta influido por el psicoanálisis, por la obra de Freud. Este humanismo surge como reacción a los postulados del psicoanálisis. La actuación de la persona no está predeterminada ni por el inconsciente, como definen los psicoanalistas, ni por el ambiente como señalan las teorías conductistas, sino que es libre de elegir su propio destino.

Los teóricos de este modelo defienden que lo que importa es la experiencia subjetiva, cada persona tiene sus propias vivencias, y estas percepciones son su realidad, única y diferente de las del resto de las personas.

El principal objetivo del humanismo es contribuir al desarrollo de un entorno digno y ajustado al ser humano, con la creación de condiciones óptimas que permitan el desarrollo personal de cada uno. El humanismo está influido también por la escuela de la fenomenología (Heidegger), el cual decía que la realidad subjetiva para una persona tiene más valor que la realidad objetiva, y también está influido por la filosofía existencialista, representadas por Sartre, Nietzsche y la escuela de la Gestalt.

El primer supuesto básico de esta teoría es que cada ser humano tiene la tendencia básica a evolucionar y a autorrealizarse mediante la interacción con su entorno. La tendencia de desarrollo surge del propio individuo.

Otro supuesto es que el desarrollo humano se produce en un intercambio activo y



autodeterminado del individuo y sus bases biológicas con su entorno. El último supuesto es que cada ser humano es un ente inseparable, compuesto de cuerpo, emociones, sentimientos, percepciones, pensamientos, ideas, valores, actuaciones y relaciones con su entorno, y por consiguiente no se puede incidir sobre unos sin tomar en cuentas el resto.

Por último, el hombre como organismo está en una acción e intercambio permanente con su entorno y tiende a conservarse a sí mismo en su medio. Se mantiene en un proceso de búsqueda de equilibrio que le llevan a utilizar estrategias momentáneas cuando no puede conservar su estabilidad.

Características del ser humano abordado por el humanismo:

1. Destaca la importancia de la percepción individual, y particular del sujeto como determinante de la conducta individual en cada momento (nos comportamos según percibimos). En la famosa figura de las caras y el jarrón hay quién percibe dos caras y quién percibe un jarrón, depende de la percepción individual.
2. El ser humano es pensante o independiente y su comportamiento no tiene causas subyacentes para explicar éste. Es responsable sus propios actos.
3. La persona nace con un potencial de desarrollo innato en ella y tiende a la consecución de metas positivas, esto es a desarrollarse, por ejemplo, llegar a ser estudiante.
4. Rechaza el concepto de enfermedad mental, según el modelo médico y toda etiqueta diagnóstica diciendo que todo comportamiento puede ser “normal”, si lo colocamos en la posición del sujeto percibiendo según él percibe.

Metodología:

Los humanistas le dan poca importancia a la dimensión histórica, sólo importa el aquí y ahora, trabajan por tanto modificando la percepción en un momento determinado, el humanismo se basa en la percepción del sujeto en el momento en que se trata, desechando la dimensión histórica a la hora del tratamiento, aunque esta es importante a la hora de elaborar su historial clínico.

Los autores relevantes de este marco en enfermedades mentales son:

C. Rogers, Abraham Maslow y R. Laing.

Para C. Rogers es importantísimo el potencial de desarrollo humano que tiende a la consecución de metas positivas, a este potencial le llama Rogers, potencial de autorrealización; éste es innato y gracias a él pueden conseguirse metas positivas. La potencialidad se desarrolla con la interacción del sujeto con el entorno desarrollándose lo que se conoce como un autoconcepto; este tiene que ver con el hecho de cómo valora el sujeto sus experiencias vividas y el enjuiciamiento que los demás hacen de ellas. Si hay incongruencias



entre el autoconcepto (valoración que el sujeto tiene de sus propios actos) y el juicio de los demás se producen conflictos que entorpecen el desarrollo, si creamos un clima psicológico adecuado de modo que se elimine la incongruencia se favorecerá el desarrollo del potencial de autorrealización.

TEMA 4. MARCOS DE REFERENCIA APLICADA A LA DISFUNCIÓN FÍSICA: BIOMECÁNICO, NEURODESARROLLO Y COGNITIVO PERCEPTIVO. MARCOS DE REFERENCIA APLICADA A LA DISFUNCIÓN PSICOSOCIAL: CONDUCTUAL, COGNITIVO CONDUCTUAL, PSICODINÁMICO Y HUMANISTA.

4.1. Marco de referencia biomecánico

4.1.1.. Fundamentos teóricos:

La Biomecánica se puede definir como el estudio de las repercusiones de las fuerzas mecánicas sobre las estructuras funcionales del hombre, en lo que se refiere a los huesos, articulaciones y músculos como factores determinantes del movimiento.

El marco biomecánico se basa en la funcionalidad anatómica y fisiológica y considera el cuerpo como una máquina cuyas partes pueden ser dañadas por enfermedad o lesión. Es un marco basado en la actividad física, en el que el ejercicio o actividad terapéutica tiene como objetivo mejorar la movilidad, la fuerza muscular, la resistencia y la coordinación, consiguiendo la funcionalidad.

El marco de referencia biomecánico se basa en cuatro supuestos básicos:

- Usar los conocimientos anatómicos, fisiológicos y cinéticos en las personas.
- Recurrir al análisis de la actividad para obtener un buen resultado y mejorar el marco de movimiento, la fuerza y la resistencia.
- Mantener un equilibrio entre el principio de reposo y acción (con reposos más prolongados en estadios iniciales que se irán acortando a medida que la persona va recuperando función).
- El marco de referencia biomecánico beneficia más a las personas con el sistema nervioso central intacto, aunque existan limitaciones articulares o musculares. El objetivo es que tras recuperar el arco de movimiento y la resistencia, la persona automáticamente recupere la función... Este marco trata lesiones del sistema periférico, musculoesquelético o cardiopulmonar.



4.1.2. Objeto de estudio y técnicas de intervención.

Dentro de este marco se evaluarían los déficits que la persona tiene en la amplitud del movimiento, debilidad muscular y disminución del recorrido articular, la tolerancia resistencia al esfuerzo... con el fin de intervenir y aumentar éstos parámetros hacia la normalidad. El tratamiento puede incluir técnicas como el entrenamiento de la coordinación motora y del ritmo, movimientos para aumentar el recorrido articular, movimientos contra resistencia...

Con este marco se han abordado históricamente la recuperación de fracturas, amputaciones, aplastamientos, quemaduras, artritis reumatoide, artrosis...

4.1.3. Continuo función- disfunción. Implicaciones en Terapia Ocupacional.

El grado de función o disfunción ocupacional que tiene el sujeto pasará por la valoración de los déficits que la persona presenta para realizar actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales, laborales, de ocio...) de forma independiente, a consecuencia de las limitaciones físicas que presenta. Esto es, en terapia ocupacional no sólo se realiza la valoración de los déficits en si mismos, sino también de cómo afectan a la realización de las avd de la persona, con el objetivo último de que mejorar las capacidades físicas va a redundar en un mejor desempeño en su vida diaria.

El terapeuta desde este marco podrá utilizar diferentes abordajes:

- o Actividades graduadas en esfuerzo, repeticiones, complejidad... con el fin de mejorar las capacidades físicas dañadas de forma progresiva.

- o Actividades de la vida diaria, se puede pedir a la persona la realización de aquellas actividades en las que presenta problema, basándonos en que la graduación del esfuerzo, la repetición de la tarea, el feedback de lo conseguido, ayudará a la persona a recuperar función.

- o Compensaciones, cuando las limitaciones funcionales son importantes o hay dificultad de recuperación, el terapeuta puede instruir a la persona en el uso de ayudas técnicas, adaptaciones del hogar, órtesis o prótesis... como forma de potenciar capacidades residuales y la independencia de la persona.

4.2. Marco de referencia del neurodesarrollo

4.2.1. Fundamentos teóricos

Está basado en los principios del control motor, de la facilitación neuromuscular y de la integración sensorial. El énfasis se hace en la secuencia de las intervenciones y en el uso



de las percepciones sensoriales y las respuestas voluntarias o reflejas, para promover la competencia y progresión a través de las etapas de la mejoría.

Las suposiciones básicas de este marco son:

- El sistema nervioso está organizado jerárquicamente siendo la corteza cerebral el nivel más alto y la medula espinal el más bajo. El control motor sigue la misma secuencia, e incluye los reflejos, las reacciones posturales, las sinergias y los patrones de movimiento
- El desarrollo neurológico se produce en etapas, de forma que, para alcanzar un nivel de desarrollo determinado, es necesario poseer el de los anteriores.
- Las etapas no se pueden pasar por alto.
- La corteza cerebral contiene los programas que controlan los patrones de actividad muscular, el tono muscular y la postura.
- Los patrones motores normales están basados en los reflejos y las reacciones primarias
- Cuando existe un trastorno congénito o adquirido que afecta al sistema nervioso central, los patrones de movimiento y los reflejos posturales primitivos se liberan al control superior consciente, apareciendo los movimientos normales
- El uso de la propiocepción, el posicionamiento y los reflejos puede facilitar el movimiento normal, postura correcta y las reacciones adecuadas

Objeto de estudio y técnicas de intervención

Se basa en la neurofisiología y el desarrollo, se utiliza principalmente en los trastornos donde existe un compromiso del sistema nervioso central a nivel cerebral.

Los resultados tras la intervención es el restablecimiento de respuestas adecuadas del SNC a los estímulos y demandas ambientales de manera que los patrones de movimientos normales se recuperen progresivamente.

El grado de recuperación no siempre es completo, especialmente en aquellos casos en que existe un compromiso neurológico extenso

Esta formado por diferentes abordajes, algunos de los cuales viene siendo utilizados por las terapeutas ocupaciones. Requieren un amplio conocimiento de las neurociencias y de la teoría del desarrollo y una considerable práctica en su uso.

Estos abordajes son. :

- Enfoque de Rood
- Enfoque del Neurodesarrollo de Bobath
- Enfoque de facilitación neuromuscular propioceptiva- KABAT
- Enfoque de Brunnstrom: la terapia del movimiento- Metodo Perfetti o ejercicio terapéutico

4.2.1.1. Enfoque de Rood



Es una técnica terapéutica que utiliza estímulos sensoriales para tratar el dolor y la disfunción motora. Fue desarrollado por el doctor Henry Rood en la década de 1950 y se centra en la estimulación de los receptores sensoriales a través de la piel.

El objetivo del método de Rood es mejorar la capacidad del cuerpo para controlar y coordinar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la función muscular. Para lograr esto, se utilizan diferentes estímulos sensoriales, como la aplicación de calor o frío, la vibración, la presión y el estiramiento.

Hay cuatro componentes:

1. La normalización del tono y de las respuestas musculares deseadas se consigue a través del empleo de estímulos sensoriales adecuados. El control del tono es un requisito indispensable para el movimiento
2. El control sensorial y motor está basado en el desarrollo, por lo cual la terapeuta debe empezar en el nivel de desarrollo del paciente y progresar gradualmente a niveles más altos de control sensorial y motor.
3. El movimiento es deliberado y se emplea la actividad para demandar una Respuesta automática del paciente con el fin de provocar subcorticalmente el patrón de Movimiento deseado.
4. La repetición de las respuesta sensoriales y motoras es importante para el aprendizaje, y está formada por método de inhibición, facilitación, niveles de control motor, patrones ontogénicos y funciones vitales.

Métodos de Facilitación- La estimulación táctil se realiza mediante el cepillado rápido, el frotado ligero, y la facilitación térmica con uso de hielo. También se usa el estiramiento ligero y rápido y el golpeteo del tendón y del musculo. Se puede añadir la resistencia al movimiento después de que este se inicie

Métodos de inhibición- La comprensión ligera de las articulaciones también llamada aproximación articular se puede aprovechar para inhibir los músculos espásticos

A) Enfoque de Bobath

Fue diseñado para el tratamiento de niños con parálisis cerebral y adultos con hemiplejia que presentan espasticidad

Es muy utilizado por los terapeutas ocupacionales.

La intervención desde este abordaje tiene las siguientes premisas generales:

- El SNC evoluciona en forma céfalo-caudal y en dirección próxima -distal.
- Lo que se aprende son las sensaciones de movimiento, no los movimientos per se- Los



patrones básicos de posturas y movimientos se transforman en habilidades funcionales.

- Cada actividad específica se realiza en un patrón básico de control postural
- Los patrones normales se aprenden a través de la experiencia sensorial que proporciona los movimientos normales
- El movimiento correcto se debe facilitar mediante el posicionamiento, el uso de puntos clave de control en el cuerpo, el contacto correcto con el paciente y el uso de la estimulación sensorial.

B) Enfoque de Kabat o facilitación neuromuscular propioceptiva

Es utilizado para obtener respuestas específicas del sistema neuromuscular a partir de la estimulación de los **órganos propioceptores**, es decir tiene como finalidad ayudar a adquirir el movimiento gracias a la estimulación propioceptiva.

Los patrones de facilitación se utilizan como movimiento pasivo para determinar la limitación de la amplitud de los movimientos, como movimiento activo libre, como movimiento activo guiado o como movimiento resistido.

Los tipos de estimulación son los siguientes :

Estimulaciones auditiva, ordenes verbales precisas y pronunciada de forma clara y enérgica

Estimulaciones visuales, seguir el trayecto del movimiento desde la salida hasta la llegada aumenta el grado de concentración y permite reintegrar la coordinación óculo-manual cuando el patrón facilitador es realizado por el miembro superior

Contactos manuales, el contacto de la mano del terapeuta sobre la piel del individuo debe ser firme y motivarlo a moverse, este contacto se hará en la dirección opuesta al movimiento que se ejecutara

Resistencia máxima, el movimiento se ejecuta venciendo una resistencia de suficiente magnitud como para exigir un esfuerzo máximo

Estimulo de estiramiento, es un hecho fisiológico que el musculo responde con mayor fuerza cuando se le superpone estiramiento. Esta contraindicado cuando existe dolor.

C) Enfoque de Brunnstron: la terapia del movimiento

El Método Brunnstrom nace aproximadamente en 1951 por Signe Brunnstrom y la idea de su trabajo se basa en la facilitación del movimiento del paciente con lesión del sistema nervioso central a través de las sinergias musculares. Es decir, el movimiento coordinado de ciertos músculos que actúan unidos para un objetivo de movimiento concreto.

Utiliza estas sinergias para crear **movimientos globales**, digamos «automáticos» para posteriormente **potenciarlos y desarrollarlos de forma voluntaria** y activa y cada vez más fina.



e) Método Perfetti

No es un enfoque estrictamente basado en el neurodesarrollo, que Perfetti desarrolló su método “el ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico”, basándose en las últimas investigaciones sobre el SNC en neurofisiología y en neuropsicología.

Perfetti propone considerar la rehabilitación como un proceso de aprendizaje en condiciones patológicas, la recuperación se ha de interpretar como estrechamente dependiente de la activación de una serie de procesos cognoscitivos (percepción, atención, memoria, vista y lenguaje), de cuya precisión se deriva la calidad de la recuperación.

La base de la teoría cognitiva es que la activación de los procesos cognitivos puede traer consigo el perfeccionamiento de esta capacidad en condiciones normales (aprendizaje) o en condiciones patológicas (recuperación).

Plantear la rehabilitación como aprendizaje es utilizar el movimiento como conocimiento, y el cuerpo como superficie receptora, para ello diseña una serie de ejercicios que proporcionen percepciones de origen táctil y cinestésico. El ejercicio cognoscitivo tiene que tener:

- Estructura pedagógica: Contenidos (queremos que el paciente aprenda adaptando el ejercicio en función del objetivo) y modalidades (modo o forma como se realiza el ejercicio: postura de partida, colocación del objeto, pregunta a realizar...)
- Estructura neurofisiológica: Análisis visual, análisis somestésicos y transformación.
- Estructura neuropsicológica: Problema (cuando se pierden las experiencias almacenadas), hipótesis y comparación.

El paciente con lesión pierde el automatismo del gesto si tenemos aferencia visual nos saltamos los pasos intermedios hasta llegar al objeto. Cuando se realiza un reconocimiento, en función del estímulo, se realiza una hipótesis y por último se compara con las experiencias almacenadas. Cada ejercicio constituye un problema de reconocimiento que solo puede ser resuelto mediante la interacción del terapeuta y el paciente.

4.2.1.2. Continuo función-disfunción. Implicaciones en Terapia ocupacional.

El grado de función disfunción de la persona vendrá de la mano de la valoración de los déficits de control motor de la persona y de cómo estos le afectan para realizar sus actividades de la vida diaria. El terapeuta elegirá el abordaje con qué intervenir con el fin de mejorar el



estado motor, sensorial... del sujeto de cara a aumentar su independencia en la vida diaria.

4.3. Marco de referencia cognitivo – perceptual

4.3.1. Fundamentos teóricos.

Este marco ha sido desarrollado para tratar los problemas funcionales derivados de los trastornos perceptivos y/ o cognitivos causados por daño cerebral o un trastorno o retraso en el desarrollo.

La percepción la podemos definir como la capacidad para la interpretación de los estímulos que nos llegan por los sentidos, como la percepción visual básica de colores, formas, tamaños... El fallo en la percepción se supone sin existe de alteraciones sensoriales. Por su parte la cognición hace referencia a capacidades superiores como memoria, atención, concentración, praxias... que nos permiten interpretar la información sensorial, y relacionarla y utilizarla para responder adecuadamente al entorno.

El marco cognitivo-perceptual, se basa en las siguientes premisas básicas:

- o Las actividades se realizan en base a la capacidad de percibir y evaluar la información sensorial, al mismo tiempo que se es capaz de planificar y ejecutar la acción con propósito.

- o La percepción y la cognición son esenciales para la ejecución funcional, si hay fallo en la recepción o reconocimiento de la información, el individuo tendrá dificultades funcionales.

- o Los déficits perceptivos y cognitivos pueden mejorar mediante la práctica intensiva y el reentrenamiento.

4.3.2. Objeto de estudio y técnicas de intervención:

Desde este marco se valora los déficits perceptivos y cognitivos que tiene la persona, y cómo estos afectan a su vida diaria, con la premisa de que mejorar estos déficits repercutirá en una mayor independencia de la persona en su vida diaria. Existen escalas de evaluación validadas tanto para los déficits perceptivos como el COTNAB cómo para los déficits Cognitivos, mini-mental, escala pfeiffer...

De la evaluación obtendremos información sobre los principales déficits que presenta la persona de cara a intervenir sobre ellos aplicado técnicas como las terapias de reminiscencia, orientación a la realidad, estimulación de la memoria, de la



atención...

50

4.3.3. Continuo función - disfunción. Implicaciones en Terapia ocupacional.

El nivel de funcionalidad de la persona lo vamos a obtener de la evaluación de sus déficits y de cómo estos afectan a vida diaria. En terapia ocupacional cobra importancia tanto el mejoramiento de las limitaciones en sí, como el reflejo de la mejora en la funcionalidad de la persona en su vida diaria.

Para determinar el grado de disfunción debe evaluarse tanto los déficits perceptuales como los cognitivos, y como afectan a la independencia de la persona en las avd.

Las maneras de intervenir desde terapia ocupacional pueden diferir según los casos:

o Abordaje rehabilitador encaminado a mejorar las capacidades a través del reentrenamiento intensivo. Ej; Ejercicios de memoria, de atención, etc.

o Abordaje compensatorio que implica enseñar al individuo a contrarrestar los déficits mediante el uso de capacidades residuales o proporcionándole ayudas y adaptaciones externas. Ej; enseñarle a apuntarse las cosas por hacer, etc.

Para determinar el método de tratamiento (rehabilitador o compensador) también tendremos en cuenta factores como: capacidad y potencial de aprendizaje, contexto

En el que está la persona y características emocionales ante la nueva situación.

4.4. Marcos de referencia aplicada a la disfunción Psicosocial: Conducta, cognitivo conductual, psicodinámico y humanista

A) MARCO CONDUCTUAL.

1. Postulados teóricos:

El conductismo nació como oposición al psicoanálisis. Los conductistas opinan que la personalidad y la conducta están determinadas por sucesos del mundo externo.

El conductismo se considera la ciencia de la conducta, y se basa en la Teoría del aprendizaje y la investigación. Se centra en el análisis y tratamiento sistemático de las conductas observables, más que en procesos psicológicos internos.

Dentro del conductismo hay que resaltar los postulados básicos que conforman la Teoría del aprendizaje. El aprendizaje se entiende como el cambio que se produce en la conducta final, en comparación con la inicial, tras haber estado sometido a una situación de



aprendizaje.

El aprendizaje está en la base de todas las conductas, y ofrece una explicación de cómo los individuos alcanzan un nivel particular de competencia en el desempeño.

En el Aprendizaje tiene lugar la habituación, condicionamiento y transferencia de lo aprendido. Para los terapeutas ocupacionales es especialmente interesante la transferencia de lo aprendido, ya que supone que el aprendizaje de una habilidad a menudo afecta al aprendizaje de otras. Ejemplo: aprender en terapia a utilizar camping - gas le ayudará para cuando se vaya a su casa y tenga que cocinar.

2. Objeto central de estudio y técnicas de intervención:

Es la conducta humana entendiéndola como cualquier actividad observable directa o indirectamente, evaluable y cuantificable. Utilizando métodos y técnicas derivados de la psicología experimental, los conductistas piensan que para influir en la conducta (aumentar su emisión, extinguirla, moldearla. . .) hay que hacer varias cosas:

- 1- Identificar la conducta a intervenir o enseñar.
- 2.-Observar la ejecución actual si la hubiera.
- 3.-Registrada (frecuencia, duración e intensidad)
- 4.-Aplicar las técnicas necesarias para intervenir sobre ella de la forma que se estipule

Para los conductistas las conductas se aprenden, se moldean, se instauran, y se extinguen, habiendo desarrollado para ello un amplio conjunto de técnicas de modificación de conductas cómo:

o Reforzamiento y castigo: cuando a una respuesta le sigue un refuerzo inmediato positivo, o la liberación de algo negativo, aumentará la probabilidad de emitir dicha respuesta en el futuro, este proceso es el reforzamiento positivo y negativo.

Sin embargo, cuando la emisión de una conducta da lugar a la desaparición de un reforzador, o a la aparición de algo negativo, esta conducta tenderá a disminuir en el futuro, este es el proceso del castigo negativo y positivo. Los refuerzos pueden ser materiales, sociales... siempre con el fin de tener el máximo de efectividad.

o Moldeamiento o aproximaciones sucesivas: Esta técnica pretende el aprendizaje de conductas adaptativas, para ello se desglosa la conducta en pasos consecutivos que el individuo irá aprendiendo previo reforzamiento de los pasos anteriores correctamente ejecutados, hasta conseguir el desarrollo final de la conducta.

o Economía de fichas: Es una técnica que consiste en reforzar la ejecución de la conducta objetivo, mediante la entrega al sujeto de fichas que puede canjear por cosas.

o Tiempo fuera: consiste en aportar a la persona de los elementos reforzador que



tiene a su alrededor.

o Extinción: retirar el refuerzo que mantiene la conducta, produciéndose así un debilitamiento progresivo de su intensidad y frecuencia.

3. Continuo función- disfunción. Implicaciones del marco en Terapia Ocupacional.

4. El conductismo considera que hay función cuando la persona tiene las habilidades necesarias para comportarse de manera adecuada en su entorno. El estado de función sería el resultado de una alta incidencia de conductas adaptativas al entorno de la persona, y una baja incidencia de conductas inapropiadas. Por su parte, el estado de disfunción sería el resultado de una elevada emisión de conductas inadaptativas al entorno del sujeto.

Las conductas que comprometen las capacidades funcionales de la persona que permiten la emisión de conductas adaptativas, sería el objeto para el cambio en el marco conductual. Este principio es fundamental en terapia ocupacional, ya que entre sus funciones se encuentra el valorar los déficits que presenta la persona y que le impiden ser funcional en su medio, con el fin de mejorar los mismos de forma que la persona actúe de forma adaptativa.

El trabajo diario en terapia ocupacional necesita de gran número de técnicas de este marco con el fin de facilitar el aprendizaje, modificación...de conductas adaptativas.

5. Criticas al marco conductual.

Se ha criticado este marco por su visión exclusivamente extrínseca de la motivación, por su acercamiento reduccionista y por el aspecto ético en el control conductual. Algunos afirman que los cambios son superficiales y que principalmente se producen gracias a un proceso cognitivo que lo facilita. No obstante, este marco aporta herramientas muy prácticas, útiles y manejables para los terapeutas ocupacionales en sus intervenciones.

B). MARCO COGNITIVO- CONDUCTUAL

1. Postulados teóricos

Las críticas al determinismo externo de la conducta que pregonaba el conductismo, dio lugar a la aparición de otra rama llamada "cognitivo- conductual". Esta última acepta los principios de modificación de conducta, pero niegan el determinismo de las conductas y dicen que las cogniciones regulan al hombre su propio comportamiento. Por lo tanto, este marco está influido tanto por la conductista como por la cognitivista. Se basa principalmente en las teorías del aprendizaje clásico, operante y vicario o social.

Los procesos mentales son una parte de todos los aspectos de la vida humana, luego la cognición es una de las habilidades implicadas en el desempeño de roles ocupacionales.



La cognición se entiende compuesta de:

o Contenido: Aspectos importantes del contenido serían: el conocimiento (las personas aprenden y recuerdan cómo interactúan de manera efectiva con su entorno físico y social. La información la reciben de manera consciente cuando están atendiendo e inconsciente cuando no están pendientes), creencias y valores (creencia es la aceptación de la verdad o la aceptación de la existencia de un objeto, hecho, estado o idea. Valores son el grado que el individuo considera para si mismo, para otros, objetos, actividades o ideas) y emociones (son sentimientos subjetivos, opuestos al razonamiento objetivo).

o Estructura cognitive: coordina las funciones cognitivas, es decir, la organización, almacenaje y recuperación de la información.

o

o Procesos cognitivos: son el medio por el que la información se intercambia en la mente. Puede ser consciente o inconsciente. El trabajo consciente de la mente se llama pensamiento.

2. Objeto de estudio y técnicas de intervención

Para los teóricos de este marco, aunque la conducta pueda estar influida por circunstancias externas, la determinación vendrá principalmente de los procesos internos, cognitivos, que serán los responsables de cómo la persona recibe la información del medio, la procesa y responde al mismo.

Por lo tanto las conductas adaptativas al medio serán la consecuencia de algún fallo en estos procesos internos.

Los cognitivistas han desarrollado diferentes técnicas con el fin para cambiar patrones erróneos de percepción, pensamiento y elección de respuesta. Las principales técnicas de este marco son: técnicas de estimulación cognitiva (atención, memoria), la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones. ...

3. Continuo función- disfunción. Implicaciones para Terapia Ocupacional

La conducta funcional se daría cuando la persona actúa de manera adaptativa, interpretando la información y respondiendo al medio de forma adecuada. Por otra parte la conducta disfuncional sería debida a un fracaso temporal o permanente del funcionamiento cognitivo, a nivel de percepción, de procesos o de contenido... que impide a la persona dar una respuesta adaptativa al medio.

Desde Terapia ocupacional, hay una conciencia clara de lo determinante de las capacidades cognitivas en el desarrollo de actividades de la vida diaria. Personas que presentan déficits a nivel cognitivo de atención, memoria... tienen grandes limitaciones para desarrollarse independientemente en su vida diaria, este es un campo a menudo abordado desde



terapia ocupacional, interviniendo tanto sobre la estimulación de estas capacidades (programas y actividades de estimulación cognitiva), como sobre la adaptación de las actividades de la vida diaria a las capacidades actuales del sujeto.

En terapia ocupacional se aplican ampliamente programas de modificación de conducta y de sensibilización, así como programas para el aprendizaje de destrezas.

C) MARCO DE REFERENCIA PSICODINÁMICO O PSICOANALÍTICO.

1. Postulados teóricos

Se basa en las teorías que Freud comenzó a crear a finales del siglo

XIX principios del siglo XX. Se centra sobre el principio teórico de que el comportamiento está gobernado por el inconsciente, guiado por la gratificación de impulsos básicos. Posteriormente desarrollado por otros autores como: Adler, Jung, Lacan...

Son característicos del psicoanálisis los siguientes conceptos:

- o Importancia de la infancia: la vivencia del individuo en su edad infantil viene determinada por una serie de etapas y la forma en que las interiorice, marcará su personalidad y su funcionamiento.

- o El comportamiento humano puede tener una motivación inconsciente: determinados elementos de la consciencia que resultan intolerables a ésta son reprimidos de forma que se tornan inconscientes pudiendo motivar el comportamiento individual.

- o El síntoma constituye una metáfora del padecimiento subjetivo del individuo y se produce como respuesta a un conflicto o trauma psíquico.

- o El encuadre terapéutico se apoya en la relación de transferencia entre el paciente- terapeuta, a través de la asociación libre.

Freud desarrolló varias teorías:

- o Teoría estructural de la personalidad: el aparato psíquico está formado por tres elementos: El ello (impulsos instintivos inconscientes), el ego o yo (se rige por el principio de realidad, y mantiene el equilibrio entre el ello y el super-ego) y el super- ego o el super-yo (parte consciente, marcada por las condiciones externas). El conflicto aparecería según Freud cuando uno de los elementos intenta dominar a los demás.

- o Teoría topográfica: La psique humana está dividida en tres estancias; consciente, pre-consciente e inconsciente.

- o Teoría del desarrollo sexual infantil: Freud destaca diferentes etapas organizadas en torno a la satisfacción de las pulsiones; oral, anal, fálica, periodo de latencia y genital. Estas etapas el individuo las debe atravesar de forma equilibrada hasta alcanzar el desarrollo de su personalidad.

2. Objeto de estudio y técnicas de intervención



Fidler destaca como importante a valorar por los seguidores de este marco:

Concepto de yo: valoración de cómo el paciente se percibe así mismo y como funciona dentro de este concepto. Su imagen corporal, identificación...

- Concepto de los otros: como percibe a los otros y cómo espera relacionarse con ellos.
- Organización del yo: naturaleza y extensión de su capacidad para probarla realidad, la validez de sus percepciones...
- Conflictos inconscientes: delineación de las áreas de conflictos inconscientes de necesidades o impulsos básicos...
- Comunicación: la naturaleza y la manera de comunicar las sensaciones y los pensamientos.

Los psicoanalistas valoran los conceptos anteriores a partir de las revelaciones de los pacientes con el fin de apreciar conflictos no resueltos.

Otra forma de apreciar estos conflictos es a través de la "simbolización", esto es, el desciframiento de símbolos inconscientes, sueños, que guardan detrás algún conflicto sin resolver. La intervención se encamina por tanto a hacer que el contenido mental inconsciente vuelva a la consciencia con el objetivo de incrementar el control sobre los conflictos pasados y conducta actual. Este marco se ha utilizado principalmente en el tratamiento de pacientes con problemas de salud mental.

Hagedorn (1997) dos tipos de aplicaciones de este marco:

o Marco de referencia aplicado analítico: Los t.o que trabajan con este marco usan técnicas creativas, expresivas y proyectivas, con actividades artísticas, danza, teatro, pintura... La interpretaciones que el sujeto hace de su quehacer creativo, puede ayudar al sujeto a descubrir los contenidos inconscientes y las formas de vinculación a las personas y objetos. En la relación de transferencia el t.o debe tomar una posición neutra.

o Marco de referencia aplicado del trabajo grupal: Se basa en las teorías sobre las dinámicas de las relaciones, y los procesos grupales y sus efectos en



el comportamiento y en la estructura de la personalidad de los participantes en tales grupos. Se basa en la realización de actividades grupales no estructuradas, lo que genera un grado de indeterminación, con relación a los papeles, normas,... que permite que sea el propio desarrollo grupal el que genere estructura y organización en las interacciones grupales.

El trabajo en terapia ocupacional se basa en la realización de una actividad común, en la dialéctica que establecen los miembros para su realización, la elaboración de los conflictos y las formas de relacionarse.

3. Continuo función- disfunción. Implicaciones en Terapia ocupacional

Para alcanzar la funcionalidad y el control de la conducta según este marco, debe aflorar el inconsciente al consciente, de forma que el sujeto tome conciencia de sus conflictos e intente reajustar su conducta.

En la actualidad en terapia ocupacional se aplican técnicas cuya base está en la teoría psicoanalítica como son el psicodrama, la musicoterapia, la danzaterapia, dinámicas grupales, juegos simbólicos... Estas técnicas se dirigirán a la utilización del significado y la interpretación de lo expresado por el individuo cómo forma de potenciar el autoconocimiento y la conciencia del individuo para que pueda reajustar su funcionamiento ocupacional. Con este mismo objetivo también se propondrían desde terapia ocupacional diferentes actividades creativas y de comunicación.

4. Críticas al marco de referencia psicodinámico

Es criticado por promover una visión de la teoría enfocada hacia la enfermedad, por promover una conducta dependiente por parte del paciente y por ser demasiado mística y orientada al pasado.

Algunos creen que la visión de la motivación desde este modelo es incompleta porque solo abarca la tensión, el extremo énfasis que se le da a los impulsos sexuales.

D) MARCO DE REFERENCIA HUMANISTA

1. Fundamentos teóricos

Nace de la escuela de pensamiento existencial y fenomenológico y' la escuela psicológica de la Gestalt. Se centra en el concepto que la persona tiene de si misma, considerando a los seres humanos como auto-determinantes y creativos de su propia existencia. Se basa en los siguientes supuestos:

- Cada ser humano tiene una tendencia básica a evolucionar y autorrealizarse a través de la interacción con su entorno, nada le ocurre al ser humano si el mismo no lo lleva a cabo. El ser humano es pensante e independiente y responsable de sus actos.
- La percepción particular de la realidad es determinante de la conducta individual en cada momento. Todos tenemos un potencial de desarrollo que genera crecimiento personal y cumplimiento de metas.



- Se oponen al concepto de enfermedad mental y a las etiquetas diagnósticas, el comportamiento anormal se entiende si somos empáticos con la persona que lo realiza.
- Se centran en el aquí y ahora de la persona. El hombre interactúa con el entorno intentando conservarse a sí mismo en su medio. Hay que destacar dos teóricos dentro de este marco:
- Abraham Maslow con su pirámide jerárquica de las necesidades humanas (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de autorrealización).
- Carl Rogers que desarrolló la Terapia centrada en el cliente con la premisa básica de que la aceptación incondicional de la persona, la empatía y la calidez, favorecían la relación terapéutica y el cambio en los sujetos con problemas.

La terapia centrada en el cliente destaca la importancia del potencial de desarrollo innato, que algunos autores denominan potencial de auto-realización, los problemas psicológicos de un sujeto serían consecuencia del bloqueo de este potencial, y el cambio en el sujeto aparecería si se desbloquea el mismo. Conceptos fundamentales para Rogers son el yo real, el yo ideal y la autoactualización.

2. Objeto de estudio y técnicas de intervención

El objetivo para los seguidores de este marco es aumentar al máximo el potencial humano, aceptando cada situación de forma optimista, como una función de la propia persona. El profesional debe contribuir al desarrollo de un entorno digno y ajustado al ser humano, facilitando la creación de condiciones óptimas que permitan el desarrollo personal de cada uno, responsabilizándose de sus acciones. Las técnicas principales de este marco son las aplicadas en la terapia centrada en el cliente, desarrollando en los profesionales las actitudes de empatía, calidez y aceptación incondicional como forma de facilitar el cambio en la persona.

3. Continuo función - disfunción. implicaciones en Terapia Ocupacional

Dentro de este marco la funcionalidad sería la normalidad vista como el autorrealizarse, cuando el individuo es capaz de utilizar su libertad para tomar decisiones, sin tener sentimientos de culpabilidad. Por su parte la disfunción sería la incongruencia entre el yo deseado y el yo real. La falta de estima de otras personas, la carencia de oportunidades para adquirir una habilidad, la falta de información para poder elegir correctamente o la dependencia de otros para elevar la autoestima son también factores que combinados pueden causar disfunción.

La terapia ocupacional se encuentra fuertemente unida a este marco por su fuerte filosofía



humanista y holística del ser humano. La intervención implica que el terapeuta ocupacional ayuda al paciente, no impone, sino que es el paciente quien tiene que fijar sus metas y modificar por sí mismo sus percepciones y actuaciones, dando énfasis al aquí y ahora para proyectar y alcanzar un nuevo futuro. Se enfatiza la responsabilidad del cliente en su tratamiento, su elección de objetivos y actividades como forma de fomentar su autocontrol y su desarrollo personal.

Para este marco el tratamiento en grupo es el modo más adecuado de facilitar las relaciones entre las personas, eso tienen gran influencia en terapia ocupacional, donde gran cantidad de actividades se plantean de forma grupal. En estos grupos el terapeuta únicamente orienta, informa... las decisiones finales las tomarán los propios clientes como guías de su vida.

TEMA 5. EVALUACION EN TERAPIA OCUPACIONAL. DIFERENCIAS ENTRE EVALUACION Y VALORACION. EVALUACION INICIAL, DURANTE Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO

1. EVALUACION EN TERAPIA OCUPACIONAL. INTRODUCCION

La práctica de la terapia ocupacional contemporánea está guiada por tres principios: la práctica centrada en la persona, la práctica centrada en la ocupación y la práctica centrada en la evidencia.

La terapia ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar.

Para llegar a cumplir con los estándares propuestos, es necesario obtener información relevante y necesaria para saber cómo es la ocupación de la persona con la que trabajamos, su desempeño o su sensación de competencia. Para ellos es necesario hablar de recogida de datos mediante la Evaluación Ocupacional. Se podría por tanto concretar que la evaluación ocupacional es clave en el proceso de terapia ocupacional porque establece la dirección de intervención.

Definición

La evaluación ocupacional se entiende como la adquisición exhaustiva y sistemática de información a través de la cual se interpreta la naturaleza y condición de la faceta ocupacional del sujeto evaluado.

La evaluación debe ser completa con el fin de garantizar una adecuada intervención, dado que es el momento en el que se fijan las metas y los resultados deseables, así como la elección de los métodos de intervención apropiados.

Características de la Evaluación Ocupacional

El procedimiento de evaluación ocupacional es un proceso dinámico, sistemático y circular.

Presenta las siguientes características:



- Explora aquello que se hace, las capacidades, destrezas y patrones de desempeño necesario para realizarlo, el conjunto de notas características que adquiere ese quehacer y el sentido último que se otorga a sus acciones. La evaluación del estatus ocupacional integra dos esferas complementarias de la ocupación; (a) extrínseca (lo que hace la persona) e (b) intrínseca (lo que es). Además, este proceso es singular, ya que el desempeño o realización (perform) y el significado (meaning) de cualquier ocupación adquiere su singularidad cuando consideramos a la persona, comunidad, población u organización que la realiza y el contexto concreto en que se desempeña.
- La evaluación del estatus ocupacional supone su comparación con algún patrón, ya sea evolutivo, normativo o subjetivo, que sirva de referencia para enjuiciar su idoneidad o alteración.
- La evaluación se caracteriza por su sistematización. Las propuestas respecto al ordenamiento del proceso son diversas y evidencian problemas complejos que conciernen a la singularidad de nuestra profesión.

2. DIFERENCIAS ENTRE EVALUACION Y VALORACION

La evaluación y la valoración son dos conceptos relacionados pero distintos en el campo de la terapia ocupacional. Ambos son procesos importantes para comprender las necesidades, capacidades y limitaciones de los individuos y guiar la planificación y ejecución de intervenciones ocupacionales. Sin embargo, tienen diferencias significativas en términos de su enfoque, objetivos y alcance.

1. Evaluación en terapia ocupacional:

- Enfoque: La evaluación en terapia ocupacional se refiere a la recolección sistemática y el análisis de datos sobre la salud, el estado funcional, la participación ocupacional y otros factores relevantes que afectan el desempeño ocupacional de un individuo.
- Objetivos: El objetivo de la evaluación es comprender la situación actual del individuo en términos de sus capacidades, limitaciones, habilidades y necesidades en relación con la ocupación. Esto implica identificar las dificultades ocupacionales, los factores de riesgo, los recursos y las oportunidades de mejora.
- Alcance: La evaluación en terapia ocupacional puede abarcar diferentes áreas, como la evaluación de la función física, cognitiva, emocional, social y ambiental, así como la evaluación de las actividades y roles ocupacionales del individuo. Puede implicar la utilización de herramientas estandarizadas, entrevistas, observaciones y análisis de la ocupación en contextos reales.

2. Valoración en terapia ocupacional:

- Enfoque: La valoración en terapia ocupacional se refiere a la apreciación subjetiva y el juicio clínico del terapeuta ocupacional sobre la situación del individuo en términos de sus necesidades, capacidades, limitaciones y metas ocupacionales.



- **Objetivos:** El objetivo de la valoración es comprender la experiencia y la perspectiva del individuo en relación con su ocupación, incluyendo su nivel de satisfacción, significado, motivación y expectativas. También implica evaluar la eficacia de las intervenciones ocupacionales previas y la identificación de estrategias de intervención apropiadas.
- **Alcance:** La valoración en terapia ocupacional es una evaluación cualitativa y subjetiva que se realiza a través de la escucha activa, la observación, el diálogo y la empatía. Se enfoca en la comprensión del punto de vista del individuo y en la colaboración para establecer metas ocupacionales centradas en el paciente. En resumen, la evaluación en terapia ocupacional se refiere a la recolección y análisis de datos objetivos sobre la situación ocupacional de un individuo, mientras que la valoración se refiere a la apreciación subjetiva del terapeuta ocupacional sobre la experiencia ocupacional del individuo. Ambos procesos son esenciales en la práctica clínica de la terapia ocupacional y se utilizan de manera complementaria para guiar la planificación y ejecución de intervenciones ocupacionales centradas en el paciente.

3. ETAPAS DE LA EVALUACION

La etapa de EO se estructura en tres momentos, según distintos autores. Así, se distingue: la Evaluación Ocupacional Inicial (EOI), la Evaluación Ocupacional Continuada (EOC) y la Valoración de los Resultados o Valoración Ocupacional Final (VOF)

Evaluación ocupacional inicial

Es un proceso de investigación mediante el que se determinan las principales áreas del cliente que pueden presentar alguna necesidad de intervención así como si el usuario es susceptible de ésta . En este caso los postulados a tener en cuenta al comenzar la evaluación inicial son:

- **Recolección de datos** subjetivos u objetivos, de forma directa o indirecta sobre el estado de salud y como realizan el desempeño ocupacional la persona, población, comunidad u organización con la que trabajamos.
- **Validación de datos** obtenidos, en pro de confirmar que se corresponden con la realidad evaluada. Nuestra labor, no es fiscalizar la realidad de lo datos. Si entendemos lo que sucede, más certera será nuestra reflexión.
- **Organización de datos:** cuando recurrimos a una categorización sistematizada de los mismos, es mucho más ágil encauzar nuestra reflexión y facilitará la etapa del razonamiento diagnóstico.
- **Registro de la evaluación inicial** lo más concreto y completo posible. Es el punto final a la evaluación ocupacional inicial, y se convierte en la mejor opción para comunicar nuestras reflexiones, convirtiéndose en un testimonio imperecedero de nuestra labor.

Se enmarcan los procesos de derivación, screening y evaluación comprensiva.



La derivación es el punto de partida de la intervención, es el puente entre el usuario y el profesional. Cuando se trabaja en instituciones puede seguir un formato o protocolo. El screening es el momento en el que el profesional recopila la información necesaria para que al basarse en ella resulte posible determinar la necesidad de una evaluación o intervención futura, desde TO

Por último, la evaluación comprensiva, es el momento en el que el profesional trata de identificar aquello que la persona quiere o necesita hacer así como las dificultades, barreras y facilitadores que influyen en la actividad

Evaluación ocupacional continuada

Proceso continuo de recogida y análisis que tiene lugar a lo largo de todo el proceso de Intervención. Ello nos permite modificar nuestras hipótesis y ajustar nuestra intervención. Las revisiones del caso son las que otorgan a la evaluación ocupacional su carácter circular, dado que al revisar la evolución comparamos el desempeño ocupacional actual del sujeto con el que poseía al inicio del proceso de intervención.

Valoración ocupacional Final

La apreciación o estimación final del proceso de terapia ocupacional, se denomina valoración de resultados individuales de la intervención. Tanto las revisiones periódicas del cada caso, como la valoración final de los resultados consisten, básicamente, en contrastar la línea base fijada en la evaluación inicial con el estado del sujeto en el momento en que se realiza cada una de estas evaluaciones. De esta forma, podremos enjuiciar la mejora, estancamiento o, si es el caso, empeoramiento del desempeño ocupacional del individuo y la eficacia de nuestra intervención

Durante la Evaluación ocupacional los profesionales adquieren información de forma sistemática con la que interpretar la naturaleza, condición y evolución de la faceta ocupacional o estatus ocupacional del sujeto que evalúan. En ella se debe recoger información tanto de las necesidades como de las fortalezas de la persona, creando así una imagen clínica que refleje una visión equilibrada del estado ocupacional de la persona evaluada

Se establece pues que el objetivo principal es conocer el desempeño ocupacional de la persona, teniendo en consideración su capacidad de elegir, organizar y desempeñar, de manera satisfactoria, ocupaciones significativas, definidas por la cultura y adecuadas a la edad, para el autocuidado, el disfrute de la vida y para contribuir con el entramado social y económico de la comunidad de la persona

En conjunto, posee unas características intrínsecas, como el hecho de ser un procedimiento

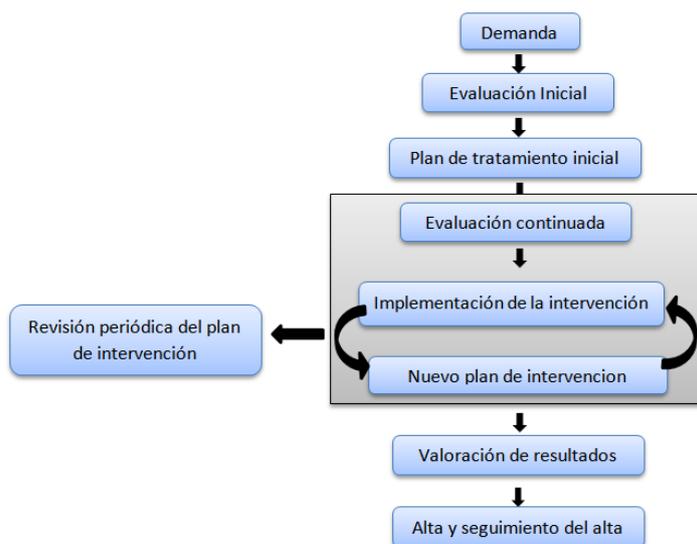


singular, circular y realizado de forma sistemática y exhaustiva.

Por tanto, se define como un proceso circular ya que tiene lugar en diferentes momentos a lo largo del Proceso de TO (Figura 1). A su vez, se considera singular puesto que propone una evaluación relativa a un único usuario, evaluando el “objeto”, aquello que hace la persona y las capacidades necesarias para ello; la forma, las características propias que adquiere ese quehacer y el sentido de ese hacer para el usuario. Como última característica se encuentra la exhaustividad, dado que la EO se realiza siguiendo una serie de pasos, lo que le confiere una estructura

Figura 1: Representación de la EO como un proceso circular. Fuente: Terapia Ocupacional en Salud Mental

Los estudios muestran que el procedimiento de la EO puede ser entendida desde dos enfoques distintos: el enfoque abajo arriba estructura los pasos a seguir durante la EO, centrándose en los denominados “componentes funcionales”, como pueden ser el rango articular o la fuerza. Es decir, parte de los “componentes funcionales” para posteriormente adquirir un exitoso desempeño ocupacional. Sin embargo, esta perspectiva es cuestionada en la actualidad por autores



como Trombly, considerando que puede ocasionar insatisfacción en la persona, perdiendo la esencia de lo significativo, que constituye la TO. Así, frente a esto, otros estudios proponen una secuencia de pasos a seguir en la EO de arriba abajo, comenzando por la investigación del desempeño ocupacional de la persona, su historia de vida, sus valores y creencias, etc., a la vez que se pacta con el usuario el propósito de la TO.

De igual modo, algunos estudios muestran que la práctica del terapeuta ocupacional puede estar influenciada, además de por el procedimiento que sigue para evaluar, por otros aspectos como el razonamiento clínico. Así, Reed y Sanderson expresan que es



Imprescindible la utilización del razonamiento clínico interno del terapeuta ocupacional que permita al profesional comprender a la persona así como a las necesidades que presente en su quehacer diario.

Autores refieren que el razonamiento clínico es un proceso cognitivo único de cada profesional y depende de su experiencia profesional, estando también influido por los Marcos de Referencia sobre los que el profesional apoya su práctica. Por tanto, el razonamiento clínico conforma las estrategias y habilidades con las que el terapeuta ocupacional dirige e implementa su intervención, aplicando sus conocimientos y facilitando la práctica gracias a la experiencia.

Fuentes de información en Terapia Ocupacional

Las fuentes de información a partir de las cuales los profesionales de TO recopilan información sobre los usuarios son consultadas y siguen una secuencia prefijada, empleando en primer lugar fuentes de información indirectas y posteriormente fuentes de información directa

En las fuentes de información indirectas se incluyen los informes (médicos, social, familiar, etc.), reuniones de equipo, comités de admisión y sesiones clínicas; los autoinformes, cuestionarios y autorregistros así como las entrevistas familiares y los registros de huella.

Por otro lado, dentro de las fuentes de información directa se recogen las entrevistas de TO, la observación y la aplicación de herramientas de evaluación.

Herramientas de evaluación

Las herramientas de evaluación son aquellos instrumentos destinados a recoger información acerca de la interacción dinámica entre el cliente, el contexto, el entorno y la actividad, midiendo y examinando los factores que pueden influir en su desempeño.

Los estudios evidencian el vacío de pruebas estandarizadas dentro de la práctica de la TO. Por ello, algunos autores, señalan la necesidad de que las herramientas de evaluación presenten las siguientes características: Validez, Fiabilidad, Especificidad y Sensibilidad.

La Validez de un instrumento indica el grado en que el instrumento mide lo que realmente pretende medir. Dentro de la validez se han diferenciado diferentes procedimientos de validez de contenido, validez de criterio y de constructo

La Fiabilidad se considera que es la calidad de la medida de un test, el grado de estabilidad, de precisión y consistencia que manifiesta como instrumento de medición. Indica el grado en el que los resultados son reproducibles. La fiabilidad del test puede estudiarse según la fiabilidad test-retest, la fiabilidad intraobservador y por último la fiabilidad entre evaluadores



La Especificidad del test se conoce como la operatividad del instrumento para medir aquello que se desea medir y la sensibilidad refiere el grado en el que el test es sensible a los cambios que se producen a lo largo de tiempo con el tratamiento La Sensibilidad, en el caso de las herramientas que buscan valorar cambios en la sintomatología de un usuario, indica el grado en la dicha herramienta es capaz de detectar una variación de los síntomas en respuesta a un tratamiento

Elección de las herramientas de evaluación en la EO

Los estudios revisados señalan que el terapeuta ocupacional debe conocer la utilidad de cada una de las herramientas de evaluación así como las condiciones en las que éstas deben ser usadas, para una adecuada planificación del tratamiento y su posterior puesta en marcha. De otro modo, se sesgaría la práctica basada en la evidencia de la profesión.

Algunos autores refieren que los profesionales presentan una predisposición a cerca del modo de recogida de datos y las características de los mismos. Esta predisposición puede ser explicada por diversos aspectos, como por ejemplo el lugar de práctica, en donde la regulación interna de la institución puede determinar el enfoque de la evaluación determinando, además, las competencias profesionales del terapeuta ocupacional.

Además, los artículos muestran que la selección de las herramientas de evaluación puede estar influenciada por el “paradigma” en el que se encuentre el terapeuta ocupacional. De igual modo, la evolución de los paradigmas de TO ha despertado la preocupación de los terapeutas ocupacionales por emplear herramientas no centradas únicamente en funciones y estructuras corporales sino en una visión holística de la persona, en donde se incluyan factores medioambientales y sociales

Investigaciones recientes abordan otros factores como los recursos físicos y económicos, al conocimiento que posee el terapeuta ocupacional sobre la herramienta, la disponibilidad de la misma, la puntuación y rapidez en la aplicación o la facilidad de expresar los resultados así como la aceptación por parte del usuario, entre otros.

TEMA 6. ABORDAJES EN INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

1. Introducción

Según el Marco de Trabajo para la práctica de la TERAPIA OCUPACIONAL (AOTA, 2020, 4ª Edición) la selección de los abordajes para la intervención en T.O. se encuadra dentro de la planificación de la intervención

La selección de los enfoques o abordajes concretos se ve influida por la corriente teórica que siga el terapeuta ocupacional. Esta selección depende de :



- La naturaleza del problema que presenta el paciente
- Tiempo transcurrido desde que se diagnosticó
- Presencia de otros trastornos que puedan interferir o contraindicar alguna técnica
- Número y gravedad de problemas existentes
- Deseos y prioridades
- Tiempo y recursos disponibles para efectuar la intervención
- Tipo de recurso o nivel asistencial
- Posibilidades reales de implementar los tratamientos

Pero sobre todo tiene que primar el bienestar del paciente a la hora de implementar los tratamientos bajo estos enfoques, y utilizar el abordaje, técnica o estrategia que haya demostrado más efectiva en casos similares, es decir, que hay que realizar práctica basada en la evidencia científica, aunque se tenga en cuenta la individualidad del paciente.

Definición : los enfoques o abordajes son estrategias específicas de intervención seleccionadas para dirigir el proceso de intervención que se basan en el resultado deseado del cliente, datos de evaluación y la evidencia(AOTA ,2020)

Estos enfoques son. :

- Crear o promover : promoción de la salud
- Establecer o restaurar: restauración
- Mantener : mantenimiento de la salud
- Modificar : compensar
- Prevenir: prevención de la discapacidad

2. ENFOQUES O ABORDAJES DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.

2.1. Promoción de la salud

Según la carta de Ottawa de 1986, la promoción de la salud “consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”

Las áreas de acción que propone la carta de Ottawa son :

- Construir políticas públicas saludables
- Crear ambientes que favorezcan la salud
- Desarrollar habilidades personales
- Reforzar la acción comunitaria



- Reorientar los servicios de salud

La promoción de la salud permite a las personas aumentar el control sobre determinados de la salud, y en consecuencia, mejorarla, de tal forma que los ciudadanos alcancen su empoderamiento, aumentando su autoconfianza y capacidades, y promuevan también entornos favorecedores de la salud.

La terapia ocupacional fue fundada sobre ideas relacionadas con la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. En lugar de pensar “hacer “promoción de la salud, los terapeutas ocupacionales realizan su trabajo en un marco de promoción de la salud.(Letts)

En terapia ocupacional, el abordaje de promoción de la salud no contempla la discapacidad, o que haya factores que interfieran con el desempeño. Intenta proveer de entornos y experiencias enriquecedoras para mejorar el desempeño ocupacional de todas las personas en los ámbitos naturales de la vida(Dunn, McClain, Brown y Youngstrom)

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	EJEMPLOS
Destrezas de ejecución	Hacer escuelas de padres para padres primerizos enseñándoles el desarrollo del niño.
Patrones de ejecución	Capacitar para manejo del estrés a través de la práctica del uso del tiempo con clientes saludables.
Contexto, contextos o entorno físico	Promover diversidad de experiencias de juegos sensoriales, recomendar una variedad de equipamiento para parques y otras áreas de juego.
Demandas de la actividad	Promover la creación del espacio suficiente para permitir a las personas mayores que residen en la zona realizar actividades como cocinar y comer un grupo de ellos.
Características del cliente (funciones del cuerpo, estructuras del cuerpo).	Diseñar programa de baile para mayores que aumentará su fuerza y flexibilidad.

2.2. Restauración de la salud

Abordaje que incluye todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de pérdidas(Villar-Aguirre), es aquí donde el sistema sanitario realiza su actuación a dos niveles, atención primaria y especializada. Es una de las funciones de la salud Pública, junto a la protección y promoción sanitaria, y la prevención epidemio- patológica.

Este concepto exista íntimamente ligado al de rehabilitación , que consiste en “acciones de salud dirigidas a ayudar a las personas a alcanzar el mas completo potencial físico, psicológico, social, compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales”

Determinados tipos de intervención en la infancia, en los que no se trata de recuperara la salud por perdida de la misma, sino de facilitar el aprendizaje y la adquisición de nuevas habilidades, concepto de “enabling occupation”)es la llamada habilitación (Townsend)



Por tanto, en Terapia Ocupacional, este enfoque está diseñado para cambiar variables del cliente para establecer una habilidad que no ha sido desarrollada aun o para recuperar una habilidad que está afectada por la enfermedad o discapacidad (Dunn)

Mantenimiento de la salud

El mantenimiento de la salud es un concepto muy relacionado con el de la promoción de la salud, ya que toda acción clínica está orientada, como mínimo, a mantener la salud, por lo que serán acciones dirigidas a personas con enfermedades o sin ellas.

Herbert J. Hall (1920) creía que la adecuada ocupación de las manos y de la mente era un factor muy potente en el mantenimiento de la salud física, mental y moral en el individuo y la comunidad

Abordaje dirigido a personas que presentan riesgo elevado de perder habilidades ocupacionales a consecuencia de padecer una disfunción crónica. También a aquellos casos en los que existe una limitación previa a la causa de derivación al servicio de T.O

El motivo de consulta en estos casos suele ser el mantenimiento de las actividades de la vida diaria

Este enfoque está diseñado para proveer las ayudas que permitirán al cliente preservar las capacidades de desempeño que se han vuelto a ganar, que continúe cumpliendo con las necesidades de su ocupación, o ambas (Creek, 2010). Se entiende que sin una intervención de mantenimiento continuo el desempeño va a disminuir, no se van a cumplir las necesidades ocupacionales, o ambas, afectando así a la salud y a la calidad de vida.



OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	EJEMPLOS
Destrezas de ejecución	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la capacidad del cliente para organizar herramientas, proporcionando dibujo en de las mismas en un tablero. - Desarrollar un programa de seguridad para organizaciones industriales para recordarle a los trabajadores la necesidad de usar el equipo de seguridad. - Proveer de un programa de vivienda comunitaria para adultos mayores para mantener las habilidades motoras y praxis.
Patrones de ejecución	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar al cliente para que pueda administrarse la medicación de forma correcta, facilitando un temporizador (alarma) como ayuda a la memoria. - Establecer patrones de ejecución ocupacional para mantener un estilo de vida saludable después de una pérdida significativa de peso.
Contexto, contextos o entorno físico	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener acceso seguro e independiente a las personas con baja visión, recomendando que aumenten la iluminación de los pasillos. - Durante un desastre natural, trabajar con instalaciones consideradas como refugios, para proporcionar juegos y actividades de ocio para las personas desplazadas, y facilitar que tengan una apariencia constructiva y de normalidad. - Incorporar principios de diseño universal en los hogares, para permitir a las personas envejecer en su entorno.
Demandas de la actividad	Mantener la independencia en la actividad de jardinería para personas con artritis en manos, recomendando herramientas con mangos modificados, de mango largo, alternativas para sentarse, jardines elevados, etc.
Características del cliente (funciones del cuerpo, estructuras del cuerpo).	<ul style="list-style-type: none"> - Proveer actividades multisensoriales para aumentar el nivel de alerta de los usuarios de una residencia de mayores. - Proporcionar apoyo a través de férula de pulgar para que el cliente la use en períodos de estrés prolongados o durante una actividad

2.3. Abordaje compensatorio (modificar, compensar, adaptar)

La modificación es un abordaje complejo que hay que definir en varios conceptos: se puede modificar la actividad, los objetos con los que se realiza la tarea y el entorno (AOTA , 2020)

- Modificación de la actividad: cambios que se realizan en la tarea para facilitar el desarrollo de la misma. Alterar el método de tarea suele venir precedido de un aprendizaje diferencial de como se ejecuta la misma de manera habitual.
- Modificación de los objetos con los que se realiza la actividad(productos de apoyo)
- Modificación del entorno : se realiza para evitar riesgos y habilitar el contexto para el adecuado desempeño ocupacional.

Dirigido a casos en que los abordajes recuperadores no hayan sido efectivos totalmente, o cuando se prevé inicialmente que ciertas habilidades no van a recuperarse.

Se puede ayudar a la persona a recuperar la independencia mediante enseñanza de nuevas habilidades y estrategias de acción, utilización de habilidades residuales para compensar las pérdidas, reestructuración de hábitos y roles, prescripción de modificaciones



ambientales, uso de ortesis, dispositivos o equipos educativos.(polonio, 2016). Enfoque dirigido a encontrar formas para revisar los ámbitos actuales o demandas de la actividad, para apoyar el desempeño en un ambiente natural, incluyendo técnicas compensatorias, mejorando algunas características para proveer claves o reduciendo otras características para reducir la distracción(Dunn, 1994)

Generalmente , este tipo de intervención requiere menos tiempo que el enfoque restaurador

2.4.Prevencción de la discapacidad

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solo a evitar la aparición de la enfermedad, tales como reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Tipos de prevención:

Primaria : se dirige a evitar la aparición inicial de una enfermedad

Secundaria: su objetivo es detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado. Terciaria: se dirige a evitar o reducir los casos de recidivas y que la cronicidad se establezca, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz

La Asamblea de rehabilitación internacionales propone conseguir de cualquier persona lleve una vida sin limitaciones físicas ni psíquicas en su comunidad, lo cual supone, entre otras, promover y apoyar de forma activa la prevención de cualquier riesgo que pueda generar deficiencias y /o discapacidades

En la medida de lo posible la sociedad civil en su conjunto, el sector sanitario, los gobiernos, las empresas privadas y las asociaciones deberían unir esfuerzos y adoptar estrategias que permitieran prevenir:

- Discapacidades producidas por enfermedades transmisibles
- Las debidas a enfermedades no transmisibles
- Accidentes de trafico
- Riesgos y accidentes laborales
- Las discapacidades provocadas por conflictos armados. Producen tantas deficiencias físicas como psicosociales graves que se prolongan durante décadas tras la solución del conflicto. La asamblea de Rehabilitación internacional trabaja para que las decisiones políticas traten de evitar o reducir los conflictos armados, así como apoyar un acuerdo internacional que limite el uso de armas invalidantes y la amenaza de esas armas contra la población civil.



- Las discapacidades secundarias (personas que a consecuencia de una discapacidad previa desarrollan otra). Esto sucede sobre todo en países en vías de desarrollo donde los servicios sanitarios son más escasos



En terapia ocupacional este abordaje se utiliza para preparar a los clientes con o sin discapacidad a actuar ante posibles riesgos que puede tener en el desempeño de una ocupación. Previene de los acontecimientos nocivos y de la aparición de obstáculos mientras se realiza la acción

La intervención puede dirigirse al cliente, al entorno o la actividad(AOTA , 2020)



Tema 7. Actividades de la vida diaria (AVD): Definición y Clasificación. Escalas de valoración AVD utilizadas. Relación con la Terapia Ocupacional y la persona Mayor.

7.1. Actividades de la vida diaria (AVD): Definición y Clasificación.

La definición de actividad de la vida diaria ha seguido una evolución a lo largo de varias décadas, que va desde la mención del cuidado personal, asociada a la propia autonomía de la persona, hasta ir incluyendo aspectos fundamentales como realizar actividades que cubren cubrir las necesidades básicas, del hogar, trabajo, educación, ocio y tiempo libre.

La primera definición de AVD fue elaborada en 1978 por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que las definió como: *Los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio*”

Las actividades de la vida diaria (AVDs) comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y, además, un propósito. Sin embargo, las ocupaciones son centrales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en el modo en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones.

Si entendemos que la realización de ADVs integran a las personas en la sociedad, comprenderemos que éstas se vuelven necesarias como apoyo para la identidad de las personas.

En el conjunto de actividades de la vida diaria se encuentran aquellas dedicadas al cuidado de sí mismo y el automantenimiento, como puede ser el aseo, la alimentación y la limpieza del hogar y la lavandería. También incluyen algunas otras como tomar transporte público, sacar dinero del cajero o la búsqueda de empleo.

Las ADVS se categorizan de la siguiente manera:

Actividades básicas de la vida diaria (abvd)

Son aquellas actividades del día esenciales que cada ser humano debe llevar a cabo para satisfacer sus necesidades básicas, desenvolverse de manera independiente y en las que conseguirá sentirse activo. Estas actividades de la vida cotidiana incluyen acciones como alimentarse, vestirse, bañarse, mantener la higiene personal, moverse y trasladarse en diferentes lugares, mantener interacción con el medio, comunicarse con los demás, entre otros aspectos.

Son fundamentales para el bienestar y funcionalidad de una persona, ya que permiten el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para interactuar con el entorno y enfrentar los retos diarios. Son herramientas clave para evaluar la autonomía y capacidad de la persona, especialmente en casos de personas con discapacidad o diversidad funcional,



adultos mayores o en proceso de rehabilitación.

Mediante la valoración de estas actividades diarias, los profesionales de la salud pueden establecer planes de intervención y apoyo para mejorar la calidad de vida y promover la inclusión social de los individuos que presenten dificultades en el cumplimiento de estas actividades esenciales.

- ✓ Están orientados al cuidado básico, a la supervivencia orgánica y condición humana
- ✓ Son actividades que tienen lugar a diario
- ✓ Se realizan de forma automática
- ✓ Permiten vivir de forma autónoma
- ✓ Están dirigidas al cuidado y mantenimiento del propio cuerpo

Dentro de las ABVD se incluyen :

Alimentación

- ✓ Llevar la comida / liquido desde el plato y/o vaso a la boca
- ✓ Masticar y tragar la comida y/o liquido ingerido
- ✓ Baño e higiene personal

Utilización de los elementos de aseo e higiene

- ✓ Lavar, enjabonar y aclarar las partes del cuerpo e hidratar la piel
- ✓ Control de esfínteres

Control de los movimientos de los intestinos y vejiga urinaria.

- ✓ Adecuado uso del retrete.
- ✓ Cuidado de la vejiga y de los intestinos. Vestido.
- ✓ Vestirse/desvestirse.
- ✓ Seleccionar la ropa y accesorios acordes al día, la ocasión, temperatura, etc.

Movilidad funcional.

- ✓ Desplazamiento de un sitio a otro en la realización de actividades cotidianas, incluido el transporte de objetos.

Sueño y descanso.

- ✓ Periodo de tiempo en el que hay una pausa en el trabajo o actividad que se está realizando.

Actividades instrumentales de la vida diaria (aivd)



Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas acciones del día, y funciones más complejas, que una persona realiza para mantener su autonomía e independencia en el entorno que habita.

Estas actividades están orientadas al cuidado y mantenimiento del hogar, la realización de gestiones económicas y administrativas, así como aspectos relacionados con la salud y el bienestar personal.

Entre las AIVD podemos mencionar tareas como ir de compras, cocinar, realizar labores de limpieza, gestionar citas médicas, pagar cuentas y utilizar medios de transporte, entre otros.

A diferencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que se centran en funciones elementales como la alimentación, higiene personal, vestirse y movilidad, realizar estas tareas tienen una mayor complejidad y requieren de habilidades cognitivas y sociales más desarrolladas.

El dominio de las AIVD es esencial para el desarrollo integral y satisfactorio de una vida independiente. Por esta razón, es importante detectar y abordar posibles dificultades o limitaciones en la realización de estas actividades para así implementar estrategias de rehabilitación y apoyo que promuevan el bienestar, la autonomía y la satisfacción de las personas a lo largo de su vida.

- Son actividades que permiten la interacción de la persona con el medio o entorno que lo rodea
- Son actividades más complejas que las anteriores, tanto a nivel cognitivo como motriz.

Dentro de las AIVD se incluyen: Cuidado de otros.

- Proveer y supervisar de cuidados de personas y mascotas.

Utilizar distintos sistemas de comunicación.

- Puede realizar tareas de escritura, lectura, participar en grupos de debate, etc.
- Utilizar el teléfono, ordenador y otros dispositivos tecnológicos para búsqueda de empleo, por ejemplo

Movilidad comunitaria.

- Conducir
- Uso de medios de transporte de forma autónoma e integrada.
- Movilidad por sí solo en la comunidad. Mantenimiento de la propia salud.
- Rutinas para mantener su bienestar general de salud
- Manejo de medicación
- Control de una alimentación saludable Manejo de dinero.



- Compras
- Gestiones financieras Establecimiento y cuidado del hogar.
- Mantenimiento y reparación de los objetos personales, del hogar y el entorno.

Uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

- Pedir ayuda en situaciones de emergencia y/o peligro inesperado.
- Autonomía en la resolución de problemas.

Actividades avanzadas de la vida diaria (aavd)

Las actividades avanzadas de la vida diaria son por definición, aquellas que posibilitan el desarrollo personal del sujeto dentro de la sociedad. Son complejas y requieren un mayor grado de organización, pero no comprometen la independencia del individuo ni necesitan cuidados médicos. Realmente se puede vivir sin ellas, sin embargo, la persona no alcanzará la realización personal. Estos algunos de los ejemplos de las actividades avanzadas de la vida diaria:

Educación

Son aquellas AAVD destinadas a integrar al usuario en el sistema educativo y estudiantil.

Algunos de los ejemplos de estas actividades avanzadas son, por ejemplo:

- Participación en la educación formal.
- Exploración de las necesidades o intereses personales en la educación.
- Participación personal en la educación informal.

Trabajo

Son las tareas y rutinas que permiten al individuo obtener un empleo remunerado, así como, realizar actividades de voluntariado.

Este tipo de AAVD serán:

- Interés y búsqueda de empleo
- Consecución y desempeño del trabajo
- Preparación para la jubilación
- Realización de voluntariado



Juego

Las actividades avanzadas que recoge esta categoría son todas aquellas capaces de otorgar entretenimiento y diversión al individuo. La exploración del juego y la participación en ellos serán las actividades principales.

Tiempo libre

Acciones realizadas de manera voluntaria durante el tiempo libre que no esté ocupado por actividades obligatorias como trabajar y el cuidado personal.

- Exploración del tiempo libre.
- Preparación para el ocio. Participación social

Sentirse dentro de un conjunto social es lo que persigue este tipo de actividades avanzadas. Las relaciones pueden darse en diferentes ámbitos:

- Comunidad
- Familia
- Compañeros/amigos.

Las actividades cotidianas más avanzadas son complejas a la par que innecesarias para la supervivencia del individuo, sin embargo, ser capaz de desarrollarlas mejorará su calidad de vida y lo integrarán en la sociedad.

7.2. ESCALAS DE VALORACION

En la actualidad, existen diferentes escalas para la valoración del grado de dependencia que poseen, así como, los cuidados médicos necesarios que necesitan las personas para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las más utilizadas son :



ESCALA DE BARTHEL

Es una herramienta de valoración que permite valorar la autonomía de las personas para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD's). Los datos se obtienen mediante observación y a través de una entrevista al usuario y a la familia o cuidador principal.

El Índice o Escala de Barthel evalúa la situación funcional del mayor en un rango que oscila entre los 0 y 100 puntos; los valores más próximos al 0 indicarían que la persona mayor tiene un grado dependiente alto y, por el contrario, si la puntuación obtenida es próxima al 100 indicaría que el mayor presenta dependencia leve o es independiente.

Esta valoración es ampliamente utilizada en el ámbito de la geriatría.

Este método está ampliamente extendido y se aplica en aquellos usuarios que han presentado su solicitud de acceso a ayudas a la dependencia o para un centro de día y residencia. El análisis se efectúa tanto en una fase inicial para ver el grado de independencia del mayor como tras la rehabilitación para analizar la evolución del usuario.

Sus funciones son las siguientes:

- Evalúa las funciones diarias de pacientes con algún tipo de dependencia.
 - Gracias a la puntuación total, se estima si el paciente necesita mínima ayuda física, incluso la ayuda domiciliaria.
 - Sirve como prueba del protocolo de evaluación geriátrica.
- Es un criterio de eficacia de los tratamientos de rehabilitación a los que el paciente se somete.

Escala de Barthel.



Actividad	Descripción	Puntuación
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10



INDICE DE KATZ

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos. El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

1. Independiente en todas sus funciones.
2. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
3. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
4. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
5. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
6. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
7. Dependiente en todas las funciones.
8. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. *Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.*

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve. Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.



Indice de Katz

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral

ESCALA DE LA INCAPACIDAD DE LA CRUZ ROJA

La escala de incapacidad de la cruz roja también es una escala no jerarquizada que pretende medir la incapacidad a la hora de la realización de las actividades de la vida diaria.

Califica en forma de estadios o grados de incapacidad desde 0 normalidad hasta 5 máximo grado de deterioro

1. Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad
2. Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad, continencia total
3. Tiene alguna dificultad en los actos diarios, por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia
4. Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional
5. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (2 personas). Incontinencia habitual
6. Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería



Cruz Roja

0	El individuo se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad .
1	Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria. Presenta algunas dificultades para realizar desplazamientos complicados (viajes, etc.)
2	Presenta algunas dificultades en las AVD, por lo que necesita ayuda ocasional. Camina con ayuda de un bastón o similar
3	Graves dificultades en las AVD, necesitando ayuda en casi todas. Camina con mucha dificultad, ayudado al menos por una persona
4	Imposible realizar sin ayuda cualquier AVD. Capaz de caminar ayudado al menos por dos personas. Incontinencia ocasional
5	Inmovilizado en cama o sillón. Necesita cuidados continuos. Incontinencia habitual

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

La escala de Lawton y Brody permite medir el grado de independencia que mantiene la persona mayor.

Este breve instrumento es uno de los más utilizados a nivel internacional y el más empleado en las unidades de geriatría.

La escala está compuesto por ocho ítems con varias alternativas de respuesta que en conjunto evalúan la capacidad de la persona para llevarlos a cabo de forma autónoma.

Las opciones de respuesta puntúan 1 (la persona las realiza de forma independiente) o 0 (dependiente).

La puntuación total se obtiene sumando los valores obtenidos en cada ítem y oscila entre 0 (totalmente dependiente) y 8 (independencia absoluta).



Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria

Paciente _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Con la ayuda de la persona cuidadora principal, puntíe la situación del paciente sobre estos ocho aspectos.

A) Capacidad para usar el teléfono	
1. Usa el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta al teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B) Ir de compras	
1. Hace todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para hacer cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C) Preparar la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y se le sirva la comida	0
D) Cuidar de la casa	
1. Cuida la casa solo/sola o con ayuda ocasional (ej., trabajos pesados)	1
2. Lleva a cabo tareas domésticas ligeras, como fregar los platos o hacer la cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E) Lavar la ropa	
1. Se encarga completamente de lavar la ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otra persona se ocupe de lavar la ropa	0
F) Medio de transporte	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce un vehículo	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa el transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1

3. Relación con la terapia ocupacional y la persona mayor.

Tanto para las personas mayores, como para aquellas personas que han sufrido algún accidente o patología que les haya limitado su autonomía a cualquier nivel, las Actividades de la Vida Diaria (AVD) juegan un papel decisivo para el automantenimiento y la participación social.

Aquí es donde entra en juego el papel de la terapia ocupacional, disciplina sociosanitaria que analiza, evalúa, gradúa y adapta las AVD para facilitar la autonomía de las personas.

Valorando las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales de los pacientes, pretende capacitarles para conseguir el mejor grado de independencia posible en su día a día.



De esta manera, se contribuye a la recuperación de la enfermedad y/o se facilita la adaptación a su discapacidad.

El objetivo fundamental de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para que lleven a cabo sus AVD, promoviendo la salud, su autonomía, el bienestar y la justicia social. Todo desde la perspectiva de la atención centrada en la persona.

El terapeuta ocupacional comienza con la valoración de las capacidades físicas, mentales y sociales de la persona, con el fin de ver que AVD se deben trabajar.

Una vez detectadas las necesidades, se crea un plan de tratamiento partiendo de los objetivos individuales acordes a las capacidades, necesidades e intereses de la persona; realizando una adaptación de las actividades al grado de deterioro siempre que fuese necesario.

El propósito es lograr la mayor independencia de la persona, en cualquier etapa de su ciclo de vida. De esta manera, los objetivos de este plan de intervención pueden ir desde la prevención o el manteniendo, hasta la mejorada la autonomía funcional.

El terapeuta ocupacional suele realizar sus intervenciones desde el centro donde habitualmente realice la terapia. Pero en muchas ocasiones ha de llevar la terapia al ambiente cotidiano del paciente para ayudarle a adaptarse a él.

En estos casos la intervención con la familia o cuidadores puede ser de gran ayuda, pues son los que más pueden influir en la funcionalidad y en el grado de autonomía de las AVD.

Se les asesora y orienta de los cambios y adaptaciones que mejoren la accesibilidad y la movilidad de la persona dentro de su entorno. Les aporta estrategias y como realizar las AVD en el domicilio.

Es muy importante :

- ❖ Fomentar la independencia desde las fases iniciales de la enfermedad o lesión.
- ❖ Evitar la sobreprotección, realizar todas las actividades de la persona no ayuda ni favorece en el devenir de la terapia.
- ❖ Se debe realizar una valoración continua de las capacidades y dificultades que tiene la persona y los pasos a seguir en la ejecución de la tarea.
- ❖ Se recomienda mantener una rutina diaria y unos horarios
- ❖ Proporcionar un entorno seguro y facilitador



TEMA 8. INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL MÁS FRECUENTES: ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS MANIACOS-DEPRESIVOS, TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Terapia Ocupacional y salud mental

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones caracterizadas por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, regulación emocional o del comportamiento. Esta alteración afecta a las áreas funcionales de la persona, como el área social, laboral o educativa, y son consecuencia de alguna interacción psicosocial, experiencial, neuronal, genética, o combinación de varios factores.

Existen muchos tipos diferentes de trastornos mentales, alguno de ellos es:

- Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia (Trastorno delirante, Trastorno esquizofreniforme y Trastorno esquizoafectivo).
- Trastornos del estado de Ánimo (Trastorno Bipolar tipo I, tipo II, ciclotímico).
- Trastornos Depresivos.
- Trastornos de ansiedad (Fobias).
- Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos por abuso de sustancias.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos relacionados con traumas y estrés.
- Trastornos del sueño.

Esquizofrenia

La Esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más comunes en el mundo, de origen biológico o psicosocial, caracterizada por la distorsión del pensamiento, de las emociones, de la conducta y de la propia consciencia y que puede presentar síndromes como el delirante o el alucinatorio. Su inicio suele ser agudo (fase aguda) pero antes de ésta suele haber periodos prodrómicos alertando la fase activa y a menudo cursa acompañada de patologías físicas.



Los criterios DSM-V para diagnosticarla son los siguientes :

- Presentar dos o más síntomas de la siguiente lista y que éstos persistan significativamente a lo largo de un período mínimo de un mes: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico o síntomas negativos.
- Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio
- Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Al menos un mes de síntomas que cumplan el primer criterio
- Se ha descartado la existencia de un posible trastorno esquizo-afectivo y de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, En caso de que se hayan producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, éstos han estado presentes, exclusivamente, durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual o El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o la existencia de otra afección médica. o Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación con inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de Esquizofrenia sólo se hará si los delirios o alucinaciones notables, también están presentes durante un mínimo de un mes.

Los síntomas y signos que caracterizan la enfermedad se pueden clasificar entonces en síntomas positivos o negativos, implicando estos últimos disminución o pérdida de las funciones normales, distinguiendo así los dos tipos principales de Esquizofrenia: La tipo I, en la que predominan los positivos (alucinaciones, delirios, alteraciones de pensamiento y comportamiento entre otros), y la tipo II (predominio de síntomas negativos)

La Esquizofrenia está clasificada como trastorno mental grave porque puede provocar un deterioro en el desempeño global de la persona, afectando al normal funcionamiento de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y presentando alteraciones en las mismas como resultado de la dificultad en la adquisición de habilidades y destrezas para un correcto desempeño ocupacional.

También puede verse afectada la participación social, dificultando desempeño de roles, pérdida de interés por el ocio y tiempo libre debido a la falta de motivación y dificultades de comunicación e interacción social

En conjunto, los factores contextuales y ambientales que influyen en el desempeño, pueden producir un desequilibrio ocupacional que ocasiona una restricción en la población social.



Los tratamientos más habituales para la Esquizofrenia son el médico, el farmacológico (antipsicóticos), el psicológico, psicosocial, psicoeducativo, combinados con terapias o técnicas varias como la Terapia Electroconvulsiva (TEC), Terapia Cognitivo Conductual o Terapia de Activación Conductual, Terapia de Rehabilitación Cognitiva, siendo consideradas las intervenciones psicosociales y las técnicas de manejo grupal las más adecuadas si las enfocamos a reducir la vulnerabilidad al estrés y a reforzar la parte buena de su situación.

Estos tratamientos varían y es que las necesidades terapéuticas no son iguales en el seguimiento de un paciente joven que acaba de sufrir su primera crisis que en el tratamiento que se le da a un adulto con años de evolución; al igual que la rehabilitación en las fases agudas, en las que hay casos que se restringen determinadas intervenciones con el único fin de conseguir una estabilidad psíquica y aproximación a la realidad, difiriendo de las terapias en las fases de remisión o estabilización

Desde la Terapia Ocupacional nos proponemos objetivos en función de las necesidades y preferencias del usuario como el análisis y evaluación de la enfermedad, teniendo en cuenta el impacto y disfunción que supone en los quehaceres diarios, un mejor uso de la ocupación/trabajo o la estructuración de un estilo de vida.

TRASTORNOS MANIACOS-DEPRESIVOS

El síndrome o la enfermedad maniaco-depresiva se caracteriza por períodos de intensa excitación, júbilo, actividad y otros de depresión. Se conoce también como trastorno bipolar y no se puede confundir con los cambios en el estado de ánimo que nos afectan a todos. En estos casos, los extremos son muy marcados y, en la mayoría de las ocasiones, las personas que lo padecen necesitan tratamiento farmacológico y psicoterapia. "Al ser un trastorno del estado de ánimo, se pasa desde un polo al otro del espectro emocional: la euforia o manía y la depresión",

En la personalidad con rasgos bipolares hay una prevalencia de los síntomas del trastorno maniaco-depresivo. Sin embargo, "en este caso no se presentan suficientes síntomas, la intensidad de los episodios es menor o bien la duración de los mismos es menor que en el trastorno". Hay una tendencia a determinadas formas de pensar, sentir y actuar como si se tuviera el trastorno bipolar, sin llegar a tenerlo. No hay impacto en la vida cotidiana, pudiendo convivir con los síntomas de forma más o menos adaptada".

SINTOMAS

A nivel clínico, se diferencian 3 subtipos para este trastorno dependiendo de cómo se alternan los episodios de manía y su duración con los episodios de depresión.



El trastorno maniaco-depresivo produce alteraciones del estado de ánimo bruscas y prolongadas, pasando por etapas de manía y de depresión, que pueden durar desde semanas hasta meses y afectar tanto la estabilidad emocional, que interfieren en una vida adaptada. Puede afectar a la relación con otras personas, a la realización de las actividades cotidianas, impactando en la energía del individuo que lo padece, la actividad diaria, hábitos de sueño, relaciones personales, comportamiento y conducta, capacidad de pensar con claridad, etc.

La personalidad maniaco-depresiva "se caracteriza por ciclos en los que se siente mucha energía, creatividad, confianza y un desempeño social por encima de lo normal que van seguidos de bajón emocional, desinterés, cambio de peso, insomnio, tristeza, aislamiento social. Puede que no haya un motivo suficiente que justifique el cambio del estado de ánimo",

El organismo sufre una desestabilización de ciertos neurotransmisores como serotonina, noradrenalina y dopamina que se estabiliza con fármacos adecuados. El origen no está claro. Hay un peso importante de la herencia. También se puede hablar de ciertos factores psicosociales de peso, como eventos estresantes, aunque no hay una causa-efecto que se pueda señalar.

Por otro lado, el consumo de ciertas sustancias puede desencadenar el trastorno latente, como, por ejemplo, el consumo de cocaína, alcohol y ciertos antidepresivos.

Es necesaria una terapia psicoeducativa sobre la enfermedad y cómo convivir con ella: los pacientes se informan, se educan y se fortalecen sobre el trastorno. "La psicoterapia ayuda a fortalecer la autoestima del paciente y centrarse en prevenir y cómo gestionar recaídas. Se acompaña de terapia familiar para asegurar el ajuste social y ocupacional.

La terapia cognitivo-conductual ayuda a la estabilización del trastorno. Además, es necesario insistir en estos aspectos:

- Entender la enfermedad. Es muy importante que el paciente entienda qué le pasa, cómo funciona su organismo y que está en su mano hacer para estabilizar el trastorno.
- Aceptarla. Aceptar permite actuar, ponerse manos a la obra para mantener
- el equilibrio. Cuando el paciente acepta, evita determinadas conductas que pueden provocar un episodio e incorpora hábitos que ayudan a estabilizarse.
- Gestionar la culpa. El paciente no es responsable de lo que le sucede ni siquiera cuando haya tenido conductas de riesgo (consumo de determinadas sustancias) que la causa es múltiple. Si es responsable de mantenerse saludable y de todas las elecciones que haga después del diagnóstico.
- Tener una red de apoyo. Revisar y ayudar a construir una red de apoyo suficiente en la que el paciente pueda sentirse respaldado, cuidado y con quien pueda compartir vivencias sin sentirse enjuiciado.
- Crear hábitos y rutinas. Una vida estable sin altibajos, ordenada y tranquila ayuda a mantener el trastorno bajo control. Evitar consumo de alcohol, sustancias tóxicas y una dieta equilibrada. Aprender a establecer rutinas es muy adecuado para mantener una vida equilibrada y sobre todo, seguir la pauta de la medicación.



- Mantener una vida saludable. En la medida de lo posible, una dieta saludable y ejercicio físico regular sin excesos.
- Gestionar la toma de decisiones. Valorar pros y contras, a madurar el mejor momento para decidir desde la razón, evitando hacerlo desde el impulso o el desinterés.

Tener unos protocolos de actuación en los diferentes episodios. Cómo identificar que se está entrando en un episodio y cómo actuar para prevenirlo.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Según la American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría) es “una afección psiquiátrica en la que la característica principal es un trastorno emocional prolongado y generalizado, como un trastorno depresivo, un trastorno bipolar o un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.” El trastorno del estado de ánimo se refiere a un grupo de trastornos que como su nombre lo dice afecta las emociones o el ánimo de una persona, este tipo de trastornos afecta directamente el pensamiento, sentir y el comportamiento de una persona.

Estos son los tipos de trastornos del estado de ánimo más comunes:

- Depresión grave. Tener menos interés en las actividades habituales, sentirse triste o desesperanzado y tener otros síntomas durante al menos 2 semanas puede indicar depresión.
- Distimia. Tener un estado anímico depresivo e irritable leve pero constante (crónico) que dura por lo menos 2 años.
- Trastorno bipolar. Tener períodos de depresión que se alternan con períodos de manía o un estado de ánimo eufórico.
- Trastorno del estado de ánimo relacionado con otra afección médica. Muchas afecciones (como cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades crónicas) pueden desencadenar síntomas de depresión.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los síntomas de depresión se deben a los efectos de medicamentos, abuso de drogas, alcoholismo, exposición a toxinas u otras formas de tratamiento.

Según la edad y el tipo de trastorno del estado de ánimo, una persona puede tener diferentes síntomas cuando se deprime. Los siguientes son los síntomas más comunes de un trastorno del estado de ánimo:

- Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" constantes
- Sentimiento de desamparo y desesperanza



- Baja autoestima
- Sentimientos de desprecio o inadecuación
- Culpa excesiva
- Pérdida de interés en actividades normales o actividades que antes disfrutaba, como el sexo
- Problemas en las relaciones
- Dificultad para dormir o exceso de sueño
- Cambios en el apetito o el peso
- Disminución de la energía
- Problemas de concentración
- Disminución de la capacidad para tomar decisiones
- Molestias físicas frecuentes (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago o cansancio) que no mejoran con tratamiento
- Intentos o amenazas de escaparse del hogar
- Mucha sensibilidad al fracaso o al rechazo
- Irritabilidad, hostilidad o agresión
- Pensamientos reiterados sobre la muerte o el suicidio, planificación sobre la muerte o deseos de morir

En los trastornos del estado de ánimo, estos sentimientos son mucho más intensos que lo que una persona sentiría normalmente de vez en cuando. También se vuelve preocupante si estos sentimientos continúan en el tiempo. O bien, si interfieren con el interés de la persona en la familia, los amigos, la comunidad o el trabajo.

Cualquier persona que tenga pensamientos de suicidio debe recibir atención médica de inmediato.

Los síntomas de los trastornos del estado de ánimo pueden parecerse a los de otras afecciones o



problemas de salud mental

89

CAUSAS

Muchos factores pueden contribuir a los trastornos del estado de ánimo. Es probable que se deban a un desequilibrio de las sustancias químicas del cerebro. Los acontecimientos de la vida (como cambios estresantes de la vida) también pueden contribuir a un estado de ánimo depresivo. Los trastornos del estado de ánimo también suelen ser hereditarios

Los trastornos del estado de ánimo con frecuencia se pueden tratar con éxito.

El tratamiento puede incluir lo siguiente:

- Antidepresivos y medicamentos para estabilizar el estado de ánimo. Estos medicamentos funcionan muy bien en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, en especial cuando se combinan con psicoterapia.
- Psicoterapia (con mayor frecuencia, la terapia cognitiva conductual o interpersonal). Este tipo de terapia se centra en cambiar los puntos de vista distorsionados de la persona sobre sí misma y su entorno. También ayuda a mejorar la capacidad de relacionarse. Asimismo, puede ayudar a la persona a identificar situaciones estresantes en el entorno y a aprender a evitarlas.
- Terapia familiar. Un trastorno del estado de ánimo puede afectar todos los aspectos de una familia (emocionales, físicos y económicos).
- Otros tratamientos. Estos pueden incluir la terapia electroconvulsiva y la estimulación transcraneal.

¿Cómo ayuda la Terapia Ocupacional a las personas que padecen un trastorno mental?

Las personas que presentan problemas de salud mental ven mermada su autonomía personal para desempeñar actividades, roles individuales y sociales propios de sus períodos evolutivos y, por tanto, esperables en el repertorio de su comportamiento. La Terapia Ocupacional basa su intervención en la realización de actividades significativas que permiten cubrir las necesidades de las personas y desarrollar al máximo sus habilidades y potencialidades.

Esta se convierte en el eje principal de la intervención, formando parte de su proyecto de vida, identificando sus necesidades, intereses y motivaciones, permitiendo de esta manera el empoderamiento y la toma de decisiones con el objetivo de alcanzar una vida digna con calidad acorde al nivel de desarrollo económico, tecnológico y social propio de su entorno.

Los objetivos se basan en:



- Basar la rehabilitación a través de un enfoque integral de los derechos humanos, que reconozca y promueva el derecho de las personas con una enfermedad mental a una ciudadanía plena y digna.
- Promover y fomentar la implicación activa y responsable de las personas con una enfermedad mental en el control de su propia vida.
- Procurar la integración de cada persona en su comunidad.

- Desarrollar pautas de vida lo más normalizada posible a través del desempeño de los roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social.
- Maximizar la autonomía e independencia, basándonos en las capacidades y potencialidades de cada persona, ofreciendo los apoyos necesarios.
- Favorecer la adquisición y recuperación de las habilidades, destrezas y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad.
- Disminuir el riesgo de deterioro cognitivo y social. Tratamiento

La intervención con personas que padecen un trastorno mental se basa en la filosofía del modelo de rehabilitación psicosocial.

El objetivo de este modelo es ayudar a las personas con un trastorno mental a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en un entorno social y en unas condiciones sociales lo más normalizadas e independientes que sea posible .

Con ello se pretende que la intervención no se centre solo en la sintomatología de la enfermedad, sino en el ciclo de la vida y sus fragmentaciones, así como el impacto que la enfermedad provoca en la persona favoreciendo la inclusión frente a la exclusión, fomentando las decisiones sobre su propia vida y aceptando la diversidad frente a la discriminación.

Específicamente, la intervención desde la Terapia Ocupacional se basa en:

- Evaluación funcional, poniendo el acento en las capacidades de la persona. Para ello tendremos en cuenta, su historia de vida, y por tanto la vulnerabilidad de la persona.
- La intervención se desarrollará en los contextos de la persona (físico, social y familiar, comunitario).
- Adquisición, recuperación y adaptación de funcionamiento: autocuidados y actividades de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Y habilidades sociales.
- Participación social e intervenciones en el ocio y tiempo libre.

- Apoyo, psicoeducación y asesoramiento a familias.



Hay multitud de factores que influyen en el proceso rehabilitador y por lo tanto en el resultado del mismo: conciencia de enfermedad, presencia de sintomatología negativa, efectos secundarios de la medicación, nivel cultural, expectativas desajustadas y sobrevaloración de capacidades, figuras de apoyo real, entorno potenciador o inhibitor, problemática social y económica, consumo de tóxicos asociada y/o asuntos legales pendientes.

La clave está en realizar una valoración geriátrica integral (VGI).

La VGI es un proceso diagnóstico multidimensional, generalmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y las capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales de una persona mayor para trazar un plan de tratamiento y seguimiento. Se ha demostrado que la VGI realizada por un equipo multidisciplinar experto mejora los resultados de salud, en comparación con el abordaje médico tradicional en distintos niveles asistenciales. Entre las escalas que podemos emplear para la VGI, se encuentran las siguientes:

- Barthel
- KATZ
- Escala Lawton y Brody
- Batería de Evaluación Neurológica en Terapia Ocupacional de Chessington (COTNAB)
- Auto evaluación ocupacional (OSA)
- Entrevista histórica de desempeño ocupacional (OPHI-II)
- Escala de evaluación de comprensiva de TO (COTE)
- Listado de intereses de Matsutsuyu
- Evaluación de las actividades de comunicación e interacción (ACIS)

Tras la valoración y puesta en común con todo el equipo se reparten las áreas de trabajo según nuestro perfil ocupacional.

Terapias no farmacológicas:

Se trabaja la rehabilitación de habilidades cognitivas. Funciona como un aprendizaje nuevo sobre sus capacidades pasadas. De esta forma, también pueden prevenirse consecuencias más graves en la salud física como las caídas, a través de actividades terapéuticas.

- La estimulación cognitiva oral y con imágenes
- Psicomotricidad,
- Actividades propositivas.
- Adaptación del entorno y soporte.
- Estimulación basal.

Los aspectos que comprenden estas terapias son los siguientes: A nivel sensorio-motor:

- Equilibrio
- Planificación motora



- Potenciación muscular
- Coordinación
- Reflejos
- Regulación del tono muscular
- Flexibilidad
- Esquema corporal
- Desarrollo de la sensopercepción táctil
- Desarrollo del sistema propioceptivo
- Fomento de la integración sensorial (táctil, visual y auditiva)
- Desarrollo de la conciencia e imagen corporal

A nivel psicosocial:

- Mejorar la autoestima
- Favorecer el control de las emociones
- Tolerancia a la frustración
- Potenciar el sentimiento de normalidad
- Mejorar el autoconcepto y confianza en sí mismo
- Aumento del bienestar
- Disminución de la ansiedad
- Estimular un estado de relajación
- Disminución de la hostilidad
- Autodisciplina
- Perseverancia y constancia
- Potenciar una mayor flexibilidad mental
- Relacionarse con personas externas a su círculo
- Favorecer el compañerismo y empatía
- Potenciar y adquirir habilidades sociales adecuadas
- Establecimiento de vínculos con el terapeuta
- Desarrollo de la comunicación verbal
- Confrontación de temores personales
- Aumento de la capacidad de adaptación
- Descenso de impulsos agresivos
- Desarrollo del comportamiento cooperativo

Incremento de la responsabilidad A nivel cognitivo:

- Capacidad de atención y concentración
- Comprensión
- Seguimiento de indicaciones
- Memoria
- Área de comunicación y lenguaje
- Comunicación gestual y oral
- Aumentar el vocabulario
- Mejorar la articulación de las palabras



Dependiendo de las necesidades o déficit de la persona se trabajarán más en profundidad unos aspectos u otros.

Beneficios de la terapia ocupacional en salud mental

- Se garantiza el bienestar y la calidad de vida del paciente mayor enfermo.
- Incremento de la autonomía e independencia para hacer frente a las actividades de autocuidado y aceptación personal.
- Participación social.
- Enseñanza de competencias para llevar a cabo de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria. Todo esto mediante acciones para mejorar la memoria, la comunicación y la psicomotricidad.
- Mejora de habilidades cognitivas como la atención, la memoria, la concentración, la imagen sobre sí mismo, el razonamiento, el juicio y la resolución de problemas.
- El mayor recupera la confianza en sí mismo, se siente más útil y partícipe en su vida y muestra un incremento de su autoestima.



TEMA 9. FISIOPATOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO: ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO Y PATOLÓGICO. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL: PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO Y PLAN DE CUIDADOS: PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL.

1. Fisiopatología del envejecimiento: envejecimiento fisiológico y patológico.

Introducción

Nuestra sociedad cada vez es más longeva. Tenemos mejor calidad de vida y vivimos más años. Pero una cosa es el envejecimiento fisiológico, el proceso natural que acompaña a todo ser humano y cuyo avance no puede detener la medicina, y otra cosa es el envejecimiento patológico, o la aparición prematura de signos propios de la edad.

El envejecimiento fisiológico, también conocido como envejecimiento normal, es el proceso natural de envejecimiento que ocurre en todos los individuos con el paso del tiempo. Está determinado por una serie de factores genéticos, epigenéticos, ambientales y de estilo de vida. Algunos de los cambios fisiológicos más comunes asociados con el envejecimiento son:

1. Disminución de la capacidad regenerativa: A medida que envejecemos, la capacidad del cuerpo para regenerar y reparar tejidos dañados disminuye, lo que puede resultar en una cicatrización más lenta de las heridas y una recuperación más lenta de enfermedades y lesiones.
2. Disminución de la función inmunológica: El sistema inmunológico también se ve afectado por el envejecimiento, lo que puede resultar en una mayor susceptibilidad a infecciones, una respuesta inmune más débil y una mayor incidencia de enfermedades autoinmunes.
3. Acumulación de daño celular: Con el tiempo, las células del cuerpo acumulan daño en su ADN y en otros componentes celulares, lo que puede afectar a su función y contribuir a la aparición de enfermedades relacionadas con la edad, como el cáncer y las enfermedades neurodegenerativas.
4. Cambios en la estructura y función de los órganos: Muchos órganos del cuerpo experimentan cambios en su estructura y función con el envejecimiento. Por ejemplo, el corazón puede volverse menos eficiente en su bombeo, los pulmones pueden experimentar una disminución en su capacidad para obtener oxígeno y los riñones pueden tener una disminución en su capacidad para filtrar y eliminar productos de desecho.
5. Cambios hormonales: Las hormonas también juegan un papel importante en el envejecimiento. Con la edad, los niveles de algunas hormonas disminuyen, como el estrógeno en las mujeres durante la menopausia y la testosterona en los hombres durante la andropausia, lo que puede tener un impacto en la salud y el bienestar.



El envejecimiento patológico es un concepto que se refiere a los cambios relacionados con la enfermedad que ocurren durante el proceso de envejecimiento. A medida que las personas envejecen, suelen volverse más susceptibles a una serie de enfermedades crónicas y degenerativas, lo que puede contribuir al envejecimiento patológico. Estas enfermedades pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores y representan un desafío importante para la atención médica y la salud pública.

Existen varias enfermedades y condiciones que se asocian con el envejecimiento patológico. Algunos ejemplos comunes incluyen:

1. **Enfermedades cardiovasculares:** Las enfermedades del corazón, como la enfermedad cardíaca coronaria, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca, son más comunes en personas mayores. Con el envejecimiento, los vasos sanguíneos pueden volverse más rígidos y estrechos, lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
2. **Enfermedades neurodegenerativas:** Estas son enfermedades que afectan al sistema nervioso central y pueden causar deterioro cognitivo y funcional. La enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington son ejemplos de enfermedades neurodegenerativas que se asocian con el envejecimiento patológico.
3. **Enfermedades metabólicas:** La diabetes tipo 2 y la obesidad son más comunes en personas mayores y pueden tener un impacto significativo en la salud y la calidad de vida. El envejecimiento se asocia con cambios en el metabolismo y la regulación del azúcar en sangre, lo que aumenta el riesgo de enfermedades metabólicas.
4. **Enfermedades osteoarticulares:** La osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones, es más común en personas mayores debido al desgaste y la degeneración del cartílago con el tiempo. Esto puede causar dolor, limitación de la movilidad y disminución de la calidad de vida.
5. **Enfermedades pulmonares:** Con el envejecimiento, los pulmones pueden perder elasticidad y función, lo que puede aumentar el riesgo de enfermedades pulmonares como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la neumonía.

Estas son solo algunas de las muchas enfermedades y condiciones que se asocian con el envejecimiento patológico. Es importante destacar que no todas las personas mayores desarrollan estas enfermedades, y que la genética, el estilo de vida y otros factores pueden influir en su aparición. Sin embargo, el envejecimiento en sí mismo es un factor de riesgo para muchas enfermedades, y comprender los procesos biológicos subyacentes al envejecimiento patológico es fundamental para desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuadas.



El envejecimiento patológico puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores, así como en los sistemas de atención médica y la sociedad en general. Puede requerir cuidados médicos y de atención a largo plazo, y puede tener implicaciones económicas y sociales importantes. Por lo tanto, es crucial promover un envejecimiento salud

2. VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración.

La valoración geriátrica integral (VGI) surge, además, como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física).

Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida .

Es considerada la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica y nuestra herramienta principal de trabajo, y como tal su finalidad es, entre otras, facilitar el abordaje al paciente anciano y, en concreto, al paciente geriátrico.

Por paciente geriátrico entendemos aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios:

1. Edad superior a 75 años.
2. Presencia de pluripatología relevante.
3. El proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante.
4. Existencia de patología mental acompañante o predominante.
5. Hay problemática social en relación con su estado de salud.

La valoración geriátrica integral se ha consolidado como una herramienta que, junto con la historia clínica de la persona, permite identificar las necesidades de atención, tanto de problemas médicos comunes como de aquellos donde se ve involucrado el aspecto psicológico, de capacidad mental, la nutrición, aspectos sociales y riesgos de dependencia, lo cual permite diseñar estrategias de intervención.

Asimismo, nos hace recordar que en la atención multidisciplinaria las actividades que se



realizan están orientadas a mantener la salud, controlar los factores de riesgo presentes; tienden a conservar la autonomía de la persona, y a mantener y mejorar la funcionalidad física, psicológica, social y familiar.

Se ha visto que cuanto más temprano se realice una valoración integral, más temprano puedan hacerse planes multidisciplinarios para conservar la calidad de vida en forma global, y por tanto, los éxitos de las intervenciones son mayores.

Según la OMS entendemos por incapacidad cualquier restricción o pérdida de la capacidad para realizar las actividades en la manera o rango considerado normal en el ser humano. Prevenir o evitar la progresión de ésta va a ser uno de nuestros objetivos en la atención al anciano.

Se ha demostrado que con una valoración integral conseguimos una mejor exactitud diagnóstica, una menor estancia hospitalaria, un mejor uso de fármacos y servicios sociales, una mejoría emocional, una mejoría funcional al alta y un ahorro de costes importante. Así mismo permite diferenciar los cambios asociados al envejecimiento de los debidos a patología. La valoración de las funciones físicas y mentales puede hacerse de forma subjetiva, pero el uso de escalas va a permitir una fácil transmisión de los datos y una mejor monitorización de los resultados. Así pues, al juicio clínico se ha de añadir en toda historia, la situación física y mental basales, así como los cambios que se han producido, apoyados siempre en escalas validadas en nuestro medio. Del mismo modo será importante la valoración social.

OBJETIVOS

La terapia ocupacional pretende conseguir la máxima independencia posible de las personas, en este caso de las personas mayores, para la realización de sus actividades diarias y el desempeño de sus roles, la máxima satisfacción y motivación personal así como mejorar su calidad de vida general.

Para ello se plantean una serie de objetivos : Objetivos generales

- ✓ Mantener y/ o mejorar el rendimiento cognitivo.
- ✓ Mantener y/ o mejorar el rendimiento funcional.
- ✓ Incrementar –en la medida de lo posible- la autonomía e independencia en las Actividades de la Vida Diaria, tanto básicas como instrumentales, de ocio y tiempo libre.
- ✓ Mejorar el estado y sentimiento de salud.
- ✓ Fomentar la vida social. Objetivos específicos
- ✓ Estimular las capacidades mentales (memoria, cálculo, lenguaje, atención-concentración, comunicación...)



- ✓ Evitar el aislamiento social y fortalecer las relaciones sociales.
- ✓ Dar seguridad y confianza al residente.
- ✓ Estimular su propia identidad y autoestima.
- ✓ Minimizar el estrés y evitar comportamientos sociales inadecuados.
- ✓ Mantener las habilidades psicomotrices (esquema corporal, coordinación, propiocepción, lateralidad, control postural, fuerza, arco de movimiento...)

METODOLOGIA

El primer paso para llevar a cabo un buen tratamiento integral en geriatría es la realización de una completa valoración del usuario, cada profesional desde su ámbito de actuación, evalúa las diferentes habilidades y limitaciones de cada uno de ellos al ingreso en el centro.

En el paciente anciano es muy importante obtener una historia clínica completa. Para empezar debemos conocer y distinguir qué cambios pueden ser debidos al envejecimiento de aquellos que no son normales y por lo tanto modificables o curables.

Una vez establecido el diagnóstico y el grado de afectación de la enfermedad o limitaciones (funcionales, cognitivas y/o sociales), se establece un proceso terapéutico específico para cada residente, que se revisa periódicamente y se adapta a las posibles nuevas situaciones que vayan surgiendo.

En la realización de un informe detallado del área de Terapia Ocupacional se recogen los siguientes apartados:

HISTORIA CLÍNICA

Se recogen los datos personales del residente, una entrevista clínica clásica: nombre y apellidos, fecha y lugar de nacimiento, nivel cultural y profesión; así como datos clínicos importantes: antecedentes personales (diagnósticos médicos, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas...), presencia de los síndromes geriátricos, historia farmacológica (qué medicación toma y ha tomado y desde cuándo lo hace, historia completa y actualizada), historia nutricional, exploración física, cambios orgánicos asociados al envejecimiento, problemas económicos, así como los hábitos tóxicos.

Durante la valoración clínica siempre es conveniente oír al propio paciente. El adulto mayor presenta factores que dificultan la entrevista clínica y la hacen más laboriosa, como las dificultades en la comunicación resultado de déficits sensoriales, deterioro cognitivo y lentitud psicomotriz. Por ello se recomiendan preguntas cortas y sencillas, acercarse, hablarle despacio



y en volumen alto, darle tiempo para responder.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Una sistemática de valoración puede ser:

1. Aspecto general: Estado higiénico, nutricional, de la piel, edad biológica.
2. Peso y talla.
3. Tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria.
4. Examen de cabeza y cuello, tórax, corazón, abdomen, tacto rectal, exploración bucal (ausencia de piezas dentales, prótesis dentales...)
5. Exploración articular: Valorando, limitaciones en la movilidad, rigidez, dolor, deformidades articulares, tono muscular, fuerza y sensibilidad
6. Exploración neurológica, en la que se debe incluir funciones mentales superiores, habla, temblor, rigidez, acinesia y reflejos de liberación frontal, marcha y equilibrio.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Es una parte esencial de la valoración geriátrica desde terapia ocupacional, pues resume el impacto general de la condición de salud en el contexto del ambiente personal y redes de apoyo social; es una medida de desenlace para monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información pronóstica para planear cuidados futuros.

Nos permite conocer la capacidad del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria básicas, que incluye entre otras, el baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, movilidad, continencia, alimentación. Así como las actividades de la vida diaria instrumentales, que son aquellas actividades de interrelación con el medio ambiente, como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos, manejo del dinero.... Y actividades avanzadas, que permiten al individuo actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso; incluyen roles sociales, familiares y comunitarios, así como participación ocupacional y de recreación.

A mayor grado de dependencia, mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de medicamentos, aumenta el riesgo de institucionalizarse y se incrementa la necesidad de recursos sociales.

La información sobre la funcionalidad debe incluirse en la evaluación de todos los adultos mayores. La observación directa de la función es el método más fidedigno para la valoración funcional, pero no es práctico en la mayoría de los escenarios de atención de salud.



Existen multitud de escalas que miden la situación física del anciano, pero las más utilizadas son:

- ✓ Para las actividades básicas: Índice de Katz, Escala de Barthel, Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja
- ✓ Para las actividades instrumentales: la más utilizada es el índice de Lawton y Brody.

VALORACIÓN MENTAL

Para hacer la evaluación cognitiva es fundamental conocer la escolaridad del paciente, y se requiere la historia clínica, exploración física y neurológica, exploraciones complementarias, observación del comportamiento del paciente y aplicación de cuestionarios. Se puede complementar la información con datos aportados por el cuidador o familiar acompañante acerca de los cambios observados en la situación funcional, mental y social del anciano, así como cambios en su carácter y aparición de trastornos en el comportamiento.

Forma parte también de los cuatro pilares básicos en la valoración integral del anciano, y por lo tanto contribuye de igual modo que la valoración médica y funcional a la elaboración de un adecuado plan de cuidados.

En el área mental son dos los aspectos más importantes a valorar, el estado cognitivo y afectivo.

— Valoración del estado cognitivo. La función cognitiva incluye la atención, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales y capacidad ejecutiva, praxias y gnosias. Con la edad se producen una serie de cambios en las funciones superiores que se pueden considerar normales, disminución de la memoria inmediata y de fijación, enlentecimiento del tiempo de reacción, disminución de la percepción y de la memoria fluida con preservación de la inteligencia cristalizada y de la memoria remota. Estos cambios se consideran dentro de la normalidad, siempre y cuando no repercutan en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

— En el siguiente escalón estarían aquellos pacientes que aquejan pérdidas importantes de memoria, pero sin afectación de otras funciones superiores, posiblemente sufran los llamados olvidos benignos de la vejez, y quizá precisen un seguimiento porque en algunos casos pueden evolucionar a un deterioro cognitivo más importante, más global y terminar en una demencia.

— Valoración del estado afectivo. Los dos problemas fundamentales para valorar son la depresión y la ansiedad. Los estados depresivos, al igual que la mayoría de las patologías en el anciano, pueden manifestarse con una gran variedad sintomática, tanto tristeza como quejas somáticas, y en su valoración no se han de olvidar las circunstancias sociales del



paciente (soledad, viudez, relación con los hijos), y que la patología orgánica o médica puede manifestarse como depresión o a la inversa. Algo similar ocurre con los estados de ansiedad.

Al igual que sucede con la valoración funcional o física, se puede hacer ésta de un modo subjetivo, pero el uso de escalas aumenta la sensibilidad y facilita la transmisión de la información, así como la valoración de la evolución a lo largo del tiempo.

Las principales escalas utilizadas para valorar el estado cognitivo, son: Minimental State Examination de Folstein o la versión validada en nuestro país por Lobo, el Cuestionario Abreviado Sobre el Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer y la Escala de Incapacidad Mental del Servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja. Para la valoración afectiva la más usada es la Escala de Yesavage.

Se realizará un seguimiento constante con el fin de modificar objetivos y tratamiento en caso necesario o dar de alta y seguir un tratamiento de mantenimiento en caso de cumplir los objetivos.

El colectivo de personas mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional, el envejecimiento se asocia con un deterioro gradual y pérdida funcional, por lo que hay que proporcionarles programas de actividades variadas, recursos y adaptaciones para que mantengan sus ocupaciones el mayor tiempo posible o, en el caso de no poderlas realizar debido a problemas de salud, ofrecerles alternativas, siempre adecuadas a sus características individuales con el objetivo de maximizar la capacidad del adulto mayor para permanecer tan independiente como sea posible.

3. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

El Plan de Atención Individualizada es una de las herramientas más importantes con las que trabajan las residencias de mayores. En este documento se recoge el resultado de la valoración geriátrica integral e interdisciplinar que se realiza de cada usuario.

Su objetivo es analizar y determinar las necesidades de la persona mayor, fijando unos objetivos y un conjunto de actividades para alcanzarlos en un período determinado de tiempo, para mejorar la calidad de vida de cada paciente.

El PAI consiste en un registro documental que se realiza al ingresar el residente en el centro. En él participan diferentes departamentos profesionales de la residencia: Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, entre otros. La confluencia profesional es tal para que se consiga la armonía entre la atención integral y profesional que el adulto mayor necesite, así como su desarrollo personal.

Además, en el plan se recoge unos objetivos generales y específicos marcados para



cada paciente, unas actividades preventivas y asistenciales que se tendrán en cuenta y que serán revisadas con frecuencia en los cuidados y la atención de la persona mayor.

La finalidad de este proceso sistemático e interdisciplinar es garantizar el mantenimiento y la mejora de la calidad de vida del anciano, es un plan para detectar las principales necesidades y conocer mejor la situación en la que se encuentra el individuo. Es importante tener en cuenta que no es algo estático; se trata de un documento vivo, en continua transformación, al que se van añadiendo observaciones y anotaciones, objetivos y actividades, para adaptar el enfoque asistencial a los cambios que pueda sufrir el mayor.

Con la definición, implantación y evaluación periódica del PAI se busca que cada residente reciba la atención más adecuada a su situación, necesidades y preferencias, teniendo siempre en cuenta el período de adaptación a la residencia y los tratamientos que precisa, así como la dieta, rehabilitación, atención psicológica, estimulación cognitiva y actividades de tiempo libre. Con todo ello, los profesionales del centro pretenden prevenir, mantener y mejorar el buen estado de salud del adulto mayor, incrementar la autonomía personal del residente y ralentizar el deterioro.

Los modelos y programas asistenciales de atención individualizada logran que la persona mayor continúe haciendo aquello que desea o le motiva, manteniendo sus capacidades preservadas y su esencia durante esta etapa vital. De esta forma, uno de los principales beneficios de este enfoque es prestar apoyo a todas las necesidades de bienestar al mayor, incidiendo directamente en la mejora de su calidad de vida.

La atención individualizada también contribuye a la preservación del honor y la intimidad, creando entornos significativos en los que se pueda contemplar el pasado, valorar el presente y proyectar el futuro, con actividades acordes a la edad y a los intereses personales.

La contribución al apoyo emocional también es otro aspecto favorable a destacar, con el diseño de espacios físicos similares a un hogar que facilite la percepción del entorno como el propio domicilio, favoreciendo la expresión y el bienestar emocional. Aquí también es fundamental la creación de contextos integradores, posibilitando que las personas se integren con el resto de usuarios de su comunidad y combatiendo la soledad no deseada



TEMA 10. INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS: DETERIORO FUNCIONAL, SARCOPENIA, FRAGILIDAD, INMOVILIDAD, CAÍDAS, INCONTINENCIA URINARIA, DETERIORO COGNITIVO.

1. Introducción

Las personas cada vez vivimos más tiempo. Actualmente, la esperanza de vida en España es de 83 años aproximadamente. Es una cifra muy alta comparada con la de hace 50 años. Esto se debe a que la esperanza de vida se ha visto incrementada, provocando que la población sea más longeva.

Si bien de cara al futuro, las distintas organizaciones sanitarias proponen el modelo del envejecimiento activo como meta que permita disfrutar a los ancianos del mañana de la mejor calidad de vida posible (entendida ésta como bienestar físico, psíquico y social), la realidad es que los ancianos de hoy, sobre todo los de más edad, sufren diversos cuadros patológicos que disminuyen notablemente su salud, y en consecuencia, su calidad de vida. No debe olvidarse que los adultos mayores valoran dicha calidad de vida, en función de su nivel de independencia, y los diferentes síndromes que reducen, por no decir que eliminan casi por completo, esa ansiada vida independiente.

2. Concepto de síndrome geriátrico

Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), un síndrome geriátrico es un cuadro habitualmente originado por un conjunto de enfermedades de alta prevalencia en la población de edad avanzada, y que generan incapacidades funcionales y/o sociales

Los síndromes geriátricos representan los efectos de varias patologías, pero, a la vez, son el punto de partida para detectar el inicio de otros problemas de salud que se deben prevenir.

3. Características comunes

Los diferentes síndromes geriátricos comparten las siguientes características:

* Elevada frecuencia: su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años, pero aumentan aún más si se consideran determinados grupos, como son los mayores de 80 años, las personas hospitalizadas o los residentes en instituciones. Carácter sindrómico, ya que cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes patologías; casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes.



* Tras su aparición, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización del anciano.

* En muchos casos, su aparición es prevenible y si se diagnostican adecuadamente, son susceptibles de tratamiento práctico siempre.

Su abordaje diagnóstico y terapéutico requiere valoración integral, abordaje interdisciplinario y correcto uso de los niveles asistenciales.

PRINCIPALES SINDROMES GERIATRICOS DETERIORO FUNCIONAL

El deterioro funcional es la manifestación más relevante de la repercusión de múltiples enfermedades en el mayor, refleja su grado de vulnerabilidad y es el mejor factor pronóstico de morbimortalidad en este grupo poblacional.

Un deterioro funcional no tratado puede generar síndrome de inmovilidad, la cual se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Suele ser involuntario y secundario a distintas causas. Las secuelas pueden ser graduales o inmediatas y serán más graves cuantos mayores sean el grado y la duración de la inmovilización. A nivel cutáneo puede producir úlceras por presión y a nivel del aparato digestivo suele producir estreñimiento.

Factores de riesgo

Existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para ABVD.

PREVENCION Y TRATAMIENTO

La práctica temprana y regular de la gerontogimnasia ayuda a las personas mayores a prevenir o ralentizar el declive funcional. Ya que este tipo de gimnasia específica se basa en la realización de ejercicios estructurados que trabajan el fortalecimiento músculo-esquelético.



Así, a través de movimientos repetitivos de músculos y articulaciones se consigue fortalecer notablemente la capacidad funcional y la movilidad.

SARCOPIENIA

La sarcopenia es un síndrome caracterizado por una pérdida progresiva y generalizada de la masa y fuerza del músculo esquelético con riesgo de sufrir consecuencias adversas como discapacidad física, mala calidad de vida y muerte.

FACTORES DE RIESGO

En su fisiopatología están implicados muchos factores: genéticos, inmovilidad, procesos neurodegenerativos, disminución de síntesis proteica, factores endocrinos y otros mecanismos como es la apoptosis, disfunción mitocondrial, alteraciones hormonales, inflamación de tejido adiposo, etc. Su diagnóstico se basará en la identificación de los parámetros afectados (fuerza, masa y función muscular). Existen escalas muy utilizadas como la SARC-F recomendadas por el EWGSOPP2 (European Working Group on Sarcopenia in Older People).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, las consecuencias que se derivan de la sarcopenia acarrearán una pérdida de roles en la persona, que dejaría de participar en actividades que son significativas para ella. La persona, cada vez menos activa, sufriría un proceso de privación ocupacional, al verse inhabilitado para desempeñar las actividades en las que le gustaría involucrarse.

Entre los tratamientos de sarcopenia, el más aceptado es el ejercicio físico combinado con una alimentación rica en proteínas, ya que, aunque el ejercicio físico no revierte la sarcopenia por completo, se sabe que la inactividad acelera la pérdida de masa muscular.

La sarcopenia puede prevenirse y tratarse mediante programas de actividad física de intensidad moderada. Utilizando actividades propositivas para incrementar las capacidades físicas de la persona.

La intervención del terapeuta ocupacional está basada en la ocupación. Talleres de jardinería, cocina, bricolaje así como sesiones de TAI CHI, etc.. además de incidir positivamente sobre las destrezas motoras y especialmente sobre la fuerza muscular, tienen beneficios sobre las demás destrezas de ejecución.

FRAGILIDAD

El término fragilidad se ha convertido en un concepto fundamental en geriatría. Campbell y Buchner definen el término fragilidad como un "síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores, debido al declive



acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos” Desde entonces se han propuesto numerosas definiciones. Los dos principales marcos teóricos sobre los que se ha elaborado el término de fragilidad son:

- Linda Fried en 2001 en base a los datos del Cardiovascular HealthStudy³, desarrolla un fenotipo como situación de riesgo para desarrollar discapacidad.
- Kenneth Rockwood en base a los datos del Canadian Study of Health and Aging, establece que la fragilidad consiste en la adición de varias condiciones de salud que incluyen, entre otras, comorbilidad y discapacidad².

Ambos marcos abordan diferentes aspectos, y cada una podría ser útil de aplicar según el ámbito de atención en el que debamos intervenir. A pesar de estas diferencias, cada vez existe un mayor consenso en que la fragilidad es un estado o condición que precede a la discapacidad y que está intrínsecamente relacionada con el fenómeno biológico del envejecimiento.

La fragilidad cumple los criterios de “síndrome geriátrico”, puesto que está intrínsecamente asociada al fenómeno del envejecimiento, no corresponde a una enfermedad concreta, es muy prevalente, implica a varios órganos y sistemas corporales, es multidimensional y se asocia a eventos adversos graves de salud.

FACTORES DE RIESGO

Se señalan dos tipos de causas principales de la fragilidad: la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y la pérdida de masa ósea (osteopenia).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Para reducir la fragilidad hay que actuar sobre su principal factor de riesgo, la inactividad. La inactividad es un factor esencial porque determina el estado cardiovascular, la resistencia insulínica y la sarcopenia, al tiempo que contribuye al deterioro cognitivo y la depresión. Las intervenciones centradas en la actividad física han demostrado su eficacia en retrasar e, incluso, revertir la fragilidad y la discapacidad ,mejorando también el estado anímico y emocional.

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Está compuesta por:



Valoración clínica. Debe incluir una entrevista acerca de los antecedentes personales para conocer si existe presencia o no de alguno de los síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, incontinencia); exploración física y pruebas complementarias; historia farmacológica y nutricional.

Valoración funcional. Es fundamental para conocer el grado de autonomía en la ejecución de las actividades de la vida diaria, tanto las actividades básicas de la vida diaria como las actividades instrumentales. Para medir estas capacidades se utilizan diferentes escalas tales como el Índice de actividades de la vida diaria (KATZ), índice de Barthel o Lawton, entre otros.

Valoración mental. Es importante tener en cuenta tanto la esfera cognitiva como la afectiva. Aparte de la entrevista con el paciente y su familia, se debe tener en cuenta los síntomas (trastornos de la conducta, del lenguaje, capacidad de juicio...) y diferentes test de gran utilidad como el cuestionario de Pfeiffer, Mini-mental cognoscitivo de Lobo (MEC), etc.

Valoración social. Conocer todos aquellos datos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social, es importante para determinar el mejor nivel asistencial y tramitar los recursos sociales que sean necesarios

INMOVILIDAD

El síndrome de la inmovilidad es la incapacidad para desplazarse como consecuencia de problemas físicos, funcionales o psicosociales.

Esta situación puede presentarse por una pérdida involuntaria de movimiento produciendo una serie de consecuencias muy graves a todos los niveles para las personas que lo sufren. En esta situación, la realización de actividades de la vida diaria, así como las relaciones sociales, entre otras, quedan muy limitadas e incluso se vuelven inexistentes provocando mayor dependencia.

Cerca del 20% de las personas mayores de 65 años se ven afectados por dificultades relacionadas con la movilidad. Un porcentaje que asciende al 50% a partir de los 75 años.

Para evaluar las limitaciones en el movimiento, se evalúa tanto la movilidad como la marcha y el equilibrio.

FACTORES DE RIESGO

Las causas de la inmovilidad en la tercera edad pueden ser diversas:

- Enfermedades osteoarticulares: artritis, fracturas, etc.
- Patologías cardiovasculares: ictus, cardiopatías, diabetes, etc.
- Trastornos neurodegenerativos: demencia, enfermedad de Parkinson, etc.



- ✓ Causas psicológicas: depresión, síndrome poscaída, etc.
- ✓ Complicaciones físicas.
- ✓ Hospitalización.
- ✓ Efectos secundarios de fármacos sedantes, antidepresivos, opiáceos, etc.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El tratamiento idóneo en este caso es reforzar la prevención. Por ejemplo, si un paciente es diagnosticado de un problema articular, deberá ser entrenado, para mejorar su calidad de vida y bienestar. De esta forma, se evita al máximo posibles complicaciones.

Igualmente, como métodos preventivos es clave realizar ejercicio físico adaptado a las necesidades y controlar los cambios de posición, así como los efectos adversos de la medicación que esté tomando.

La intervención del Terapeuta Ocupacional en personas que presentan un Síndrome de inmovilización instaurado se justifica bajo el Marco de Referencia de Rehabilitación o Compensatorio, el cual propone una intervención que “no pretende cambiar las carencias biológicas, fisiológicas o psicológicas”, sino facilitar el desempeño en diversas actividades de la vida diaria mediante la adaptación de las actividades o a través de diferentes métodos compensatorios como son las modificaciones ambientales, el equipamiento adaptado y de asistencia .

Los objetivos de esta intervención son :

- ✓ Mantener alineamiento corporal
- ✓ Mantener rangos articulares pasivos y/o activos
- ✓ Facilitar higiene y procedimientos de enfermería
- ✓ Prevenir úlceras por presión y edema

INESTABILIDAD Y CAIDAS

La caída es una de las principales causas de muerte en los mayores de 65 años.

La caída se define como la precipitación repentina al suelo, que se produce de forma involuntaria, y que puede acompañarse o no, de pérdida de conciencia. Epidemiológicamente, los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años, y de éstos, las caídas son la principal causa. El riesgo es mayor en ancianos hospitalizados, sobre todo en la etapa inmediatamente posterior a su ingreso, debido al rechazo a una actitud sobreprotectora.

Las consecuencias de este síndrome pueden clasificarse en inmediatas y tardías. Las primeras incluyen:



* Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas; también se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.

* La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia, capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

Las consecuencias tardías comprenden:

* Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones.

* Síndrome poscaída, caracterizado por la falta de confianza del paciente en sí mismo, por miedo a volver a caerse y restricción de la deambulación, ya sea por él mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresión.

FACTORES DE RIESGO

Hay varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de caídas. Una mala visión, la polifarmacia (tomar varios medicamentos), la debilidad muscular, los mareos o los problemas de equilibrio, los problemas en los pies, como juanetes o arcos caídos, y las enfermedades crónicas, como la diabetes, pueden contribuir a aumentar el riesgo de caídas o inestabilidad. Además, los cambios en el entorno, como los espacios desordenados o los suelos resbaladizos, también pueden ser factores contribuyentes, aunque estos últimos son modificables si se hace una correcta organización de los espacios.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Se aplicará el tratamiento más efectivo para remediar las consecuencias derivadas de la caída.

No obstante, lo más importante es evitar las caídas, fomentar la movilidad y la autonomía.

La intervención del Terapeuta ocupacional es la siguiente:

PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS

- ✓ Prevención primaria: dirigida a evitar que se produzcan y a intervenir sobre los factores de riesgo.
- ✓ Prevención secundaria: dirigida a una atención precoz e integral cuando se producen, para evitar que se repitan.
- ✓ Prevención terciaria: dirigida a tratar las consecuencias de las caídas de forma individualizada.



- Prevenición cuaternaria: dirigida a evitar cualquier fármaco o intervención terapéutica, asistencial o ambiental que no haya sido comprobada necesaria y eficaz, incluso para evitar las caídas.

El terapeuta ocupacional realiza una labor importante tanto en el ámbito preventivo de la caída como en el asistencial.

Para poder llevar a cabo una intervención de calidad en cualquiera de las dos áreas, será necesaria una exhaustiva valoración del paciente y de su entorno.

Se han de realizar programas específicos e individualizados de ejercicio físico para reforzar la función musculo-esquelético mediante actividades que desarrollen la fuerza muscular (teniendo siempre presente aquellos procesos asociados que conlleven una contraindicación para el ejercicio moderado o la movilización de ciertas articulaciones). También están indicadas actividades de integración del sistema visual y muscular, así como la ejecución repetitiva de actividades motoras que pongan en marcha la casi totalidad de los músculos del organismo.

Se trabaja la estabilidad postural y la rapidez de reacción mediante actividades en bipedestación con diferentes inclinaciones del tronco, movimientos de traslación del peso del cuerpo, así como basculación de la pelvis.

Existe evidencia de que el entrenamiento en ejercicios de resistencia y formas poco energéticas beneficia la capacidad funcional y son útiles en la prevención de caídas y fracturas. Incluyendo la reeducación de los movimientos (minimizar los desplazamientos, realizando movimientos cuidados y reduciendo lo inesperado), también se reeducará el patrón normal de la marcha (evitando la flexión del tronco, caderas y rodillas), y se enseñará la forma correcta de levantarse tras una caída.

Es importante tener en cuenta las alternativas a la sujeción mecánica ya que las sujeciones físicas se han utilizado frecuentemente en los hospitales y residencias para prevenir caídas y otros accidentes. Una sujeción física es cualquier elemento utilizado para impedir la movilidad independiente, asegurando o sujetando a una persona a la cama, la silla o la silla de ruedas. No obstante, la evidencia sugiere que la sujeción no siempre disminuye tal riesgo, sino que lo promueve.

INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina que implica un problema social e higiénico en quienes lo padecen.

Según datos del Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI), en España, la prevalencia oscila entre el 15 y el 50% y en los ancianos institucionalizados, el porcentaje varía entre el 43 y el 77%.

Las consecuencias de este síndrome geriátrico son varias: infecciones urinarias, úlceras



cutáneas, problemas de autoestima, aislamiento social, depresión, dependencia y caídas, entre otros.

FACTORES DE RIESGO

Esta afección puede tener muchas causas diferentes, como la debilidad de los músculos del suelo pélvico, problemas de movilidad y consumo de determinados fármacos: diuréticos, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, analgésicos narcóticos, etc.

También puede deberse a infecciones del tracto urinario, problemas de vejiga activa o estreñimiento. El tipo más común es la incontinencia de esfuerzo, que se produce cuando la actividad física provoca fugas de la vejiga. Puede verse agravada por el aumento de peso, el tabaquismo y la diabetes.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Para evitar problemas de incontinencia urinaria en la tercera edad es clave la prevención en etapas anteriores. Realizar actividad física, evitar el estreñimiento y trabajar el suelo pélvico, son claves.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

La intervención en la incontinencia urinaria desde TO se puede organizar en torno a tres líneas:

- Modificación del entorno.
- Medidas higiénico-dietéticas.
- Técnicas de modificación conductual.

1. Modificación del entorno.

- Espacio físico. colocar alzas, cerrojos fáciles de cerrar, barandillas...
- Manejo de la ropa.

Si el residente presenta el tipo de incontinencia de urgencia, es interesante además favorecer un lugar (en el comedor, en el salón común, etc.) lo más cerca del aseo posible.

En cuanto a facilitar el manejo de la ropa, se trata de eliminar aquellos elementos que enlentecen, dificultan y/o complican el momento de desajustarse la ropa antes de proceder a miccionar:

Eliminar botones y cremalleras, favoreciendo pantalones y faldas de cintura elástica, priorizar pantalones frente a faldas y vestidos que en invierno requieren el uso de pantys, no usar cinturones si hay dificultades para quitarlos (valorar uso de tirantes), son alguna de



las cuestiones que se pueden sugerir.

2. Medidas higiénico-dietéticas.

Control de peso.

Control de la ingesta líquida. 1,5 litros

Evitar el estreñimiento, para que no se produzca presión, se controla con la dieta.

Actividad física. Ligera, sin impacto, para que no se produzcan microtraumatismos en la musculatura por el exceso de golpes o el aumento de la presión.

3. Técnicas de modificación conductual

Bajo este epígrafe se incluyen aquellas medidas, basadas en las teorías del aprendizaje, que tienen como objetivo modificar el patrón miccional de las personas. Basadas en el condicionamiento operante, tratan de cambiar el hábito a través del uso de refuerzos.

- ✓ Diario miccional. Analizar el patrón miccional.
- ✓ Cantidad de líquidos ingeridos.
- ✓ Horarios de salida.
- ✓ Escapes y causas.
- ✓ Cantidad expulsada.
- ✓ Pautar horario. Cada hora e ir aumentando poco a poco

DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo es uno de los síndromes geriátricos más comunes y de mayor gravedad.

El deterioro cognitivo se define como un síndrome: *“Conjunto de disminuciones de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social”* (Esteve y Collado, 2013).

Aunque la definición más destacada es la que lo define como una alteración de la función cognitiva que es insuficiente para constituir una demencia (Esteve y Collado, 2013; Gómez, 2005; Escobar y Ramos, 2012).

En los últimos años, el término deterioro cognitivo leve (DCL), que se define como un estado de transición entre el envejecimiento normal y la demencia, es decir, constituye una especie de frontera entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia. En este estado, la persona presenta un declive cognitivo apreciable, pero insuficiente como para impedir su funcionalidad (Esteve y Collado, 2013).



Este concepto hace referencia a uno de los momentos del continuum cognitivo, que tiene su inicio en la mente sana con un cerebro sano, continúa a un estado de mente sana sobre un cerebro en riesgo (las funciones superiores están desviadas de la normalidad pero no son las de una persona enferma), y pasa a otro de mente sana sobre un cerebro ya enfermo (mayor probabilidad de progresar hacia la demencia).

En el momento siguiente, la mente empieza a deteriorarse (aquí nos encontraríamos antes del deterioro cognitivo leve), y el proceso culmina en los estados definidos de demencia ligera, moderada y severa. Según la función que se vea afectada, se diferencian tres tipos de DCL:

- El DCL amnésico, que afecta a la memoria
- El DCL de múltiple dominio, que afecta a múltiples funciones cognitivas
- El DCL no amnésico, que afecta a otras funciones, pero no afecta a la memoria

Esta diferenciación del DCL se hace con la intención de ampliar el concepto y detectar en fases tempranas las demencias documentadas. Visto así, la demencia y el deterioro cognitivo constituyen diferentes fases o momentos de un mismo proceso (Díaz y Sosa, 2010; Escobar y Ramos 2012; Estevey Collado, 2013; Gómez, 2005; Samper et al, 2011).

FACTORES DE RIESGO

La etiología del síndrome de deterioro cognitivo es muy compleja. Entre los factores de riesgo que se describen destacan las infecciones agudas, las enfermedades cardiovasculares, la inmovilidad, el consumo de determinados fármacos, las alteraciones neuropsiquiátricas, entre otras afecciones.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Aquí es donde tiene gran relevancia la terapia ocupacional, ya que a través de su historia ocupacional no sólo se obtiene información clínica sino que podemos saber su historia de vida: trabajo, gustos, aficiones, inquietudes, historia familiar, etc. Esto nos permite adaptar las actividades y el entorno para lograr un mayor rendimiento a nivel cognitivo y/o participación en las actividades de la vida diaria.

La terapia ocupacional tiene como objetivo la mayor participación de la persona en las actividades de la vida diaria: básicas, instrumentales o avanzadas. A través de escalas de valoración estandarizadas, la entrevista y la observación, se diseña un plan personalizado que nos de los mejores resultados.



Es fundamental considerar los factores sociales y ambientales en las personas con DCL, así como el compromiso ocupacional durante la vida adulta ya que muchos aspectos como la educación, la actividad laboral o el estilo de vida social y de ocio, tienen influencia en la reserva cognitiva.

El terapeuta ocupacional trabaja el deterioro cognitivo a través de diferentes programas:

- Entrenamiento y adaptación de la higiene, transferencias, vestido y alimentación.
- Ortesis
- Economía articular
- Entrenamiento funcional
- Estimulación cognitiva
- Programa psicomotricidad



TEMA 11. INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PATOLOGÍA DE ORIGEN REUMATOLÓGICO, OSTEOARTICULAR Y DE PARTES BLANDAS Y TRAUMATOLÓGICAS: ARTRITIS, ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS, FRACTURAS DE CADERA, FRACTURAS VERTEBRALES Y FRACTURAS DE MIEMBROS SUPERIORES. REHABILITACIÓN DE LA MARCHA, TRANSFERENCIAS Y OTRAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

1. INTRODUCCION

Las enfermedades reumáticas son el motivo de derivación de un porcentaje importante de los pacientes tratados en Terapia Ocupacional, siendo la artrosis, la artritis reumatoide, y la fibromialgia, algunas de las más frecuentes. Todas ellas tienen en común el dolor, la discapacidad de grado variable y, algunas además la aparición, en ocasiones, de deformaciones características, con frecuencia como resultado de la presencia de daño en el tejido musculoesquelético. Estas enfermedades pueden comenzar de forma insidiosa, permitiendo a la persona adaptarse a ellas paulatinamente, o comenzar de forma abrupta, provocando un importante impacto en su vida, alterando su capacidad de trabajo, deteriorando su calidad de vida y limitando sus posibilidades de independencia. La Terapia Ocupacional, como parte de una terapia multidisciplinar pretende lograr un desempeño ocupacional satisfactorio, rompiendo el ciclo negativo provocado por estas enfermedades que impide al paciente seguir con su vida normal, repercutiendo en su calidad de vida.

El papel del terapeuta ocupacional es ayudar al paciente a desarrollar y/o recuperar habilidades importantes para su funcionamiento independiente, su salud y su bienestar. Para ello, trabaja con el paciente mejorando o manteniendo su capacidad de realizar actividades de la vida diaria, tanto en casa, como en el trabajo y en la comunidad. La terapia ocupacional es, por tanto, una profesión sociosanitaria que utiliza las "ocupaciones" y/o actividades para ayudar a las personas con discapacidad a llevar una vida independiente, productiva y satisfactoria

La intervención se centra en las áreas de desempeño funcional de autocuidado (higiene, alimentación, movilidad), productividad (trabajo, provisión de bienes y servicios) y ocio (esparcimiento y relación personal), prestando atención al entorno cultural y social en el que se encuentra el paciente. Los objetivos generales del tratamiento son:

- Mantener, incrementar o mejorar la función en cada fase de la enfermedad.
- Mantener o incrementar la independencia en las actividades de la vida diaria básicas (alimentarse, vestirse, asearse) e instrumentales (sociales y laborales).
- Prevenir o corregir el desarrollo o progresión de daño estructural y deformidades, especialmente las manos.
- Aliviar el dolor.



2.FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL. EVALUACIÓN:

El Terapeuta Ocupacional evalúa en cada paciente, mediante herramientas objetivas y estandarizadas, los siguientes parámetros:

- ✓ *Función física general*, incluyendo el sistema musculoesquelético, la función articular y sensitiva, y sus limitaciones.
- ✓ Alteraciones específicas de la mano y destreza manual. Funciones cognitivas y factores psicosociales que puedan afectar al buen desempeño de las actividades habituales.
- ✓ Capacidad funcional global en el desempeño de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como de actividades de ocio, y necesidad subsecuente de adaptaciones, modificaciones o cambios ergonómicos.
- ✓ Áreas y habilidades del desempeño ocupacional: como el entorno del paciente en el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad, para identificar barreras y ayudas en la función diaria, los roles y responsabilidades.

Intervenciones:

El Terapeuta Ocupacional trabaja directamente con el paciente en el desarrollo de una estrategia individualizada de tratamiento. Dicha estrategia debe incluir objetivos de ayuda al paciente, a su familia y en ocasiones a la empresa, cuya finalidad sea la de procurar una mejor calidad de vida en todos los aspectos. Para lograr este objetivo se utilizan los siguientes recursos:

- ✓ Planes de actividades terapéuticas para el manejo y alivio de la sintomatología seleccionadas para mejorar la función (rangos y patrones de movimiento, resistencia a la fatiga, fuerza, equilibrio articular y muscular)
- ✓ Programas de ejercicios terapéuticos específicos para las manos y miembro superior
- ✓ Diseño y confección de férulas u ortesis adaptadas, que ayuden a mantener la alineación de las articulaciones, previniendo así la aparición de deformidades, reduciendo la inflamación, el dolor y mejorando y/o manteniendo la función; también entrenando a los pacientes en la colocación y uso de estas férulas y ortesis.
- ✓ Educación al paciente en el autocuidado, enseñando técnicas de protección articular y conservación de la energía, evitando la sobrecarga, de modo que pueda llevar a cabo sus actividades de forma independiente y satisfactoria, entrenando en la gestión de factores estresantes a fin de reducir los niveles de fatiga, disminuir el dolor y mejorar el rendimiento en la realización de actividades.
- ✓ Asesoramiento a pacientes y familiares para facilitar la labor de adaptar el entorno, modificar tareas y/o hábitos, reorganizar rutinas, utilizar equipamiento adaptado que promueva mayores niveles de autonomía, programar las actividades a desarrollar (incluyendo las de trabajo y ocio), promoviendo la independencia en todos los aspectos de la vida diaria.



- ✓ Identificación y gestión de los factores estresantes para reducir al mínimo la fatiga, disminuir el dolor y mejorar el rendimiento en las actividades cotidianas.
- ✓ Cuando hay pérdida de fuerza, resistencia o ambas, se pueden utilizar ejercicios terapéuticos (consensuados con el equipo multidisciplinar) y programas de actividades para contrarrestar estos problemas.
- ✓ Realización de visitas específicas, siempre que sea necesario para el asesoramiento tanto en el hogar como en el trabajo o la escuela.
- ✓ Realizar seminarios grupales dirigidos a pacientes y cuidadores de contenido formativo sobre cómo desarrollar determinados aspectos de la vida diaria tanto a nivel básico como instrumental: compensación de actividades, economía articular, economía energética, productos de apoyo, ergonomía, higiene de sueño, sexualidad, etc

3. ARTRITIS, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS: FRACTURA DE CADERA, FRACTURA VERTEBRAL Y DE MIEMBROS SUPERIORES

La artritis es la hinchazón y la sensibilidad de una o más de las articulaciones. Los principales síntomas de la artritis son dolor y rigidez de las articulaciones, que suelen empeorar con la edad. Los tipos más frecuentes de artritis son la artrosis y la artritis reumatoide.

La artritis, genera alteraciones en las funciones y estructuras corporales, generando limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social de las personas que las padecen.

La artrosis es una enfermedad articular degenerativa que puede afectar diferentes articulaciones del cuerpo. El daño se produce debido al desgaste del Cartílago Hialino Articular. Este desgaste origina cambios en el hueso adyacente al cartílago produciendo deformaciones en su intento por regenerarse.

Aunque no se considera una enfermedad hereditaria, sí posee un componente genético.

Dentro de las **características más relevantes** de esta enfermedad podemos decir:

- ✓ Es una de las enfermedades crónicas más invalidantes.
- ✓ Las articulaciones más afectadas son las manos, pies, rodillas y cadera.
- ✓ En las mujeres, la artrosis predomina en manos y rodilla.
- ✓ Se trata de una enfermedad degenerativa.
- ✓ Síntoma más importante es el dolor, en fases avanzadas provoca la limitación de la movilidad articular.
- ✓ Otros síntomas: Rigidez matutina, contractura muscular,



inestabilidad articular, crepitaciones articulares.

Factores de riesgo

- ✓ Aumento
- ✓ De la edad
- ✓ Genero (es mas común mujeres)
- ✓ Obesidad
- ✓ Actividad física intensa
- ✓ Genética
- ✓ Algunas actividades laborales
- ✓ Traumatismo
- ✓ tabaco
- ✓ Tipo de artrosis
- ✓ Artrosis de cadera
- ✓ Artrosis de rodilla
- ✓ Artrosis de mano
- ✓ Artrosis cervical
- ✓ Artrosis lumbar

Síntomas y signos

El principal síntoma que se manifiesta en esta patología es el **dolor**. Este dolor generalmente empeora cuando aumenta el esfuerzo físico y cede con el reposo. El dolor al final del día suele ser más intenso debido a la cantidad o sobrecarga de movimiento realizado.

En **fases más avanzadas** este **dolor provoca limitación en la movilidad articular**, ante pequeños esfuerzos el dolor es intenso y no cede ante el reposo

Otro síntoma frecuente que aparece en la artrosis es la **rigidez**, es decir, la dificultad a la hora de mover la articulación afectada. Suele producirse sobre todo cuando hay un largo periodo en reposo (acostado o sentado).

También se manifiestan síntomas y signos como la limitación funcional, contractura muscular, deformidad o desalineación articular, inestabilidad articular y crepitación articular (sonido crujiente o sensación de aspereza que se detecta en el movimiento de una articulación con artrosis o artritis).

La artritis reumatoide es una enfermedad en la cual el sistema inmunitario ataca las articulaciones, comenzando con el revestimiento de estas.

Los cristales de ácido úrico, que se forman cuando hay demasiado ácido úrico en la sangre, pueden causar gota. Las infecciones o enfermedades subyacentes, como la psoriasis o el



lupus, pueden causar otros tipos de artritis.

Los tratamientos varían según el tipo de artritis. Los principales objetivos de los tratamientos contra la artritis son reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida.

Osteoporosis

La osteoporosis es la **enfermedad metabólica** ósea más frecuente. Se caracteriza por una reducción de la masa ósea con una pérdida paralela de mineral óseo. Esta pérdida aumenta en gran medida la posibilidad de fractura.

El pico máximo de masa ósea se adquiere alrededor de los 30-35 años, y a partir de aquí, se produce un descenso progresivo que alcanza entre un 20- 30% en los hombres y un 40-50% en las mujeres.

Factores de riesgo para la aparición de osteoporosis:

- **Genéticos:** raza caucásica o asiática, sexo femenino, antecedentes familiares positivos.
- **Estilo de vida:** consumo de tabaco, inactividad o ejercicio excesivo, nuliparidad, menopausia precoz, deficiencia estrogénica, menarquia tardía.
- **Nutricionales:** baja ingesta de calcio, gran consumo de alcohol, exceso de ingesta de proteínas, intolerancia a la leche.

Los huesos están sometidos a un remodelado continuo mediante procesos de formación y reabsorción, también sirven como reservorio de calcio del organismo. A partir de los 35 años se inicia la pérdida de masa ósea.

Mecanismos que provocan la osteoporosis:

- Falta de masa ósea suficiente durante el proceso de crecimiento.
- Reabsorción excesiva de hueso.
- Formación inadecuada de hueso nuevo durante el proceso continuo de renovación ósea

Tipos de Osteoporosis

Durante años se ha conocido a la osteoporosis como la *epidemia silenciosa* debido a que esta patología no produce síntomas, aunque el dolor aparece cuando surge la fractura.

Las principales manifestaciones clínicas de la osteoporosis se deben a sus complicaciones: las



fracturas, que se producen principalmente en columna vertebral, muñeca y cadera. Son causadas por un traumatismo menor, como una simple caída.

PRIMARIA:

- Posmenopáusica: en mujeres entre los 50-75 años. Tiende a producir fracturas vertebrales y del antebrazo.
- Senil: en varones y mujeres por encima de los 70 años. Provoca fracturas de cadera y vertebrales, entre otras.
- Idiopática juvenil.

SECUNDARIA: causada por enfermedades endocrinológicas, genéticas, hematológicas, entre otras o por el uso de fármacos.

Las fracturas mas comunes en la osteoporosis son las del femur proximal, humero, vertebra y antebrazo distal

Fractura vertebral

En estos casos el paciente presenta un dolor agudo muy intenso que aparece cuando hace esfuerzos leves, como la carga moderada de peso, o un ligero traumatismo.

El paciente tendrá una contractura que le impedirá realizar maniobras de flexión y/rotación de la columna. La crisis suele durar de dos a tres semanas y la intensidad del dolor irá disminuyendo de forma progresiva en los tres meses siguientes; la remisión puede ser total o parcial.

“Ocasionalmente, una fractura vertebral puede aparecer sin que el paciente perciba ningún síntoma, o bien puede causar una molestia que no sea lo suficientemente intensa para demandar asistencia”, advierten desde la SER (Sociedad Española de Reumatología).

Otros síntomas de esta fractura es un dolor sordo, profundo y localizado en las fosas ilíacas y en los flancos, como consecuencia del roce de la arcada costal con la pelvis. Esta posibilidad ayuda a descartar las exploraciones para buscar la existencia de alguna patología intestinal o renal.

Fractura de cadera

Están incluidas todas las fracturas que van desde la cabeza del fémur hasta aproximadamente 5 cm del troncanter menor.

Los especialistas consideran que las fracturas de cadera son indicativas de osteoporosis



cuando se producen tras un traumatismo de baja energía, como una caída cuando la persona está de pie. Las fracturas de alta energía, como las que se producen tras un accidente de tráfico, no se consideran un síntoma de la osteoporosis.

Dentro de las fracturas de cadera existen dos tipos que se manifiestan de forma diferente:

– En el caso de las intracapsulares (fracturas de cuello femoral, cervicales, transcervicales o mediales) que no están desplazadas, el paciente presenta un dolor moderado en la región inguinal. Además, presentan movimientos de cadera algo limitados. Si la fractura intracapsular está desplazada el paciente tendrá un dolor intenso e impotencia funcional muy acentuada.

– El otro tipo posible de fractura de cadera son las extracapsulares (fracturas pertrocantéreas, troncantéreas y del macizo troncantéreo). En éstas el paciente puede sufrir un dolor muy intenso en el área de la cadera, así como impotencia funcional absoluta en el miembro inferior.

Fractura de antebrazo distal

Abarca las fracturas de la extremidad distal del radio. Este tipo de fracturas asociadas a la osteoporosis se asocia a una densidad mineral ósea baja y la presencia de un traumatismo de baja intensidad, como una caída sobre la mano.

La sospecha de osteoporosis debe aparecer si tras la caída el paciente siente dolor en la región de la muñeca unido a la impotencia funcional.

Prevención

El mejor tratamiento para la osteoporosis es la prevención. Incluye:

- Hacer cambios en el estilo de vida, como cambiar la dieta y rutina de ejercicio.
- Tomar suplementos de calcio y vitamina D.
- Tomar medicamentos.

Se utilizan medicamentos para fortalecer los huesos cuando:

– Se ha diagnosticado osteoporosis por medio de un estudio de la densidad ósea, ya sea que se tenga una fractura o que el riesgo de fractura sea alto.

– Hay fractura de hueso, tras prueba de densidad ósea muestre huesos delgados, pero no osteoporosis.



El ejercicio juega un papel clave en la preservación de la densidad ósea en los adultos mayores. Algunos de los ejercicios recomendados para reducir la probabilidad de una fractura incluyen:

- ✓ Ejercicios de soporte de peso.
- ✓ Pesas libres, máquinas de pesas, bandas elásticas.
- ✓ Ejercicios de equilibrio.
- ✓ Prevención de caídas: evitar cualquier ejercicio que represente un riesgo de caídas. Tampoco realizar ejercicios de alto impacto que puedan causar fracturas en los adultos mayores.

4. Rehabilitación de marcha, transferencias y otras de las actividades de la vida diaria.

Rehabilitación de la marcha

La marcha representa la capacidad de ser poder trasladarnos de un lado a otro, y más que eso **es uno de los factores más importantes para ser independientes.**

Los pacientes con trastornos de la marcha ya sea por diferentes lesiones del sistema nervioso, caídas o lesiones musculares, a menudo manifiestan **inhabilidad de llevar el peso corporal sobre los miembros afectados**, lo cual puede darse por:

- ✓ Patrones anormales de marcha.
- ✓ Debilidad muscular,
- ✓ En otros casos realizan inversamente carga de peso sobre un miembro para facilitar la transferencia del paso en la ambulación.
- ✓ Disminución del equilibrio
- ✓ Miedo a caerse

La rehabilitación de la marcha es un aspecto fundamental de la rehabilitación física, neurológica y del adulto mayor.

El objetivo es mejorar la capacidad para alcanzar una marcha independiente o poder ser asistidos por Ayudas Biomecánicas.

Actualmente existen un grupo de ayudas biomecánicas, compensatorias de sostén y de apoyo para ayudar a realizar la marcha, entre ellas como **bastones, andaderas, trípodes, muletas**, y cualquier otro dispositivo que disminuya la carga de peso sobre los miembros inferiores y facilite el movimiento.

Hay un grupo importante de técnicas terapéuticas para rehabilitar la marcha que tienen las siguientes metas:



1. Mejorar la fuerza muscular en miembros inferiores.
2. Aumentar la **estabilidad funcional** y el equilibrio para desarrollar la marcha.
3. Facilitar el **aprendizaje de los patrones de movimiento normal**.
4. Mejorar el control de la postura y el movimiento.
5. Lograr buen control de tronco y de desplazamiento de peso.

Aspectos para la rehabilitación de la marcha

- ✓ Antes del reentrenamiento de la marcha los pacientes deben **mejorar el arco de movilidad articular y la fuerza muscular**.
- ✓ Poner especial atención en el fortalecimiento de los siguientes músculos: peroneos (superficial y profundo), tibial anterior, gastronemios, ileopsoas. Y claro no hay que olvidar a los **estabilizadores dinámicos del tronco**.
- ✓ El entrenamiento puede iniciar en barras paralelas, en especial cuando el equilibrio del paciente es precario, progresando hasta la marcha con ayudas biomecánicas.
- ✓ Algunos pacientes deben llevar un **cinturón de asistencia** para evitar caídas.
- ✓ La **reeducación del equilibrio** también es parte esencial del proceso. Comienza promoviendo el equilibrio en posición de sedente con apoyo, siga con sin apoyo, bipedo estático, hasta llegar a bipedo dinámico.
- ✓ Una vez que el paciente camine con seguridad sobre terreno plano puede iniciarse el reentrenamiento en gradas, y terreno irregular. Los pacientes que utilizan ayudas biomecánicas deben aprender técnicas especiales para subir y bajar gradas así como caminar en terreno irregular.
- ✓ **Al subir gradas se inicia subiendo la extremidad no afectada y se desciende con la pierna afectada.**
- ✓ Es importante que se le enseñe al paciente la manera correcta de ponerse de pie si se cae, y a que aprenda como utilizar sus ayudas biomecánicas en estos casos.
- ✓ Otros aspectos complementarios de la **rehabilitación de la marcha** enfocan el manejo del espacio donde se vaya a desenvolver el paciente. Esto implica eliminar todo tipo de obstáculos que puedan afectar la marcha del paciente e incluso provocarle un accidente (alfombras, muebles, floreros, juguetes tirados...)

Es importante conocer la diferencia entre movilización y transferencia:

Movilización: Movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación, como girarse en la cama.



Transferencia: Movimiento que se realizan de una superficie a otra. Se considera que conlleva más riesgo en su ejecución ya que implica un cambio de plano y de superficie de apoyo.

Movilizaciones de personas dependientes

La inmovilidad supone un riesgo para la integridad de la persona dependiente, por eso es muy importante estimular la movilidad para ayudar a la persona a mantener un buen estado tanto físico como psicológico.

Las principales movilizaciones se realizan a través de cambios posturales, variando de posición a la persona dependiente cada 2 o 3 horas, como por ejemplo girándola en la cama o incorporándola. Generalmente se utilizan dispositivos de ayuda para ello como las almohadas o las taloneras que alivian la presión y previenen problemas cutáneos.

Es importante destacar el cuidado de la piel en este sentido. Mantener la piel limpia, seca e hidratada, evitando el uso de ropa ajustada y las arrugas en la ropa de la cama.

A través de estas medidas de movilización y cuidado, se ayuda a mejorar el estado físico y psicológico de la persona mayor o dependiente y se contribuye a disminuir el riesgo de que sufra problemas sistémicos como flebitis, estreñimiento, insomnio o infecciones respiratorias.

Transferencias

A la hora de realizar una transferencia debemos tener en cuenta que los cambios de superficies, es recomendable que sean primero a la misma altura, para posteriormente poder jugar a distintos niveles. También es importante que el cuidador indique instrucciones verbalmente a la persona dependiente:

- Siéntate en el borde de la superficie.
- Coloca los pies por detrás del punto de gravedad, retrasados con respecto a las rodillas.
- Aumenta la base de apoyo separando los pies a la altura de las caderas.
- Inclina el tronco hacia delante.
- Apoya los brazos sobre la superficie o reposabrazos en caso de tenerlos. Si tenemos una mesa o una superficie similar, esta puede utilizarse como ayuda, siempre que se pueda utilizar con seguridad.

Las principales transferencias que se realizan con una persona dependiente son:

- Transferencia de la cama a la silla de ruedas.
- Transferencia de la silla de ruedas a un sillón habitual de hogar o un WC.
- De sentado a de pie.



- **Marcha:** La principal transferencia. Siempre teniendo en consideración que cada persona tiene una altura distinta, el cuidador/a como la persona dependiente, y que existen diversas maneras de apoyar una marcha bien sea con otra persona o con un dispositivo de apoyo.

Ejercicios para la persona dependiente

Los ejercicios físicos son la mejor forma de estimular la movilidad y fomentar el envejecimiento positivo, pero siempre se deben hacer por indicación de un profesional de la salud y en el caso de una persona dependiente con supervisión de un cuidador/a, siempre acompañado. También debemos tener en cuenta el grado de dependencia de la persona mayor.

En el caso de las personas mayores o dependientes la realización de ejercicio:

- Mejora la fuerza. Ayuda a ser independiente.
- Mejora el equilibrio. Previene caídas.
- Otorga más energía.
- Previene o demora la aparición de enfermedades, como las cardiopatías, la diabetes o la osteoporosis.
- Puede mejorar el humor y lucha contra la depresión.
- Puede mejorar las funciones cognitivas.

Los principales ejercicios físicos recomendados para personas mayores son:

Atendiendo siempre a su grado de dependencia:

- Caminar
- Trotar
- Bailar
- Nadar
- Levantar pesas
- Usar bandas elásticas
- Hacer ejercicios de musculación (sentadillas, flexiones de brazos)
- Pararse en un pie
- Caminar poniendo un pie delante del otro, en línea recta
- Hacer taichí o yoga



1. Introducción

La amputación es un tipo de intervención que se realiza hace siglos con el objetivo de reducir la invalidez, eliminar extremidades dañadas y salvar vidas. En sí misma supone nuevos patrones biomecánicos de carga y marcha, y pueden aparecer lesiones por sobrecarga o desuso.

En la actualidad se reconoce que el tratamiento de la persona amputada abarca no solo la cirugía, sino también la restauración de la función y el ajuste de un miembro artificial.

El tratamiento global del amputado debe considerarse como un proceso dinámico continuo, que comienza en el momento de la lesión y continua hasta que el paciente haya alcanzado la máxima utilidad de su prótesis y sea capaz de realizar las actividades esenciales de la vida diaria y de ocupar un empleo.

Se conoce que las amputaciones de miembros inferiores son de siete a ocho veces más frecuentes que las de miembros superiores.

2. Conceptos

AMPUTACION

«La amputación es la eliminación de una extremidad del cuerpo, normalmente a través de la cirugía, pero a veces puede también ser el resultado de un traumatismo donde un miembro es arrancado»

Puede ser:

- ✓ Adquirida
- ✓ Congénita

MIEMBRO FANTASMA:

Después de una amputación, por lo general, el 100% de las personas experimenta la sensación de miembro fantasma, que suele describirse como la percepción de que el miembro amputado todavía está presente

Muñón

Porción de un miembro amputado, comprendida entre la superficie de sección y la articulación próxima; la forma ideal es cónica.



PROTESIS

Es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta, el principal objetivo de una prótesis es sustituir una parte del cuerpo que haya sido perdida por una amputación, además se suele utilizar con fines estéticos.

Características importantes a tener en cuenta :

- ✓ Las amputaciones de MMSS son menos frecuentes que las de MMII.
- ✓ Las principales causas de amputación de MMII son la enfermedad vascular periférica y en MMSS los traumatismos ligados a la actividad laboral.
- ✓ Etiología: EVP / Traumática / Tumoral / Congénita / Metabólica
- ✓ Las cirugías de amputación deben ser consideradas como reconstructivas.
- ✓ Se debe conservar la mayor longitud posible del miembro.
- ✓ La piel debe estar cicatrizada y sin dolor, no adherida y móvil.
- ✓ Cuanto más proximal es la amputación, más se dependerá de la prótesis

COMPLICACIONES

En relación con la cicatrización del muñón

- ✓ Edema
- ✓ Infecciones
- ✓ Hipersensibilidad Sensación de miembro fantasma
- ✓ Algunas personas sienten dolor, bien en la parte residual del brazo o bien en la parte amputada (miembro fantasma).
- ✓ Sienten: dolor, pulsaciones, electricidad o el miembro apretado, bien contracturado.

El objetivo del terapeuta es lograr un nivel óptimo de rehabilitación funcional del sujeto, para así conseguir máximo grado de independencia personal.

Para eso, el enfoque prioritario es la mirada compensatoria, porque a través de esto se pretende volver a la persona a la funcionalidad a pesar de tener una extremidad amputada.

- Este marco se puede adoptar principalmente en la etapa post operatoria de la amputación, ya que puede proporcionar a la persona ayudas técnicas, dispositivos que puedan facilitar la realización de tareas y también disminuir el grado de dependencia
- En una etapa más avanzada de post operatoria el marco de referencia rehabilitador se centrara en el uso de prótesis, con la finalidad de que se puedan retomar aquellas actividades que se han visto interferidas producto a la amputación, entonces se podría decir, que en esta



etapa el principal rol del terapeuta ocupacional es que junto a la persona generar un entrenamiento una vez que ya tenga su prótesis o ayudas técnicas para así educar a la persona o que la persona vaya adquiriendo estas nuevas habilidades con el fin de mantener o aumentar su independencia

También se puede intervenir desde el marco biomecánico, el cual se centra en la actividad física como base para mejorar la fuerza y capacidad del movimiento, este marco se utiliza durante todo el proceso de rehabilitación con el fin de mantener o mejorar la función de las partes proximales de la extremidad amputada.

Es muy importante mantener una extremidad fuerte manteniendo rango de movimiento

Existen distintos tipos de amputación

AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA

- Afectarán a las partes blandas y al hueso
- Prescripción de una prótesis puede retrasarse debido a edema, injertos de piel o capacidad de movimiento restringida en las articulaciones residuales
- El aprendizaje de nuevas habilidades debe comenzar inmediatamente para mantener la fuerza y la capacidad de movimiento, tanto en la extremidad afectada como en las residuales.
- Después de la operación, puede adoptarse un marco de referencia compensatorio, proporcionando a la persona dispositivos y aparatos que puedan facilitar la realización de ciertas tareas y, por lo tanto, disminuir el grado de dependencia

AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA

- Se realiza debido a un cáncer o una enfermedad vascular
- Se considera un procedimiento para salvar la vida de la persona
- Tratamiento de la enfermedad tiene prioridad por sobre la rehabilitación protésica
- La intervención del terapeuta ocupacional será útil para facilitar los comportamientos adaptativos a la nueva situación, es muy importante considerar el sentido de identidad de la persona
- Se verá afectado su sentido de identidad y el rol que venía desempeñando en la sociedad
- La confianza en sí mismo y la autoestima se verán afectados
- Para hacer frente al futuro, la persona necesitará cambiar y adaptarse a la nueva situación

Es muy importante tener en cuenta :

- La mayoría de las personas que sufren una amputación de las EESS experimentarán en menor o mayor grado, la sensación de miembro fantasma
- Sensaciones que oscilan desde pinchazos y calambres hasta la sensación de que el miembro amputado aún está ahí .
- Cada tipo de trabajo tiene sus propias características, por lo que deberá realizarse siempre una evaluación específica para asesorar a la persona
- En aquellos casos en los cuales parece que el miembro faltante está en el lado dominante, se



debe realizar una evaluación de la escritura y otras actividades en las que esté implicada la psicomotricidad fina para poder solucionar problemas desde las primeras fases del proceso de rehabilitación. En este se utiliza el enfoque compensatorio o rehabilitador en donde se potencian las capacidades remanentes de la persona y se comienza a potenciar el otro miembro

- El programa de tratamiento debe centrarse en aquellas actividades que sean importantes y significativas para el sujeto. Debe basarse en un enfoque preventivo, dirigido a proteger y preservar las partes intactas del cuerpo.

- La medida canadiense de desempeño ocupacional (COPM) es un instrumento muy útil para la evaluación del usuario en el contexto de una rehabilitación centrada en la persona y en objetivos concretos.

- Para conocer los verdaderos intereses y las actividades que son significativas para la persona, y así poder valorarlas y priorizarlas en orden, y ver que cosas poder ir trabajando y que metas ir cumpliendo a corto, mediano y largo plazo

- ✓ Identificar
- ✓ Nombrar
- ✓ Validar
- ✓ Priorizar

Evaluación desde la terapia ocupacional

- Nivel de la amputación
- Condiciones del muñón

- ✓ Tipo de Cicatriz
- ✓ Diámetro
- ✓ Sensibilidad

- Capacidades remanentes

- ✓ Movilidad y potencia de segmentos
- ✓ AVD

- Necesidad de prótesis

- ✓ Intereses y proyecciones

Que Hacer	Que NO Hacer
Empatía	Minimizar Lesion
Ambiente Seguro	Victimizar
Ritmos personales	Dar Soluciones irreales



Participe de su proceso	
Reforzar logro	

El terapeuta debe visitar a la persona en el post operatorio y aconsejar sobre la realización de las primeras actividades funcionales y el cuidado de las cicatrices de la herida quirúrgica.

- Considerar las etapas del duelo (no siempre se dan en orden)

- ✓ Shock Inicial
- ✓ Negación
- ✓ Ira
- ✓ Depresión
- ✓ Aceptación

-...una persona que ya ha pasado por la misma experiencia está en una situación óptima para hablar con el paciente. Las demás personas sólo pueden imaginarse lo que el amputado siente, pero ellos mismos no lo han sentido...

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN

- Objetivo último del terapeuta ocupacional es lograr el máximo nivel posible de independencia
- Es necesario adoptar el enfoque compensatorio a lo largo de todo el proceso de rehabilitación.
- Tensión emocional y los problemas psicológicos : enfoque humanista
- Analizar la percepción que el sujeto tiene de su situación
- Respeto a las opiniones, lo que ayuda a reforzar la autoestima y la confianza de éste
- Mantenimiento o mejora de la función en las partes proximales de la extremidad amputada.

La intervención de TO se divide en tres fases fundamentales:

1. Fase pre-protésica: cuyo objetivo principal ha consistido en preparar al usuario para el uso de la prótesis de forma independiente.

Cuando no ha sido posible protetización, se ha buscado lograr la máxima independencia en las AVD. Para ello se ha realiza:

1.1. Reeducación general en las AVD con intervenciones que han incluido:

- Desensibilización, conformación del muñón y reeducación sensorial:técnicas y vendaje



para conseguir un muñón en buen estado y permitir una participación más cómoda y satisfactoria en ocupaciones.

- Volteos y movilidad en la cama.
- Mantenimiento de la movilidad articular y fortalecimiento de la musculatura residual para favorecer la realización de transferencias, AVD y el manejo de la silla de ruedas manual de la forma más independiente y satisfactoria posible.

1.2. Reeducción específica en AVD, incluyendo:

-Transferencia, para las que se han utilizado productos de apoyo como tablas de transferencias y/o barras de apoyo en el WC.

-Entrenamiento específico en actividades básicas de la vida diaria, incluyendo el vestido, baño, ducha e higiene personal. Entrenamiento de actividades instrumentales de la vida diaria.

2. Fase protésica(si procede): cuando el usuario ha recibido su prótesis se ha llevado a cabo el entrenamiento de diferentes aspectos para alcanzar la máxima independencia de la misma.

2.1 entrenamiento para la adecuada colocación, manejo y cuidado de la prótesis

2.2 entrenamiento de las ABVD y AIVD, así como en cuanto a la movilidad funcional y dentro de la comunidad con la prótesis, buscando la adaptación, aceptando aceptación y tolerancia a la misma.

3. Asesoramiento: sobre todo los aspectos relacionados con las ABVD y las AIVD, así como sobre actividades de ocio y vocacionales del interés del usuario.

3.1. Asesoramiento en productos de apoyo para las ABVD y AIVD

3.2. Adaptación del domicilio y del entorno, mediante la realización de un informe de supresión de barreras arquitectónicas en colaboración con el usuario y su familia coma cuando ha sido necesario.

TEMA 13. ORTESIS Y PRÓTESIS: CONCEPTO, CLASIFICACIÓN, FUNCIONES Y MECANISMOS DE ACCIÓN

1. Concepto y clasificación: ortesis y prótesis

1.1. Definición de ortesis según la norma ISO: " Dispositivo adaptado externamente



para modificar las características estructurales y funcionales del sistema musculoesquelético y neuromuscular”

El término se usa para denominar aparatos o dispositivos, férulas, ayudas técnicas y soportes usados en ortopedia, fisioterapia y terapia ocupacional que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear ó corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

Se diferencian de las prótesis al no sustituir un órgano o miembro con incapacidad física, invalidez o dismetría, o parte del mismo, sino reemplazar o reforzar, parcial o totalmente, sus funciones.

El Terapeuta Ocupacional diseña, elabora, y adapta estos dispositivos con diferentes fines:

- ✓ Para mantener una posición determinada impiden movimientos indeseados, por lo que se pueden utilizar en parálisis flácidas o espásticas si el objetivo es actuar como soporte de un segmento paralizado, o para disminuir la amplitud articular de un segmento inflamado y doloroso. El grado de inmovilización deseado varía según el tipo de ortesis utilizado.
- ✓ Como elemento funcional para facilitar una determinada actividad o movimiento articular de una forma dirigida

Para mantener la alineación de un miembro lesionado.

Se caracterizan por:

- ✓ Ser de utilidad como parte del manejo de rehabilitación en diversas enfermedades
- ✓ Son elaboradas sobre medida del segmento corporal a tratar o mediante la adaptación de ortesis prefabricadas según el tipo de enfermedad.
- ✓ Brindan funcionalidad, confort y estética

Mejorar una función, restringir o reforzar un movimiento Clasificación de órtesis :

Su clasificación puede depender del tiempo a utilizar:

- Temporales: Que son utilizadas para trastornos limitados en el tiempo.
- Definitivas: Que son utilizadas en déficit o discapacidades definitivas.

Según las funciones las Ortesis se clasifican en:

1. Activas: Las cuales sustituyen de forma mecánica una función muscular o ligamentosa y que a su vez se dividen en:

- Activas dinámicas: Las cuales se van a encargar de sustituir una función muscular.



➤ Activas estabilizadoras: Las cuales se van a encargar de sustituir la función de uno o varios ligamentos.

2. Pasivas: Las cuales van a pretender mantener un segmento del aparato locomotor en determinada posición, cuando no puede mantenerse por sí mismo y se dividen en:

- Pasivas correctoras: Las cuales se encargan de corregir alguna deformidad
- Pasivas posturales: Su función va a ser mantener un ángulo articular obtenido por otros medios.

Tipos de Ortesis

1. Ortesis de miembro superior
2. Ortesis de miembro inferior
3. Espinal

1. Ortesis Miembro superior

Distinguiamos dos tipos:

- Férulas pasivas, no articuladas: mantienen en reposo los diversos segmentos anatómicos, siendo su principal función la inmovilización, la prevención o la corrección de las deformidades
- Férulas dinámicas, articuladas: permiten o asisten determinados movimientos, facilitando la acción de músculos debilitados o el movimiento articulado en una determinada dirección. En la actualidad se están incorporando generadores de corrientes eléctricas que estimulan la contracción muscular ayudando a acortar los tiempos de recuperación.

Según el segmento anatómico donde ejercen su función podemos subdividir las en:

Ortesis de dedo (FHO): su zona de acción son las articulaciones interfalángicas. Las dinámicas permiten, mediante apoyos y diferentes mecanismos de transmisión de fuerzas, aumentar y controlar la flexo- extensión de los dedos (ej.: sistema de fuerzas en tres puntos: férula activa extensora para dedo). Con las pasivas, inmovilizamos el segmento para conseguir su recuperación y prevenir deformidades (férula de Stack) Ortesis de mano (HO): utilizadas fundamentalmente en cirugías de reparación tendinosa, o para evitar deformidades y retracciones como las acontecidas en la enfermedad de Dupuytren, mano reumática o quemaduras. Actúan sobre las articulaciones metacarpofalángicas pudiendo ser prolongables a los dedos o al pulgar.

Ortesis de muñeca y mano (WHO): podemos distinguir:



a) Elásticas: mediante la compresión y el calor, sirven para aportar un aumento del tono muscular y de la analgesia.

b) Pasivas: indicadas para la inmovilización en procesos inflamatorios, traumáticos o postquirúrgicos (férulas de túnel carpiano).

c) Dinámicas: gracias a un sistema de tirantes elásticos evita deformidades como la flexión palmar en la parálisis radial, y facilita activamente la extensión de la muñeca según la posición del muelle, o la flexión de las metacarpofalángicas al estabilizar la muñeca.

Ortesis de codo (EO): actúan sobre el segmento antebraquial, o sobre las articulaciones de muñeca o codo. Cuando están articulados, ayudan al movimiento articular permitiendo modificar progresivamente el grado de flexión y extensión.

Ortesis de codo y hombro (SEO: ortesis de brazo): dispositivo no articulado cuya función principal es postural o inmovilizadora (Brace, fracturas humerales).

Ortesis de hombro, codo, muñeca: abarcan diversos tipos de férulas, desde las pasivas cuya indicación principal suele ser patología traumática del hombro (luxaciones) o del húmero, hasta las articuladas que permiten o asisten determinados movimientos (férula para parálisis del plexo braquial).

2. Ortesis Miembro inferior

Según su efecto terapéutico principal, podemos agruparlas en:

- Funcionales o dinámicas: permiten mejorar la función de la marcha.
- Posturales o pasivas: destinadas a la prevención y corrección de las deformidades.
- Correctoras: su mecanismo de acción es el sistema de fuerza en tres puntos. Dos de los puntos se encuentran en sentido contrario al tercero el cual, con una intensidad similar al de las otras dos fuerzas, actúa en la zona media una fuerza correctora eficaz.
- Inmovilizadoras: permiten precozmente la bipedestación, la marcha y otras actividades de la vida diaria. De descarga: transfieren la carga desde el encaje proximal hasta el estribo distal.

Según la región anatómica sobre la que actúen las podemos subdividir en:

- **Ortesis de pie y tobillo (Ankle Foot Orthoses: AFO):** grupo muy heterogéneo. Entre sus funciones se encuentran prevenir o corregir las deformidades del tobillo y pie, e inhibir las respuestas motoras patológicas secundarias a reflejos posturales anormales. Se usan como ortesis de reposo del tobillo- pie en posición funcional o como ortesis funcional articular durante la marcha. Cabe destacar:



- a) Pasivas de pie: férula de Dennis Browne.
- b) Pasivas de pierna: polaina desde el tobillo hasta debajo de la rodilla (estabilización de las fracturas de tibia).
- c) Activa de pie: Rancho de los Amigos (dinámicas antiequino).
- d) Activas de tobillo: PTB (patelar tendón bearing). e) Activas de pierna: bitutores.

- **Ortesis de rodilla: KAFO (Ortesis de tobillo rodilla y pie) o KO (Ortesis de rodilla)** su finalidad es controlar o limitar la movilidad de la rodilla, o bien estabilizar dicha articulación en diferentes planos.

- a) Elásticas: estabilización activa por medio de la analgesia e incremento del tono muscular. Indicada para las contusiones y gonalgias.

- b) Rígidas: con dos flejes flexibles mediales y laterales, proporcionan estabilidad mediolateral dando así reposo a los ligamentos traumatizados en esguinces.

- c) Control de la flexo extensión: articuladas mediante topes nos permiten graduar el balance articular que queremos obtener del paciente.

- d) Control de ejes: el objetivo principal es el control del varo valgo.

- e) Extensora: mediante cinchas y sistemas de tirantes elásticos nos favorece la extensión de la rodilla ante la disfuncionalidad cuadrípital.

- ✓ Descarga: ortesis bitutor que permiten descarga axial de la articulación femorotibial.

Ortesis de muslo: fundamentalmente coexisten 2 tipos: las elásticas activas y las rígidas de

- a) Pasivas de pie: férula de Dennis Browne.
- b) Pasivas de pierna: polaina desde el tobillo hasta debajo de la rodilla (estabilización de las fracturas de tibia).
- c) Activa de pie: Rancho de los Amigos (dinámicas antiequino).
- d) Activas de tobillo: PTB (patelar tendón bearing). e) Activas de pierna: bitutores.

- **Ortesis de muslo:** fundamentalmente coexisten 2 tipos: las elásticas activas y las rígidas de termoplástico para el tratamiento funcional de las fracturas.

- ✓ **Ortesis de cadera:**



- a) Abducción: arnés de Pavlick, Von Rossen, Frejka... indicadas para las displasias de desarrollo de cadera
- b) Abducción y descarga: ortesis activas que permiten la deambulaci3n transmitiendo mediante tutores el peso al suelo (Atlante, Toronto)
- c) Postural: férulas rígidas comúnmente constituidas por corsé lumbosacro y una muslera que inmovilizan la pelvis y evitan la aducci3n y rotaci3n interna de la cadera que llevarían a la luxaci3n de las misma

Ortesis de bipedestaci3n y marcha: THKAFO (Trunk Hip Knee Ankle): parapodium, reciprocador y bitutores.

Ortesis espinales

1. Cervicales

Las ortesis cervicales se utilizan para proporcionar apoyo y protecci3n, así como para limitar el rango de movilidad, principalmente en el plano sagital, siendo más difícil delimitar la inclinaci3n lateral así como la rotaci3n. Podemos distinguir 2 grandes grupos: los collarines (Ortesis flexibles) y los soportes rígidos.

- Collarines: su efectividad es limitada. Los cervicales blandos los usaremos principalmente con el objetivo de lograr un mayor confort del paciente mediante la analgesia proporcionada por el calor en los casos de latigazo cervical y/o dolor de cuello sin lesi3n ósea o ligamentosa inestable. Este collar está contraindicado para las lesiones con potencial de inestabilidad. Los semirrígidos como pueden ser el Philadelphia, logran un mayor control del rango articular, hasta del 30% en el plano sagital pero permiten una movilidad entorno al 43% de rotaci3n y 67% de inclinaci3n lateral, lo que nos lo descarta para el tratamiento de fracturas y luxaciones.
- Soportes rígidos: podríamos clasificarlos como ortesis inmovilizadoras por su mayor control en el rango de movilidad. A destacar el SOMI (inmovilizador esterno- occipital mandibular) y el Minerva (ortesis moldeada para el usuario, de contacto total con apoyo barbilla- occipital-torácico-esternal). Cuando es preciso un control mayor para la columna cervical, más que ajustar una ortesis hasta límites no tolerables por el paciente, se precisan los sistemas halo-jacket. Más allá del traumatismo agudo, el halo puede ser usado postoperatoriamente para aportar estabilidad adicional tras procedimientos complejos de columna cervical, como corporectomías a varios niveles, o preoperatoriamente para correcciones raquídeas.



Estudios recientes han comunicado similar o incluso superior inmovilización de la columna cervical con el dispositivo Minerva en comparación con el halo-jacket, por lo que es una alternativa actualmente en pacientes que se adhieran correctamente al tratamiento, evitando además las lesiones causadas por los pines en el caso del halo-jacket. Otro tipo de dispositivo de inmovilización cervical rígido pero no invasivo, es el Halo de Lerman que se caracteriza por tener un soporte craneal circunferencial sin fijación mediante pines, empleado fundamentalmente en pacientes pediátricos con tortícolis congénita, fractura de odontoides, subluxación rotatoria de C1-C2 o en inmovilización postoperatoria.

2. Ortesis toracolumbosacras (TLSO) y lumbosacras (LSO)

Podemos clasificarlas fundamentalmente en 2 grupos: Rígidas y flexibles.

2.1. Ortesis Rígidas

LSO: existen básicamente 2 subgrupos:

- De control: limitan únicamente el movimiento perjudicial para la recuperación del paciente. Algunos ejemplos son:

1. a) Ortesis tipo Knight: Impide los movimientos de flexoextensión y lateralidad de la columna.
2. b) Ortesis de Williams: Impide la extensión del tronco, pero permite la flexión a través de las articulaciones situadas en las barras laterales.
3. c) Ortesis tipo Chairback: Impide movimientos de flexoextensión de la columna lumbar.

- De contacto total: Inmovilizan totalmente los movimientos de esa zona y se emplean en ocasiones tras cirugía de fracturas.

TLSO: tres subgrupos:

- De control: Consiguen inmovilizar todos o algunos de los movimientos de este segmento vertebral:
 1. a) T aylor: Impide los movimientos de flexoextensión y lateralidad de la columna lumbar y a través de la prolongación de barras paravertebrales, la banda interescapular y los tirantes axilares controla y corrige la cifosis.
 2. b) Málaga: Se emplea para escoliosis degenerativa dolorosa del adulto.
- De contacto total: Rodean el tronco del paciente adaptándose a su estructura, se emplean fundamentalmente en el tratamiento de fracturas para inmovilizar y descargar la zona afectada.



Correctoras: Para el tratamiento ortopédico de la cifosis, escoliosis o deformidades torácicas, actúan mediante fuerzas contrapuestas que se aplican sobre las costillas y apófisis transversas vertebrales. Algunos ejemplos son: Milwaukee, Boston.

o Ortesis toracolumbar de hiperextensión:

Mantienen la columna dorsolumbar en hiperextensión basándose en 3 puntos de presión (el esternón, el pubis, la columna dorsolumbar posterior).

2. Definición de prótesis:

Una prótesis es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones, entre ellas por amputación o que no exista a causa de agenesia, cumpliendo las mismas funciones que la parte faltante. Las prótesis se clasifican en:

1. Endoprótesis: Son aquellas que precisan procedimientos quirúrgicos para su colocación, estas tienen un diseño endoesquelético.

2. Exoprótesis: Estas son aquellas que al contrario de las endoprótesis, estas se pueden retirar, se les considera aparatos ortopédicos, estas a su vez se clasifican en:

➤ Motoras: Estas son ejecutadas en una acción simple.

➤ Sensoriales: En la cual ambas extremidades informan la relación con el entorno, y de manera automática se calcula la cantidad de fuerza que se debe aplicar por parte del aparato locomotor por el individuo. También se clasifican de acuerdo a sus materiales:

1. Plástico
2. Láminas de titanio
3. Resina
4. Metal

De igual manera se clasifican de acuerdo con la energía presentada: se utiliza para realizar los movimientos de las articulaciones suplidadas las hay en 2 tipos:

➤ Interna: el propio individuo mueve la articulación protésica con el resto del aparato locomotor.

➤ Externa: sistemas mecánicos, hidráulicos o eléctricos sobre el individuo que



actúan de forma indirecta para activarlos, movidos por pequeños motores con baterías.

Algunos tipos de prótesis incluyen:

- ✓ Miembros artificiales
- ✓ P.auditiva
- ✓ P.oculares
- ✓ P.faciales
- ✓ P.maxilofaciales
- ✓ P.sexuales
- ✓ P.dentales

2. Tipos de materiales más utilizados en ortoprotésica.

1. Metálicos
2. No metálicos
3. Objetivos y funciones de las prótesis.
4. Objetivos y funciones de las ortesis.
5. Mecanismos de acción de las ortesis y prótesis
6. Mecanismo de actuación desde una perspectiva biomecánica
7. Mecanismo de actuación desde una perspectiva fisiológica

1. Tipos de materiales más utilizados en Ortoprotésica

A la hora de utilizar materiales para la elaboración, tanto de ortesis como de prótesis, se debe tener en cuenta no sólo al diseño del producto sino también a su resistencia, ligereza, durabilidad, etc. Además deberán ser lo suficientemente dúctiles para adaptarse a la geometría del paciente. Por último no se debe perder de vista el aspecto económico.

Para poder tener en cuenta todos estos factores es necesario conocer las características básicas de ciertos materiales.

Dada la gran variedad de materiales, existen muchas clasificaciones. La más comúnmente aceptada es la que los separa en metálicos y no metálicos.

Metálicos:

- Férricos: Hierro, acero, acero inoxidable
- No férricos: Aluminio (aleaciones básicas y duraluminios), Cobre (latón y bronce), estaño, magnesio, níquel, plomo, titanio y zinc.

No metálicos:

- Plásticos o poliméricos: termoplásticos (PE y PVC), termoestables y



compuestos (resinas, fibras de carbono), y elastómeros (caucho y siliconas). - Otros: Textiles, maderas y corchos, cuero y cerámicos (escayolas).

1.1 Metálicos

Son elementos químicos brillantes, duros, pesados, maleables, dúctiles, tenaces y buenos conductores, tanto de electricidad como de calor. Por el contrario, los metales son vulnerables al desgaste y la corrosión. Entendiéndose el desgaste como la pérdida de material en las superficies de contacto deslizante y la corrosión, como el proceso por el cual todo metal o aleación tiende a volver a su forma natural como óxido, sulfato u otra sal. A excepción del aluminio que, gracias a la capa de óxido de aluminio externa impide el avance de la corrosión.

Aunque se utilizan todos los materiales enumerados, los más comúnmente empleados son el acero, el aluminio o algunas aleaciones de magnesio y titanio.

El acero, tiene como ventajas que su bajo coste y que se puede manipular con facilidad, aunque su contrapartida es su elevado peso. Por ello se utiliza normalmente en articulaciones prefabricadas, muelles, amortiguadores, etc.

El aluminio sin embargo, es más ligero, por lo que está indicado para la extremidad superior así como para las ortesis de niños. Como desventaja cabe citar su baja resistencia a la fatiga, que impide que se utilice en las articulaciones de las ortesis y prótesis, siendo más empleado en elementos estructurales, tales como las barras del Corsé Milwaukee.

Por último, el titanio tiene unas características muy parecidas al acero pero con la ventaja de que es más ligero y presenta muy buena resistencia a la corrosión. Como contrapartida, hay que destacar su elevado coste.

Como principal desventaja de los metales hay que reseñar que presentan un elevado peso y se adaptan con mayor dificultad a los contornos del cuerpo a diferencia de los que ocurre con los termoplásticos, más ligeros y facilitan una mejor distribución de la presión sobre la piel.

1.2 No metálicos

Materiales plásticos o poliméricos

Los materiales plásticos destacan frente a los metales por el cumplimiento de las siguientes características:

- Son estables frente a la corrosión y el envejecimiento.
- Son ligeros.
- Son maleables, lo que les permite adaptarse mejor a la forma del cuerpo sobre la que se apoyan.



- Son de fácil mecanización, permitiendo costes de fabricación menores.
- Permiten acabados más estéticos.
- Los plásticos son materiales que resultan de la combinación de cadenas de compuestos orgánicos como el carbono, oxígeno, cloro, nitrógeno, hidrógeno y otros elementos orgánicos e inorgánicos.

Al final del proceso, un plástico es un sólido, pero se aprovecha su condición líquida o viscosa mediante la aplicación de calor para poder ser conformado.

La construcción de plásticos parte de los monómeros, que, uniéndose forman polímeros. Dichos polímeros se clasifican en termoplásticos, termoestables y elastómeros.

Termoplásticos

Son moléculas más pesadas, duras y resistentes. En el proceso de polimerización, las cadenas que se forman, que son de diferente longitud, permiten un mejor manejo del material. Estas cadenas, aunque no presentan entre ellas conexiones físicas, se ensamblan unas con otras, presentando una fuerte unión a bajas temperaturas, siendo ésta más débil cuando se aumenta la temperatura. Por tanto, cuando se calienta el termoplástico se debilitan las fuerzas intermoleculares lo que permite un mejor manejo de las ortesis.

Los termoplásticos que se moldean al calentarlos por debajo de los 80oC se conocen como termoplásticos de baja temperatura y se utilizan normalmente en el miembro superior o en aplicaciones temporales como fracturas de hombro. Como limitación presentan baja resistencia a la fatiga y limitaciones en la fuerza. Algunos ejemplos de termoplásticos blandos son el pelite y plastazote, que se usan como alineadores o rellenos.

Los termoplásticos de alta temperatura requieren un calentamiento por encima de los 80oC y deben moldearse sobre un molde. Estos se usan en la fabricación de prótesis y ortesis permanentes.

Las ortesis termoplásticas son fácilmente lavables y resistentes a la corrosión. La desventaja frente a los metales es que tienen una rigidez y resistencia más bajas que los metales. Además, sus propiedades varían con el tiempo, la temperatura y el estado concreto de tensión y deformación, soliendo perder rigidez con el tiempo.

Termoestables o compuestos (o composites)

Los materiales termoestables se pueden clasificar a su vez, en dos grupos: en rígidos (formados por cadena cortas con muchos enlaces de entrecruzamiento) y los flexibles (que



cuentan con largas cadenas con pocos enlaces de entrecruzamiento).

Después de ser moldeado, un termoestable tiene sus moléculas interconectadas fuertemente, permanentemente y con lazos físicos que no son reversibles mediante calentamiento. Por esto son materiales que resisten altas temperaturas y proporcionan mayor estabilidad dimensional. Además, su condición líquida previa permite que se conformen las formas complejas de la anatomía humana. En este grupo se encuentra las resinas epoxy y los poliésteres.

Como contrapartida, hay que decir que presentan poca resistencia al impacto, lo que los hace poco adecuados a productos que requieren impactos, tales como los que se producen en la marcha rápida, carrera o salto (para esto mejor los termoplásticos).

Elastómeros

Su alto poder de elongación y el alto coeficiente de fricción de los materiales gomosos los hacen muy útiles para rellenos o como selladores de mecanismos hidráulicos o neumáticos, o como tacones y topes en pies protésicos.

Los materiales de los elastómeros más comúnmente utilizados son: el caucho, las siliconas, neoprenos, y poliuretano.

2. Objetivos y funciones de las prótesis

Los objetivos principales de cualquier prótesis, tanto de miembro inferior como superior son: funcionales, estéticos y psicológicos.

Como objetivo estético fundamental se presenta evidentemente el de restituir el aspecto corporal externo que se pierde debido a la amputación, intentando que la prótesis quede lo más integrada posible dentro de la morfología corporal del paciente.

Dentro los objetivos psicológicos y relacionado con el objetivo estético, se encuentra lograr el máximo restablecimiento de la imagen corporal, con la finalidad de superar los sentimientos de pérdida del esquema corporal y las inseguridades en la relación con los demás.

Por último, entre los objetivos funcionales, más cercanos a nuestro ámbito de trabajo se encuentra el desarrollar la función o funciones que han quedado limitadas debido a la amputación propiamente dicha.

Estas funciones se clasifican en principales y secundarias. Dentro de las principales, se deberá conseguir alcanzar las siguientes:

- En el miembro superior: realizar la prensión, la liberación, el transporte y el alcance



de los objetos que se puedan ubicar en cualquier punto. Esto es muy complicado en ocasiones, obteniendo como resultado el desarrollo de un instrumento que permita realizar la función de la pinza.

- En el miembro inferior: la función principal a recuperar es la de apoyo, tanto estático como dinámico, la progresión del centro de gravedad corporal durante la marcha, la amortiguación de impactos y la estabilidad del mismo durante el apoyo.

Dentro de las funciones secundarias de las prótesis se encuentran las siguientes:

- La capacidad de anclaje/suspensión de la prótesis: necesario ya que la prótesis, como elemento ajeno al organismo, debe fijarse bien para evitar los desplazamientos de la ésta con el muñón.
 - La capacidad de control del movimiento o interacción entre el paciente y la prótesis. El paciente deberá controlar las funciones que se le atribuyen a la prótesis. Deberá ser capaz de ajustar sus movimientos para adaptarse a los de la prótesis.
- El restablecimiento del equilibrio o simetría de la masa corporal, perdida con la amputación de la extremidad. La prótesis debe redistribuir el centro de gravedad corporal, conseguir la optimización de energía con un peso adecuado.

Objetivos y funciones de las ortesis

Las ortesis desempeñan 7 objetivos principales:

- Reducción de fuerzas o de la carga axial sobre el cuerpo o alguno de sus segmentos con la finalidad de descargarlo, estabilizarlo, fijarlo, protegerlo o mantenerlo en una determinada posición. Esa inmovilización reduce tanto el dolor como la inflamación. Se conocen como Ortesis de descarga.
- Modificación de los movimientos corporales. Permite cambiarlos, controlarlos, restringirlos e incluso inmovilizarlos con la finalidad de mantener, enderezar o corregir una deformidad. Se conocen como Ortesis de inmovilización.
- Estabilización o protección de estructuras lesionadas y/o inestables por fallo de fuerzas internas de estabilización. Las fuerzas aplicadas por estas ortesis impiden movimientos indeseables de rotación y/o traslación sobre las estructuras lesionadas.
- Asistencia o facilitación del movimiento. Se conocen como Ortesis funcionales-dinámicas.
- Realineación o mantenimiento postural debido a desequilibrios musculares, malas posiciones, etc. para prevenir, mantener o corregir una deformidad. Se llaman Ortesis Posturales.
- Prevención y corrección de deformidades mediante la aplicación de fuerzas o momentos correctores. Se conocen como Ortesis Correctoras.



Mecanismos de acción de las Ortesis y Prótesis

Es necesario conocer perfectamente cuál es la biomecánica del cuerpo. Desde esta perspectiva biomecánica, las formas de actuación de estos mecanismos de apoyo son:

- Restricción del movimiento de rotación sobre la articulación.
- Reducción de las fuerzas de cizalladura.
- Reducción de las fuerzas axiales a través de la articulación.

Además, de estos factores biomecánicos se deben tener en cuenta factores fisiológicos de actuación, tales como:

- La compresión hidrostática de los fluidos (o aumento de presión intra-abdominal).
- La aplicación de fuerzas axiales de distracción
- La fijación esquelética proximal y distal.
- El “efecto jaula” o de “huida de los apoyos”

4. Mecanismo de actuación desde una perspectiva biomecánica

Desde el punto de vista biomecánico se distinguen los siguientes mecanismos de acción:

- Restricción del movimiento de rotación o control de momentos sobre la articulación

Muchas de las fuerzas que se aplican sobre los segmentos corporales tienen su acción en un movimiento de rotación sobre los ejes articulares. Este efecto de la fuerza sobre un eje de rotación se le denomina momento. $M=F \cdot d$

Determinada por la magnitud de la fuerza y la distancia desde el punto de aplicación al eje de rotación.

Como la ortesis modifica los momentos sobre los ejes articulares, puede restringir parcial o totalmente el movimiento rotacional en la articulación. Si la restricción es parcial, se puede bloquear la articular en determinados grados según de la patología del paciente.

Si la musculatura está sana, y no fallan las fuerzas estabilizadoras, no requerirá de ningún apoyo, pero si estas estructuras estabilizadoras fallan, se requerirá de un sistema de fuerzas equilibrado en tres puntos.

- Reducción de las fuerzas normales (de cizalladura) a través de una articulación, o control del movimiento de traslación en la articulación



Algunas ortesis actúan alrededor de la articulación restringiendo el movimiento traslacional en la misma. La inestabilidad traslacional se producen normalmente en situaciones dinámicas (Fig 1.7).

La tensión para evitar fuerzas de cizalladura excesivas la realiza los ligamentos y cápsula de la articulación. Si existe un daño en estas estructuras, los segmentos corporales que unen dejan de estar en equilibrio, que deberá ser restituido por una ortesis.

Para que la ortesis pueda impedir este movimiento de traslación o cizalladura deberá emplear un sistema de cuatro fuerzas sobre la extremidad en cuestión.

Como las fuerzas de cizalladura se generan por la fricción entre la ortesis y la superficie de la piel, se necesita una buena sujeción (agarre) entre las almohadillas o apoyos de las ortesis (las cinchas) y la superficie de la piel.

- Reducción o control de las fuerzas axiales a través de la articulación Las cargas axiales del propio cuerpo que se transmiten a través de las articulaciones mediante el hueso y el cartílago son soportadas gracias a la resistencia y rigidez de dichas estructuras.

Si existe algún proceso degenerativo o una fractura, se alterará esta transferencia de carga con lo cual dicha carga axial, provocará dolor y alteración de la movilidad.

Para liberar al miembro inferior de la carga, y evitar así el dolor, se pueden utilizar ortesis, bien para eliminarla o bien redistribuirla a través de miembros superiores como en el caso del uso de bastones o andadores o demás productos de apoyo. Está indicado en articulación artríticas.

La magnitud de carga que se transfiere a la ortesis depende, tanto de la naturaleza de la interfase entre el segmento corporal (presión y material que contacta con la piel) y la ortesis, como del proceso de adaptación (cuidado al aplicar la ortesis en el paciente).

Mecanismo de actuación desde una perspectiva fisiológica:

1. Compresión hidrostática de los fluidos (o aumento de presión intra-abdominal)

Este tipo de ortesis crea un estuche rígido íntimamente unido al tronco aplicando una compresión externa sobre la cavidad abdominal. Se forma una especie de cilindro hidro-neumático semirrígido y debido a la turgencia de los fluidos sometidos a presión, se inmoviliza el raquis en una postura de reducción de la lordosis. Esto provoca una reducción de fuerzas sobre la columna, transfiriendo parte de la carga hacia la porción anterior del disco intervertebral y disminuyendo la presión intradiscal.

Aplicando externamente una compresión sobre el raquis, mediante una ortesis o faja sobre



la zona abdominal, es posible utilizar los tejidos blandos (Músculos, fascias y tendones) para soportar mejor una carga compresiva.

Los fluidos sometidos a compresión producen una elevación estática del diafragma que sirve para inmovilizar o soportar el raquis lumbar, a quien se descarga.

2. La aplicación de fuerzas axiales de distracción

Provoca estabilidad en inmovilización, además de resistencia a la inclinación de la columna y provoca cierta corrección de desviación angular lateral de escoliosis o

cifosis. Además desgrava parcialmente el peso corporal y disminuye la presión intradiscal. Un ejemplo es el corsé de Milwaukee.

3. Fijación esquelética próxima y distal, mediante anillos

Son las ortesis que mayor inmovilización producen, fijándose directamente a la estructura esquelética. Un ejemplo es el Halo cervical.

4. Efecto Jaula o Efecto Guía

Se produce en algunos corsés de tronco, mediante barras verticales con determinados apoyos o almohadillas de presión, que recuerdan al paciente la posición correcta que debe adoptar. Actúa mediante retroalimentación sensitiva (propioceptiva- cinestésica, exteroceptiva-dolorosa), mediada por el contacto físico y el discomfort doloroso de la presión.

Intervención de la terapia ocupacional en pacientes terminales

Introducción

Las personas en etapa terminal, a causa de su enfermedad, pueden experimentar aislamiento físico y una verdadera retracción de los miembros de la familia y del personal médico. Esto puede ocurrir, aunque el paciente tenga una gran conciencia de su problema y progresivamente aumentada sensibilidad.

Un enfermo en la fase terminal tiene diversas necesidades comunes a la mayor parte de las personas (de tipo físico, psicológico, espiritual y social) y otras que les son propias del estado de especial vulnerabilidad que le ocasiona su padecimiento. Es necesario, para lograr su bienestar y aliviar el sufrimiento conocer bien al paciente y a su familia/ cuidadores.

El pilar del tratamiento dentro de los cuidados paliativos es el paciente y su familia, dentro de un marco de integración, favoreciendo la calidad de vida de la persona y rescatando capacidades remanentes a fin de permitir a la persona ser un sujeto activo hasta el final de su vida.

Los cuidados paliativos se encargan de:



- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- Ayudar al progreso natural de la enfermedad, de una mejor manera. Es decir, no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Para Doyle “, existe solo una regla para comunicarse con los enfermos, que es: «Responder con afecto y respeto, claridad y dignidad al contacto físico y al acompañamiento humano, como nos gustaría que otras personas lo hicieran con nosotros».

Al escuchar a los pacientes, el dolor es un signo de sufrimiento, muy relacionado con nuestra propia vida y enfermedad. Las personas sienten el dolor con preocupación por que les genera incertidumbre sobre su propia salud. Los familiares, que quieren apoyar al paciente, desconocen cómo deben tranquilizarlos, no saben si deben minimizar su respuesta o, por el contrario insistir en la búsqueda de soluciones, que no llegan con los tratamientos convencionales del dolor.

El rol del Terapeuta ocupacional desde diferentes marcos de trabajo como el Humanista, Biomecánico y del Modelo de la ocupación Humana, es el de facilitar el proceso de adaptación, por lo cual, desde un abordaje integrador del paciente en etapa terminal actúa proporcionando oportunidades a la persona y asesorando a su entorno (familia y cuidadores).

Nos centramos en el presente del sujeto (en el aquí y ahora) poniendo especial atención en el ambiente físico afectivo.

En el tratamiento del dolor es fundamental, para lograr el control del mismo, un correcto manejo de la medicación indicada por los médicos del equipo así como también enfermería y terapia ocupacional. El equipo respeta y adhiere a la interdisciplinar como modelo único e invalida el concepto de dolor solo como modalidad sensorial, presentándolo como una modalidad compleja (experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo).

Desde un modelo holístico, donde se aprecia la interconexión mental, física y espiritual no podemos escatimar recursos en relación a la persona y no tener en cuenta el dolor total para aliviar.

En medicina Paliativa, T.O. actúa de manera activa junto al paciente y la familia.



El tratamiento consiste en escuchar y evaluar al paciente como principio de intervención, luego se debe prestar atención a las inquietudes e intereses de la familia para lograr recabar información más completa y de esta forma comenzar a establecer un plan de tratamiento. Los objetivos en el final de la vida deben ser muy dinámicos, flexibles y ajustables a la realidad diaria del paciente y la familia. En la entrevista y posterior evaluación se van haciendo presentes diferentes aspectos a tener en cuenta: su actitud frente al tratamiento, su relación con los periodos de sueño y vigilia, su estado físico (movilidad funcional), su nivel de independencia en las actividades de la vida diaria (A.V.D.), su ambiente como generador de problemas (detección de riesgos en el Hogar), sus intereses en relación a actividades significativas, su historia ocupacional.

Se hace fundamental hincapié en un síntoma muy común en los pacientes en esta etapa de su vida, el dolor. Se busca relacionar su aparición con todo lo detallado anteriormente y tener en cuenta pensamientos, recuerdos, cambios de ánimo, relación con un tercero de su entorno directo o no, etc. A fin de lograr aliviar ese síntoma desde otro enfoque. Hay varios caminos para afrontarlo pero siempre teniendo en cuenta el sentido del dolor total para integrar aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales y no caer en la creencia de la persona como un ser compartimentado.

Modalidad de trabajo

- Cuidados posturales a fin de evitar o disminuir el dolor, se pueden utilizar diferentes equipamientos blandos, semirígidos o rígidos y se debe instruir tanto al paciente como a la familia, siempre teniendo en cuenta el avance de la enfermedad.

Son muy útiles en las metástasis óseas, en dolores por apoyo de saliencias óseas propias de la pérdida de masa muscular del cáncer, úlceras por decúbito, edemas de miembros superiores e inferiores, etc.

- Plan de ejercicios acorde a las capacidades remanentes del paciente a fin de mantener la movilidad funcional y evitar el desacondicionamiento físico como síndrome propio de las enfermedades terminales.

- Participación activa en las Actividades de la vida diaria (A.V.D.) lo que da satisfacción siempre que este acorde a la evolución de la enfermedad. Se debe asesorar tanto al paciente como a la familia ya que es aconsejable instruir en como asistir al enfermo según sus requerimientos justos y no por demás, así como al paciente a dejarse ayudar por sus cuidadores. Se pueden implementar ayudas técnicas y adaptaciones para un mejor desempeño y una postura adecuada durante la actividad.

- Facilitar el proceso de exploración y el desempeño en actividades de su interés, de esta manera estamos interviniendo en la ocupación de su tiempo libre que en esta etapa es lo principal. Se deben ofrecer actividades que permitan volcar sus miedos, ansiedades,



preocupaciones así como sus deseos y experiencias gratas.

Muchos pacientes se vuelcan a la escritura, pintura, tejido, música, etc.

- Brindar actividades de relajación que disminuyan el nivel de ansiedad (meditación, respiración consciente, entre otras)
- Intervenir en el proceso de pérdida o modificación de roles importantes para la persona que afectan su estado emocional.
- Propiciar el espacio para dialogar sobre sus preocupaciones, miedos, inquietudes que puedan llegar a provocar sufrimiento en la persona y no permita una muerte tranquila.
- Hacerlos partícipes en el proceso de la toma de decisiones como ser activo con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de indefensión e incrementar su percepción de control sobre la situación. Le será de mucha ayuda facilitarle el aprendizaje de habilidades de comunicación, técnicas de solución de problemas que le permitan en cada momento el mayor grado de decisión y autonomía posibles.

Es muy importante darle el significado que corresponde a la ocupación en el final de la vida. El paciente refiere, en un alto porcentaje, la falta de motivación y deseo de ocupar su tiempo libre ya que se arraiga a su diagnóstico y pronóstico de enfermedad llevándolo al reposo aun sin ser

necesario. Así es, como la persona dedica ese tiempo a pensamientos poco positivos los que suelen desencadenar angustia, ira, ansiedad y desencadenar o incrementar el dolor.

Desde cada uno de nuestros lugares como profesionales, debemos escuchar las necesidades del paciente como principal objetivo de abordaje y desde allí partir hacia un tratamiento integral donde cada una de nuestras intervenciones sean pensadas para favorecer la calidad de vida de la persona y tener una muerte digna.

Consideramos al dolor como algo subjetivo que duele tanto como el paciente lo manifieste.

TEMA 14- INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES TERMINALES.

Las personas en etapa terminal, a causa de su enfermedad, pueden experimentar aislamiento físico y una verdadera retracción de los miembros de la familia y del personal médico. Esto puede ocurrir aunque el paciente tenga una gran conciencia de su problema y progresivamente aumentada sensibilidad. Un enfermo en la fase terminal tiene diversas necesidades comunes a la mayor parte de las personas (de tipo físico, psicológico, espiritual y social) y otras que les son propias del estado de especial vulnerabilidad que le ocasiona su padecimiento. Es necesario, para lograr su bienestar y aliviar el sufrimiento conocer bien al paciente y a su familia/cuidadores. El pilar del tratamiento dentro de los cuidados paliativos es el paciente y su familia,



dentro de un marco de integración, favoreciendo la calidad de vida de la persona y rescatando capacidades remanentes a fin de permitir a la persona ser un sujeto activo hasta el final de su vida.

Para Doyle ¹

, existe solo una regla para comunicarse con los enfermos, que es: «Responder con afecto y respeto, claridad y dignidad al contacto físico y al acompañamiento humano, como nos gustaría que otras personas lo hicieran con nosotros». Al escuchar a los pacientes, el dolor es un signo de sufrimiento, muy relacionado con nuestra propia vida y enfermedad. Las personas sienten el dolor con preocupación por que les genera incertidumbre sobre su propia salud. Los familiares, que quieren apoyar al paciente, desconocen cómo deben tranquilizarlos, no saben si deben minimizar su respuesta o, por el contrario insistir en la búsqueda de soluciones, que no llegan con los tratamientos convencionales del dolor. El rol del Terapeuta ocupacional (T.O) desde diferentes marcos de trabajo como el Humanista, Biomecánico y del Modelo de la ocupación Humana, es el de facilitar el proceso de adaptación, por lo cual, desde un abordaje integrador del paciente en etapa terminal actúa proporcionando oportunidades a la persona y asesorando a su entorno (familia y cuidadores). Nos centramos en el presente del sujeto (en el aquí y ahora) poniendo especial atención en el ambiente físico afectivo. En el tratamiento del dolor es fundamental, para lograr el control del mismo, un correcto manejo de la medicación indicada por los médicos del equipo así como también el asesoramiento y atención de las demás áreas como psicología, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional. El equipo respeta y adhiere a la interdisciplina como modelo único e invalida el concepto de dolor solo como modalidad sensorial, presentándolo como una modalidad compleja (experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo). Desde un modelo holístico, donde se aprecia la interconexión mental, física y espiritual no podemos escatimar recursos en relación a la persona y no tener en cuenta el dolor total para aliviar. En medicina Paliativa, T.O. actúa de manera activa junto al paciente y la familia. El tratamiento consiste en escuchar y evaluar al paciente como principio de intervención, luego se debe prestar atención a las inquietudes e intereses de la familia para lograr recabar información más completa y de esta forma comenzar a establecer un plan de tratamiento. Los objetivos en el final de la vida deben ser muy dinámicos, flexibles y ajustables a la realidad diaria del paciente y la familia. En la entrevista y posterior evaluación se van haciendo presentes diferentes aspectos a tener en cuenta: su actitud frente al tratamiento, su relación con los periodos de sueño y vigilia, su estado físico (movilidad funcional), su nivel de independencia en las actividades de la vida diaria (A.V.D.), su ambiente como generador de problemas (detección de riesgos en el Hogar), sus intereses en relación a actividades significativas, su historia ocupacional. Se hace fundamental hincapié en un síntoma muy común en los pacientes en esta etapa de su vida, el dolor. Se busca relacionar su aparición con todo lo detallado anteriormente y tener en cuenta pensamientos, recuerdos, cambios de tímica, relación con un tercero de su entorno directo o no, etc. A fin de lograr aliviar ese síntoma desde otro enfoque. Hay varios caminos para afrontarlo pero siempre teniendo en cuenta el sentido del dolor total para integrar aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales y no caer en la creencia de la persona como un ser compartimentado. Modalidad de trabajo · Cuidados posturales a fin de evitar o disminuir el dolor, se pueden utilizar diferentes equipamientos

¹ (1) Doyle D. Domiciliary Terminal care. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1987.



blandos, semi-rígidos o rígidos y se debe instruir tanto al paciente como a la familia, siempre teniendo en cuenta el avance de la enfermedad. Son muy útiles en las metástasis óseas, en dolores por apoyo de saliencias óseas propias de la pérdida de masa muscular del cáncer, úlceras por decúbito, edemas de miembros superiores e inferiores, etc. · Plan de ejercicios acorde a las capacidades remanentes del paciente a fin de mantener la movilidad funcional y evitar el desacondicionamiento físico como síndrome propio de las enfermedades terminales. · Participación activa en las Actividades de la vida diaria (A.V.D.) lo que da satisfacción siempre que este acorde a la evolución de la enfermedad. Se debe asesorar tanto al paciente como a la familia ya que es aconsejable instruir en como asistir al enfermo según sus requerimientos justos y no por demás, así como al paciente a dejarse ayudar por sus cuidadores. Se pueden implementar ayudas técnicas y adaptaciones para un mejor desempeño y una postura adecuada durante la actividad. · Facilitar el proceso de exploración y el desempeño en actividades de su interés, de esta manera estamos interviniendo en la ocupación de su tiempo libre que en esta etapa es lo principal. Se deben ofrecer actividades que permitan volcar sus miedos, ansiedades, preocupaciones así como sus deseos y experiencias gratas. Muchos pacientes se vuelcan a la escritura, pintura, tejido, música, etc. · Brindar actividades de relajación que disminuyan el nivel de ansiedad (meditación, respiración consiente, entre otras) · Intervenir en el proceso de pérdida o modificación de roles importantes para la persona que afectan su estado emocional. · Propiciar el espacio para dialogar sobre sus preocupaciones, miedos, inquietudes que puedan llegar a provocar sufrimiento en la persona y no permita una muerte tranquila. · Hacerlos partícipes en el proceso de la toma de decisiones como ser activo. con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de indefensión e incrementar su percepción de control sobre la situación. Le será de mucha ayuda facilitarle el aprendizaje de habilidades de comunicación, técnicas de solución de problemas que le permitan en cada momento el mayor grado de decisión y autonomía posibles. Es muy importante darle el significado que corresponde a la ocupación en el final de la vida. El paciente refiere, en un alto porcentaje, la falta de motivación y deseo de ocupar su tiempo libre ya que se arraiga a su diagnóstico y pronóstico de enfermedad llevándolo al reposo aun sin ser necesario. Así es, como la persona dedica ese tiempo a pensamientos poco positivos los que suelen desencadenar angustia, ira, ansiedad y desencadenar o incrementar el dolor

TEMA 15. INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PERDIDAS SENSORIALES: VISUALES Y AUDITIVAS. SISTEMA DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA. ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y PSICOMOTRICIDAD EN TERAPIA OCUPACIONAL

1. Introducción

Con el envejecimiento llegan cambios progresivos en cuanto al funcionamiento de nuestros sentidos, principalmente el de la audición y visión. Estos sentidos, que nos proporcionan información acerca del mundo que nos rodea, se vuelven menos agudos con el paso de la edad, afectando a la calidad de vida.



Los problemas de audición y visión en personas mayores alteran la forma de comunicarse con los demás y disfrutar de múltiples actividades. Por esto, las alteraciones sensoriales pueden conducir al aislamiento del mayor. Ante estos desafíos, es preciso que los familiares y/o cuidadores se mantengan pendientes ante cualquier cambio en las capacidades visuales y auditivas de la persona mayor.

Ante la aparición de algún signo de alarma será necesario acudir al médico, a fin de obtener un diagnóstico para poner en marcha el tratamiento más adecuado. Visión.

Los problemas derivados de una visión alterada tienen como consecuencia no poder observar con nitidez, desencadenando caídas, situaciones de dificultad para interactuar con el entorno o salir a la calle. Generando un sentimiento de aislamiento en el anciano y posiblemente desencadenando cuadros depresivos.

A fin de prevenir y curar enfermedades de la visión propias de la vejez, es recomendable que la persona mayor se someta a revisiones oftalmológicas de forma periódica. A partir de los sesenta y cinco años, alrededor de un 30 por ciento de las personas tienen problemas de visión, aunque solo unos pocos sufren alteraciones lo suficientemente importantes como para limitarles en sus actividades diarias.

A partir de esa edad, las pupilas disminuyen su tamaño y reaccionan lentamente en presencia de luz y oscuridad. Por otra parte, los músculos oculares pierden flexibilidad, por lo que los ojos tienen menor capacidad de rotar, mientras el cristalino (nuestro lente natural) se vuelve opaco y amarillento, y las almohadillas de grasa que dan soporte ocular se reducen.

Enfermedades que producen pérdida de visión

Presbicia

Es una dolencia casi inevitable que se puede manifestar a partir de los 40 años de edad. La condición se produce a raíz del envejecimiento del ojo, con la consiguiente pérdida de elasticidad del cristalino. No tiene cura, pero las gafas permiten ver de forma correcta los objetos que se encuentran cerca.

Glaucoma

Cuando la presión intraocular es alta se producen lesiones en el nervio óptico, por lo que el paciente experimenta pérdida de la visión lateral o periférica, así como visión borrosa, dolores de cabeza y visión de moscas volantes.

Cataratas

A causa de la edad, el cristalino pierde su transparencia debido a la acumulación de proteínas. El paciente experimenta pérdida de agudeza visual, que aumenta de forma progresiva. Las cataratas tienen tratamiento gracias a la intervención quirúrgica.



Degeneración macular asociada con la edad (DMAE)

Este trastorno destruye tanto la visión aguda como la central. Es una dolencia que se puede presentar en adultos de más de 60 años. Aparece cuando los vasos sanguíneos que irrigan la mácula (ubicada en la retina) se dañan. En fase avanzada, no existe tratamiento capaz de restablecer la visión. Si se detecta a tiempo es posible retrasar su avance a través de la administración de vitaminas y antioxidantes.

Retinopatía diabética

Se produce como consecuencia de una diabetes mal controlada. En la mayoría de ocasiones no produce síntomas y cuando aparece lo más frecuente son los escotomas (manchas en el campo visual) y una mala visión central por afectación de la mácula

Síntomas de la pérdida de visión

Algunos de los signos y síntomas asociados con la pérdida de visión son problemas para reconocer a las personas y problemas relacionados con las actividades diarias como firmar, subir y bajar escaleras, mirar televisión y dificultad para leer.

Esto se debe a que el paciente sufre de visión borrosa, problemas para ver cuando hay mucha luz, observa moscas volantes, manchas o destellos. Otros síntomas son: cefaleas, ardor, dolor, mareos y pérdida de visión momentánea.

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Lo primero que debemos hacer ante este tipo de situación es lograr que el paciente se defienda por sí mismo, en vez de hacerle todas sus cosas. Hay que prestarle apoyo, pero darle espacio para su independencia.

- El entorno debe abundar en objetos diseñados especialmente para tal fin (teléfonos con teclas grandes, lupas, audiolibros, etc.) y elementos decorativos contrastantes.
- El describir los lugares donde se está y las cosas que pasan a su alrededor puede ayudar y orientar a las personas con pérdida visual severa.

1. Audición.

Pérdida de la audición en personas mayores

A medida que envejecemos es frecuente que se produzca una pérdida gradual en la audición. Alrededor del 30 por ciento de las personas entre los 65 años y los 75 años, tiene un



cierto grado de pérdida auditiva. A partir de los 75 años, este porcentaje se eleva hasta el 50 por ciento.

Entre las principales causas de la pérdida de audición se enumeran:

- Tapones de cerumen.
- Trauma acústico, derivado de la exposición prolongada a ruidos fuertes.
- Componente genético.
- Infecciones por virus o bacterias.
- Ciertos medicamentos, lesiones en la cabeza, o tumores.
- Pérdida de audición relacionada con la edad.

Síntomas de falta de audición

Entre los signos y síntomas de la pérdida de la audición se encuentran:

- Problemas para oír el sonido de las consonantes.
- Dificultad para comprender en lugares ruidosos, o cuando hay multitud.
- Necesidad de aumentar el volumen de la radio o la televisión.
- Abstención de ciertos entornos y eventos sociales.
- Pedir a los demás que alcen el tono de voz, o que hablen con claridad.

Enfermedades del oído en el adulto mayor Presbiacusia Es la patología más habitual de pérdida de la audición en personas mayores.

Consiste en un proceso de envejecimiento de los huesos del oído. Genera disminución de la sensibilidad auditiva, además de incompreensión del habla.

Hipoacusia

Se trata de un problema de salud crónico en el que se pierde la capacidad de percibir la intensidad de los sonidos. La hipoacusia leve se trata con audífonos, mientras que las moderadas y severas se tratan con implantes cocleares.

Enfermedad degenerativa del oído



Consiste en la acumulación de líquido en el oído interno. Esta condición genera mareos fuertes, silbido en el oído y pérdida de la audición.

Intervención:

- Antes de hablarle, llamar su atención mirándole de frente, eliminar los ruidos de fondo y asegurarse de que no existan barreras entre la persona mayor y el interlocutor.
- Hablar de forma clara y pausada, colocándose a una distancia mínima de un metro. Emplear gestos.
- Eliminar obstáculos como el cigarrillo o la comida mientras se comunica.
- Repetir con calma las frases que la persona mayor no ha entendido bien.
- Pedir al mayor que repita las frases que escuchó.

El problema auditivo debe identificarse precozmente, y acudir al otorrinolaringólogo para emplear la ayuda auditiva. Si se espera demasiado para recibir la estimulación sonora a través del audífono o de un implante coclear, la comprensión se afectará, y no se logrará el resultado esperado.

El deterioro cognitivo como consecuencia de la pérdida de visión y audición. Varios estudios sugieren que existe una relación entre la aceleración del deterioro cognitivo y la pérdida de audición y visión. Esta aseveración se fundamenta en la relación del ser humano con el mundo que le rodea, dado que las personas con deficiencias auditivas y oculares reciben menos estímulos del entorno, y por lo tanto las funciones mentales disminuyen.

Un estudio dirigido por el doctor Lin, en el Centro Johns Hopkins para el Envejecimiento y la Salud reveló que las personas que experimentaron pérdida de audición eran más proclives a desarrollar una disminución cognitiva en los seis años subsiguientes. Otro estudio, realizado por Rogers y Langa, concluyó que los ancianos con poca visión tenían 63 por ciento de probabilidades de desarrollar deterioro cognitivo.

Los pacientes deben tener acceso a un equipo interdisciplinario formado por terapeuta ocupacional, logopeda, fisioterapeuta, psicólogo, neuropsicólogo y neurólogo.

Tratamiento

El tratamiento por parte del terapeuta ocupacional, irá dirigido a conseguir la máxima independencia posible de estos pacientes en los aspectos físicos, mentales y sociales para lograr una mejor calidad de vida, facilitando así la autonomía. Por lo tanto, es imprescindible crear un plan de intervención con el objetivo de adquirir y mejorar o mantener habilidades y funciones necesarias.



Las funciones del terapeuta ocupacional son la promoción de la salud, prevenir, mantener, restaurar, compensar, adaptar y dotar de nuevas habilidades dentro de los aspectos físicos, cognitivos, sensoriales y sociales. Evaluar las funciones y estructuras corporales que puedan estar limitadas y que afectan al desempeño ocupacional, orientar a familia y cuidadores en el manejo del paciente y asesorar sobre adaptaciones del entorno y prescripción de productos de apoyo.

Las actividades están orientadas a aspectos cognitivos, destrezas motrices y especialmente al reconocimiento de objetos, orientación y comunicación. Se realizan en grupos muy reducidos.

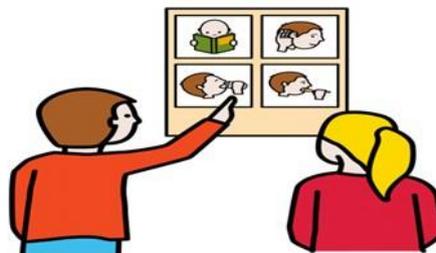
Objetivos

- Objetivo general
 - ✓ Prevenir el aislamiento de usuarios
- Objetivos específicos
 - ✓ Mantener las habilidades motoras y las destrezas manipulativas a través de ejercicios específicos.
 - ✓ Mejorar habilidades cognitivas.
 - ✓ Mejorar habilidades sociales a través de actividades de ocio comunitario.
 - ✓ Mejorar la calidad de vida y autonomía de la persona.
 - ✓ Promover la motivación a través de actividades significativas.

2. Sistema de comunicación aumentativa y alternativa.

Introducción

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son formas de expresión diferentes del lenguaje hablado que tienen como objetivo aumentar el nivel de expresión (aumentativo) y/o compensar (alternativo) las dificultades de comunicación que presentan algunas personas en este área.



La comunicación y el lenguaje son esenciales para todo ser humano, para relacionarse con los demás, para aprender, para disfrutar y para participar en la sociedad y hoy en día, gracias a



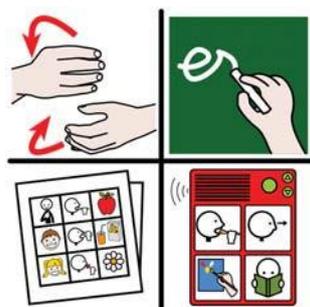
estos sistemas, no deben verse frenados a causa de las dificultades en el lenguaje oral. Por esta razón, todas las personas, ya sean niños, jóvenes, adultos o ancianos, que por cualquier causa no han adquirido o han perdido un nivel de habla suficiente para comunicarse de forma satisfactoria, necesitan usar un SAAC.

Entre las causas que pueden hacer necesario el uso de un SAAC encontramos la parálisis cerebral (PC), la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro autista (TEA), las enfermedades neurológicas tales como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la esclerosis múltiple (EM) o el párkinson, las distrofias musculares, los traumatismos cráneo-encefálicos, las afasias o las pluridiscapacidades de tipologías diversas, entre muchas otras.

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) no son incompatibles sino complementarios a la rehabilitación del habla natural, y además pueden ayudar al éxito de la misma cuando ésta no es posible. No debe pues dudarse en introducirla a edades tempranas, tan pronto como se observan dificultades en el desarrollo del lenguaje oral, o poco después de que cualquier accidente o enfermedad haya provocado su deterioro. No existe ninguna evidencia de que el uso de CAA inhiba o interfiera en el desarrollo o la recuperación del habla.

Recursos

La Comunicación Aumentativa y Alternativa incluye diversos sistemas de símbolos, tanto gráficos (fotografías, dibujos, pictogramas, palabras o letras) como gestuales (mímica, gestos o signos manuales) y, en el caso de los primeros, requiere también el uso de productos de apoyo. Los diversos sistemas de símbolos se adaptan a las necesidades de personas con edades y habilidades motrices, cognitivas y lingüísticas muy dispares.



Los productos de apoyo para la comunicación incluyen recursos tecnológicos, como los comunicadores de habla artificial o los ordenadores personales y tablets con programas especiales, que permiten diferentes formas de acceso adaptadas algunas para personas con movilidad muy reducida, y facilitan también la incorporación de los diferentes sistemas de signos pictográficos y ortográficos, así como diferentes formas de salida incluyendo la salida de voz. También pueden consistir en recursos no tecnológicos, como los tableros y los libros de comunicación.



Para acceder a los ordenadores, comunicadores, tableros o libros de comunicación existen diversas estrategias e instrumentos denominados genéricamente estrategias y productos de apoyo para el acceso, tales como los punteros, los teclados y ratones adaptados o virtuales o los conmutadores.

Sistemas de símbolos

En líneas anteriores hemos dividido los sistemas de símbolos para la CAA en gestuales y gráficos. En ambos casos encontramos una gradación desde sistemas muy sencillos, que se adaptan a personas con déficits cognitivos y lingüísticos de diversa consideración, hasta sistemas complejos que permiten niveles avanzados de lenguaje signado (basado en signos manuales) o asistido (basado en signos gráficos).



En el caso de los símbolos gestuales, esta gradación abarca desde el uso de mímica y gestos de uso común hasta el uso de signos manuales, generalmente en el orden correspondiente al lenguaje hablado; es lo que se denomina lenguaje signado o bimodal. Las lenguas de signos utilizadas por las personas no oyentes no se consideran SAAC, ya que constituyen idiomas que se han desarrollado y se adquieren de forma natural, al igual que ocurre con el lenguaje hablado. El uso de signos manuales requiere disponer de habilidades motrices suficientes, como puede ser el caso de personas con discapacidad intelectual o TEA.



Símbolos gráficos abarcan desde sistemas muy sencillos basados en dibujos o fotografías hasta sistemas progresivamente más complejos como los sistemas pictográficos o la ortografía tradicional (letras, palabras y frases). Gracias a los productos de apoyo para la comunicación y los diversos recursos para el acceso, los sistemas gráficos pueden ser usados por personas con movilidad reducida, incluso en casos de extrema gravedad. Por ello, además de ser usados, como en el caso anterior, por personas con discapacidad intelectual o TEA, los



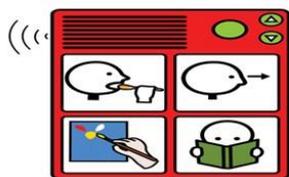
usan también personas con discapacidades motoras (PC, ELA, EM, etc.).

Sistemas pictográficos se aplican a personas que no están alfabetizadas a causa de la edad o la discapacidad. Tienen la ventaja de permitir desde un nivel de comunicación muy básico, que se adapta a personas con niveles cognitivos bajos o en etapas muy iniciales, hasta un nivel de comunicación muy rico y avanzado, aunque nunca tan completo y flexible como el que se puede alcanzar con el uso de la lengua escrita. Los sistemas pictográficos más usados en los diversos territorios del estado español son el sistema SPC (Sistema Pictográfico de Comunicación) y el sistema ARASAAC, desarrollado por este propio Portal Aragonés de CAA y que es de libre disposición con licencia Creative Commons.

Productos de apoyo para la comunicación



Podemos dividir los productos de apoyo para la comunicación en básicos y tecnológicos. Los tableros de comunicación son productos de apoyo básicos que consisten en superficies de materiales diversos en las que se disponen los símbolos gráficos para la comunicación (fotografías, pictogramas, letras, palabras y/o frases) que la persona indicará para comunicarse. Cuando los símbolos se distribuyen en varias páginas hablamos de libros de comunicación.



Entre los productos tecnológicos encontramos los comunicadores electrónicos especialmente diseñados para tal fin y los ordenadores portátiles o las tablets con programas especiales que los convierten en comunicadores. Los comunicadores electrónicos dedicados o emulados en ordenadores se personalizan con los símbolos gráficos que requiere cada persona y se caracterizan por ser portátiles y adaptarse a las formas de acceso apropiadas para cada persona (teclados, ratones, conmutadores, etc.). Disponen de una salida para los mensajes en forma de habla digitalizada o sintetizada, así como también, a menudo, de otras salidas como pantalla, papel impreso o incluso funciones de control del entorno. Por ejemplo, en el sitio web www.utac.cat se pueden encontrar diversas versiones de un vocabulario pictográfico organizado (CACE-UTAC), elaborado con distintos programas de comunicación, y preparado para ser personalizado y usado directamente en ordenadores personales (que quedan así convertidos en comunicadores), así como para ser impreso y construir libros de comunicación.



Los productos de apoyo para la comunicación

Para indicar los símbolos gráficos en los comunicadores, tableros y libros de comunicación existen cinco estrategias fundamentales, a saber:

- Selección directa: consiste en señalar o pulsar las teclas directamente, con el dedo, con la mirada o con otras partes del cuerpo, para indicar los pictogramas, palabras o letras que se quieren comunicar. Los punteros de distinto tipo son ejemplos de productos de apoyo que puede facilitar la selección o acceso directo.
- Selección con ratón: solamente para productos electrónicos, consiste en acceder con un ratón a teclados o cuadrículas con símbolos para la comunicación en pantalla. Se puede usar una gran variedad de ratones adaptados, en forma de joystick, trackball, así como el ratón facial (controlado con movimientos de la cabeza), el ratón controlado con la mirada o el multimouse, consistente en cinco teclas o conmutadores.
- Exploración o barrido dependiente: solamente en tableros o libros, consiste en que el interlocutor vaya señalando, uno en uno o por grupos, filas y columnas, los símbolos o letras a comunicar, hasta que el hablante asistido indique con un gesto que se ha dado con el que quería comunicar.
- Exploración o barrido independiente: solamente para productos electrónicos, en este caso es el comunicador u ordenador el que presenta las diferentes opciones a comunicar hasta que el hablante asistido selecciona la que le conviene pulsando un conmutador. Existen muchos tipos de conmutadores que se pueden activar con diferentes partes del cuerpo.
- Selección codificada: en este caso cada símbolo o letra tiene un código, por ejemplo un número de dos o tres cifras o un color y un número, de manera que el hablante asistido indica de forma directa o por barrido este código para transmitir el símbolo o letra. De esta forma con pocas teclas o casillas puede acceder a un gran número de símbolos.

Gracias a las diferentes estrategias y productos de apoyo para el acceso, por muy restringida que se encuentre la movilidad de una persona, casi siempre es posible encontrar una solución para que pueda acceder a la comunicación, así como a otras actividades, tales como la movilidad asistida, el control del entorno o el acceso al ordenador para la escritura, el dibujo, el juego o la comunicación a través de la red.

La habilitación y la enseñanza deben dirigirse tanto a la persona como a su entorno, incluyendo todos los contextos en los que participa o desea participar, así como todas las personas significativas de estos contextos, incluyendo profesionales y, sobre todo, familiares, compañeros y amigos. Esta enseñanza debe llevarse a cabo en entornos educativos y terapéuticos pero también en entornos naturales, en un enfoque de 24 horas que garantice que la persona se verá inmersa en un buen ambiente de lenguaje, rodeada de



interlocutores sensibles y competentes, e implicada en actividades interesantes y enriquecedoras.

Programas de estimulación cognitiva y psicomotricidad

3.1. Actividades para personas con pérdidas sensoriales: Auditiva

Realizar actividades de entretenimiento no sólo evitará que la persona se sienta sola o se aburra, sino que también mejorará su estado de salud físico y mental, ayudando a prevenir enfermedades relacionadas con el deterioro cognitivo.

Además, realizar estas actividades con familiares o amigos hará que se sientan acompañados, alejando de ellos el sentimiento de soledad o vacío. Entre las actividades de ocio y estimulación cognitiva más recomendadas son las siguientes:

- Pasatiempos

Los crucigramas y los sudokus son un pasatiempo ideal para realizar en solitario. Además de ser una actividad muy entretenida, aportan numerosos beneficios para la mente, ya que previenen la demencia y refuerzan la concentración y la atención.

- Puzzles

Los rompecabezas son una herramienta ideal para las personas mayores porque se pueden realizar tanto de manera individual como en grupo, reducen el estrés, ayudan a estimular las funciones cognitivas y refuerzan sus capacidades de atención y memoria.

- Juegos de memoria

Los juegos de memoria, como bien indica su nombre, también refuerzan sus capacidades de atención y memoria y ayudan a estimular las funciones cognitivas.

- Juegos de mesa

Los juegos aportan beneficios muy necesarios para los mayores ya que activan la mente, estimulan la agilidad mental, fomentan las relaciones sociales y mejoran el estado de ánimo.

Los juegos más comunes entre la tercera edad son las cartas y el dominó; sin embargo, existe otra multitud de juegos de mesa que pueden resultar muy divertidos y estimulantes.

Leer libros, revistas, periódicos...

Puede parecer una obviedad, pero a veces olvidamos que la lectura es una de las mejores actividades para las personas de cualquier edad y que recomiendan psicólogos y neurólogos por su capacidad para mantener la mente activa, proteger y estimular el bienestar mental y prevenir la aparición de enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer.



Además, la lectura expande el conocimiento, incrementa la imaginación, reduce la sensación de soledad, contribuye a la comprensión y a la empatía, promueve la concentración, refuerza la memoria y ayuda a conciliar el sueño.

- Manualidades

A través de las manualidades se puede mejorar la capacidad motriz, sensorial y mental de los mayores. Además, incrementan la creatividad y la paciencia. Algunos ejemplos de estas actividades son: papiroflexia, pintar mandalas, cerámica, plastilina....

- Taller de lengua de signos

A través de estas clases podrán aprender a comunicarse con signos pero también tendrán la oportunidad de conocer gente y relacionarse para fomentar las habilidades sociales y evitar el sentimiento de soledad.

- Asistir a eventos culturales

Ir al cine a ver una película subtitulada, acudir a una exposición de fotografías o visitar un museo puede ser una actividad muy entretenida.

- Actividad física

Mantenerse activo físicamente es uno de los hábitos más saludables que existen para las personas de la tercera edad, puesto que, además de servir como un buen entretenimiento, mejora la calidad de vida de quienes practican ejercicio.

Cualquier deporte (adaptado a las limitaciones de cada uno y sin forzar al organismo) ayuda a preservar sus capacidades motrices en buen estado por más tiempo, además del impacto positivo en la salud mental que conlleva la actividad física.

3.2. Actividades concretas para personas con pérdida visual

- Crear un tablero sensorial con texturas que pueda identificar, como por ejemplo hierba, estropajo, plumas suaves, etc.
- Hacerle oler diferentes aromas que le sean familiares: comida, jabón, especias, etc. Y si es posible, relacionarlo con el gusto.
- Ofrecerle objetos y que tenga que descubrir lo que es mediante el tacto. Explicarle o que él mismo explique para qué sirven.
- Pedirle que repita palabras o frases.
- Aprender ritmos y movimientos sencillos de baile: levantar una mano o mover un pie en momentos concretos de la canción. Acompañarle el movimiento todas las veces que sea necesario.
- Ponerle películas que haya visto varias veces para que reconozca las voces.
- Ir a conciertos o escuchar música clásica.
- Memory sensorial o auditivo, es decir, utilizar diferentes texturas o elementos sonoros para buscar la pareja.
- Experimentar sensaciones de frío, calor, presión con compresas



frías, mantas térmicas, masajes, etc.

- Actividad de motricidad final.

Taller estimulación sensorial

El objetivo principal es favorecer una sensación de bienestar a través de la estimulación multisensorial, proporcionando a los diversos sentidos una experiencia rica y variada en la que toman parte sonidos, elementos visuales, como colores y luces, olores y experiencias táctiles.

A través de la implementación de unos buenos ejercicios de actividad sensorial, se puede experimentar de manera controlada una estimulación suave de los sentidos (vista, oído, gusto, olfato y movimiento). Los niveles de la estimulación dependen de las características del individuo.

Estas actividades se suelen llevar a cabo en salas y entornos multisensoriales, que son lugares habilitados con los recursos necesarios para estimular los sentidos a los pacientes mayores con deterioro cognitivo.

Las técnicas sensoriales funcionan bien como soporte de tratamientos médicos, ayudando a que la persona logre mejorar sus procesos cognitivos y su calidad de vida.

Es importante adaptar cada terapia sensorial al paciente en cuestión. Esto dependerá del avance en el que se encuentre la enfermedad que padezca la persona.

Actividades de estimulación sensorial

Son numerosas las actividades que se pueden realizar dependiendo del sentido que queremos estimular o del individuo en cuestión.

Estos son algunos ejemplos de posibles actividades llevadas a cabo:

- Tacto. Podemos estimular el sentido del tacto pasando objetos por el brazo del paciente de diferente grosor, para que nos indique si se trata de una textura suave, áspera, líquida, etc. También es muy eficaz la plastilina para realizar figuras o formas.
- Olfato. En este caso, se puede utilizar la técnica de la aromaterapia antes mencionada. Con la estimulación olfativa de distintas sustancias, se produce una liberación de endorfinas, provocando un estado de calma y relajación en el paciente.
- Gusto. Daremos distintos sabores a los pacientes para que

intenten adivinar cada uno de ellos. Para estimular el sentido del gusto, podemos utilizar alimentos con diferentes texturas y sabores como los frutos secos, productos lácteos, productos agrios o dulces.

- Visual. Realizamos juegos de mesa o juegos en equipo para activar la capacidad afectiva con otros pacientes mientras se mejora la capacidad visual.
- Estimulación auditiva. Reproduciremos diferentes canciones o sonidos característicos para que los pacientes reconozcan su origen.



Programas de Psicomotricidad en personas con pérdida sensorial.

Debemos tener en cuenta que el sistema auditivo y el sistema vestibular, el encargado de la coordinación y el equilibrio, se encuentran en el mismo lugar: el oído. Es por este motivo que al fallar uno, es muy probable que empiece a fallar el otro.

Postura

Para mejorar la estabilidad postural y el control del equilibrio, se pueden realizar ejercicios de compensación sensorial adaptativa, donde se involucran el sistema visual y vestibular para compensar los fallos del sistema auditivo.

Equilibrio

Cuando se realizan actividades que requieran equilibrio, o haya riesgos de caídas, es normal que las personas con hipoacusia utilicen su visión como medio de retroalimentación. Sin embargo, el uso de audífonos, la rehabilitación vestibular y el ejercicio físico pueden mejorar estos problemas.

Coordinación

Otras de las consecuencias de la pérdida auditiva son los problemas y retrasos en la percepción del movimiento, el aprendizaje de la secuencia motora y en la función motora fina. Así, las personas con pérdida auditiva tienen tiempos de reacción más altos.

Ligado a la coordinación, el déficit en las habilidades motoras perceptivas se traduce en un déficit en la coordinación visomotora, espacial y temporal.

Habilidades espaciales

A pesar de compensar el déficit auditivo con el uso de la visión, así como la memoria de localización y una mayor orientación visual y táctil, los pacientes hipoacúsicos pueden tener problemas para codificar la posición de un objeto en relación con otro.

Este déficit también ocasiona problemas en la organización espacial en el cerebro, llevando a un pobre desempeño en las tareas espaciales no lingüísticas.

Habilidades temporales

Por otro lado, los pacientes hipoacúsicos tienen una baja capacidad para utilizar señales temporales finas que les permitan reconocer las pistas del lenguaje a partir del rubito ambiental variable, comprometiendo así el procesamiento temporal de las señales táctiles y propioceptivas.



Rehabilitación vestibular para la psicomotricidad

Así como existe la rehabilitación auditiva para ayudar al paciente a escuchar de nuevo, este puede mejorar su estabilidad y coordinación psicomotora a través de la rehabilitación vestibular.

Durante la terapia, se implementan mecanismos de adaptación o de sustitución para mejorar la plasticidad del sistema nervioso central con el fin de mejorar la psicomotricidad.

Aunque es un conjunto amplio en cuanto a técnicas y ejercicios, la rehabilitación vestibular consta de cuatro pilares fundamentales.

Rehabilitación del Reflejo Vestíbulo Ocular (RVO)

Este tipo de reflejo es el que permite que los ojos corrijan su posición en la órbita para compensar los movimientos realizados por el cráneo. Permite que podamos tener una imagen clara aun cuando nos movemos, en lugar de ver borroso. Si el RVO falla, habría dificultad para leer o para fijar imágenes al caminar.

Reeducación del equilibrio estático y dinámico

Consiste en diseñar ejercicios estáticos o dinámicos que estimulan el sistema vestibular y auditivo.

Ejercicios de habituación

Si el paciente presenta vértigo, algo muy común en personas con hipoacusia, deberá habituarse a aquellas posiciones en las que lo experimenta.

Ejercicios de mantenimiento

El paciente debe recuperar poco a poco su vida cotidiana. El ejercicio físico, como caminar o montar en bicicleta, le ayudará a activar sus reflejos vestíbulo-oculares y vestíbulo-espinales.



TEMA 16. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

1.1 El trabajo y la salud

En el conjunto de actividades que el operario realiza en su trabajo, transforma o interfiere en el medio ambiente en el cuál se encuentra inmerso y al mismo tiempo satisface una serie de necesidades que pretende cubrir (Económicas, Sociales, Profesionales, etc.). Si el trabajo no se lleva a cabo en buenas condiciones de seguridad, la salud puede verse afectada negativamente.

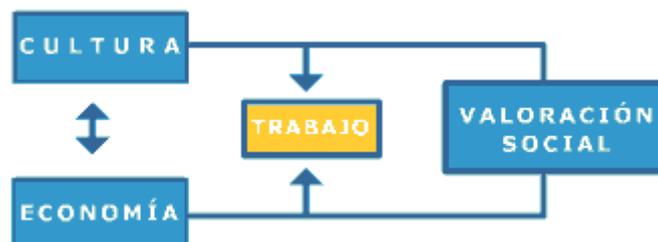
A lo largo de la Historia ha ido evolucionando de forma clara el modo de trabajar y de entender los procesos productivos, como consecuencia de dos razones fundamentales: la tecnificación y la organización.

La **tecnificación** hace referencia a la introducción de nuevas tecnologías (máquinas herramientas, etc.) en los procedimientos de trabajo, las cuales al mismo tiempo, pueden generar nuevos riesgos.

La **organización** hace referencia a las distintas tareas que lo integran y su asignación a los trabajadores, como horarios, jornadas, ritmos de trabajo, trabajo a turnos o nocturnos, etc.

Las interacciones entre el trabajo y su medio ambiente, las condiciones en que se realiza, su organización, por una parte; y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, pueden influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo.

El trabajo tiene una valoración social que depende de la situación económica y cultural de cada momento.



- **Realización:** Posibilidad de desarrollo humano.
- **Ocio:** Es un medio por el que se pueden satisfacer otras necesidades.
- **Necesidad:** Trabajar para poder sobrevivir.

El Trabajo

Puede entenderse como aquel proceso que llevado a cabo por el hombre, con o sin el auxilio de herramientas, máquinas y otros útiles y sustancias, demanda de este un esfuerzo físico o intelectual y que, como consecuencia de su desarrollo, puede causarle alteraciones en su salud.

El progreso Tecnológico y Social nos ha mejorado notablemente la calidad de vida en general, y también las condiciones en que se realiza el trabajo eliminando o reduciendo muchos de los



problemas antes existentes. No obstante, siguen manteniéndose numerosos de ellos y otros que han aparecido nuevos que es preciso Identificar, Evaluar y Controlar.

Con la tecnificación se consigue aumentar el rendimiento o la fuerza de las personas, fuerza que cuando no está adecuadamente controlada puede volverse contra ellas, amenazando su integridad física y pudiendo causarles accidentes o enfermedades. De la misma forma, una inadecuada organización del trabajo puede generar más riesgos para la salud y/o potenciar los ya existentes.

La Salud

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de daño o enfermedad”

Es importante resaltar la triple dimensión de la salud física, mental y social, y la importancia de lograr que estén en equilibrio en cada persona.

Relación entre el Trabajo y la Salud

Las actividades que el operario lleva a cabo al realizar su actividad transforman el medio ambiente que le rodea y, como consecuencia, éste se expone a una serie de riesgos derivados del trabajo, los cuales pueden actuar o influir sobre su salud.

El trabajo puede afectar a la salud de diversas formas, bien porque existan factores de riesgo que pueden interferirle negativamente, (por ejemplo: la exposición a un ruido excesivo por encima de los límites permitidos), o bien porque el propio trabajo produzca un desgaste físico o psíquico en cuyo caso incrementaría la probabilidad de desarrollar determinadas patologías o enfermedades, (por ejemplo: carga de trabajo física excesiva, carga de trabajo mentalmente agotadora, etc.), las cuales pueden potenciar el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, infarto, etc.).

No obstante el grado de bienestar físico, psíquico y social, en muchos casos sólo se consigue trabajando, fundamentalmente si éste se realiza en buenas condiciones de seguridad, ya que a través de la actividad laboral se van a satisfacer una serie de necesidades económicas, sociales y profesionales; por lo tanto ante la pérdida del trabajo o de la capacidad para trabajar la salud puede quedar mermada.

Cualquier empresa debe realizar su actividad en un marco sumamente competitivo, en cuyo caso se sienten obligadas a una adaptación continua de su sistema productivo, con el objetivo de lograr su supervivencia.

Actualmente cuando hablamos de **Calidad** nos referimos a las cualidades de un producto o a la actitud en el servicio o proceso para cubrir las necesidades de los usuarios, y al mismo tiempo cuando hablamos de **Calidad total** nos referimos al establecimiento de procedimientos de mejora continua.

Existe una estrecha relación de la salud con todos estos aspectos, ya que cuando en una empresa cambian los procedimientos técnicos u organizativos de trabajo, los materiales, etc. al mismo tiempo pueden verse alteradas las condiciones de seguridad y salud.

Estos cambios efectuados en los distintos procedimientos de trabajo, van dirigidos en gran medida al aumento de la producción de la empresa y también, a veces, a la mejora de las condiciones de



trabajo.

Sin embargo, en algunos casos, estas modificaciones pueden directa o indirectamente, perjudicar la salud de los trabajadores.

Una de las principales exigencias de la calidad y la competitividad es el control del proceso productivo. Por ello, es preciso conocer los elementos que de forma positiva o negativa pueden influir en el trabajo y, al mismo tiempo, en la salud del trabajador encargado del mismo. Los elementos que pueden influir negativamente en el trabajo y en la salud del trabajador son los denominados **Riesgos Laborales**.

1.2 Los Riesgos Profesionales

Riesgo Laboral

Según lo establecido en el art. 4.2 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre (Ley de Prevención de Riesgos Laborales), se entenderá como "Riesgo Laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.

Para evaluar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

Riesgo Laboral Grave e Inminente

Según lo establecido en el **art. 4.4** de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre (Ley de Prevención de Riesgos Laborales), se entenderá como "Riesgo Laboral Grave e Inminente" aquél que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.

El **art. 21** de la citada Ley de Prevención de Riesgos Laborales también hace mención a este tipo de riesgo, es decir, al Riesgo Grave e Inminente y establece al respecto, una serie de obligaciones para el empresario:

- Deberá informar lo antes posible a todos los trabajadores afectados a cerca de la existencia de dicho riesgo, y de las medidas adoptadas o que deban adoptarse en materia de protección.
- Adoptar las medidas necesarias para que, en caso de peligro grave, inminente e inevitable los trabajadores puedan interrumpir su actividad y, en caso necesario, abandonar de inmediato el lugar de trabajo.
- Conseguir que los trabajadores reúnan los conocimientos y dispongan de los medios técnicos necesarios, para que, en caso de que no puedan ponerse en contacto con su superior jerárquico, ante una situación de peligro grave e inminente para su seguridad, puedan adoptar las medidas necesarias para evitar las consecuencias de dicho peligro grave.

La ley 31/1995 de 8 de noviembre (LPRL) en su **art. 15** define los "principios generales de la acción preventiva". Estos son los siguientes:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.



- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de las técnicas.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores sociales en el trabajo
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

En las empresa y en aplicación a los principios de la acción preventiva, ante la posibilidad de cualquier peligro para la salud, inicialmente habría que evitar los riesgos en la misma, y posteriormente proceder a evaluar los que no se hayan podido evitar, para lo cual elaboraremos la evaluación de riesgos, realizándola con carácter general, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad. En la elaboración de la evaluación de riesgos laborales se tendrá en cuenta la elección de los equipos de trabajo, la protección colectiva, los equipos de protección individual, sustancias o preparados químicos utilizados, etc. El siguiente paso a dar será combatir los riesgos en su origen y, así se irán aplicando todos y cada uno de los principios de la acción preventiva del **art. 15 de la LPRL**.

En cualquier trabajo, existen factores de riesgo que pueden afectar a la salud de una u otra forma, tales como, agentes mecánicos, físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales e incluso morales.

En el desarrollo de una actividad preventiva adecuada, habrá que analizar y evaluar todos estos factores de riesgo, mediante la realización de las técnicas necesarias, con el fin de determinar sus efectos sobre la salud tanto positiva como negativa. Los efectos negativos son las consecuencias de los riesgos laborales, los cuales hay que evitar o disminuir en la medida de lo posible Como efectos positivos que conviene promover y potenciar, podemos citar, entre otros, las posibilidades de desarrollo profesional, personal y social del trabajador, etc.



Las consecuencias de los riesgos laborales existentes en los centros de trabajo son los Accidentes del trabajo y las Enfermedades profesionales.

La salud puede deteriorarse de diversas formas y todas ellas deben ser tenidas en cuenta. En ocasiones evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales no es suficiente, ya que además, pueden producirse otros daños para la salud como consecuencia de la fatiga física o la fatiga mental.

1.3. Factores de Riesgo Laboral

Concepto de Condición de Trabajo

Se entenderá como Condición de Trabajo cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador.

Concepto de Factor de Riesgo Laboral

Se entienden como Factor de Riesgo Laboral aquel presente en una situación de trabajo, que puede llegar a dar lugar a la aparición de patologías y siniestros.

Una vez definidos ambos conceptos, podemos clasificar los factores de riesgo laboral en los siguientes grupos:

1. Factores o condiciones de riesgo.

Se incluyen en este grupo las condiciones materiales que influyen sobre la accidentabilidad: pasillos y superficies de tránsito, aparatos y equipos de elevación, vehículos de transporte, máquinas, herramientas, espacios de trabajo, instalaciones eléctricas, etc.

Del estudio y conocimiento de los citados factores de riesgo se encarga la "seguridad del trabajo", técnica de prevención de los accidentes de trabajo.

Factores de riesgo derivados de las condiciones de trabajo.

- **Estructurales**
 - Pasillos y superficies de tránsito.
 - Espacios de trabajo.
 - Escaleras.
 - Instalación eléctrica.
 - Instalación de gases, etc.

- **Manejo de los equipos de trabajo**
 - Elementos fijos o móviles de la maquinaria.
 - Roturas.
 - Herramientas.
 - Manejo de vehículos, etc.



2. Factores de origen físico, químico y biológico

Del estudio y conocimiento de los citados factores de riesgo se encarga la "higiene del trabajo", técnica de prevención de las enfermedades profesionales.

Factores de riesgo derivados de las condiciones medioambientales.

- **Agentes físicos**
 - Ruido.
 - Vibraciones.
 - Temperatura.
 - Humedad.
 - Velocidad del aire.
 - Radiaciones, etc.

- **Agentes químicos**
 - *Contaminantes:* corrosivos, irritantes, cancerígenos, sensibilizantes, sistémicos, etc.
 - *Sustancias y preparados peligrosos:* benceno, plomo, amianto, cloruro de vinilo.

- **Agentes biológicos**
 - Bacterias.
 - Virus.
 - Hongos.
 - Parásitos, etc.

3. Factores derivados de las características del trabajo.

Se incluyen las exigencias que la tarea impone al individuo que las realiza (esfuerzos, manipulación de cargas, etc.), asociadas a cada tipo de actividad y determinantes de la carga de trabajo, tanto física como mental, pudiendo dar lugar a la fatiga.

Del estudio y conocimiento de los citados factores de riesgo se encarga la "ergonomía", ciencia o técnica de carácter multidisciplinar que estudia la adaptación de las condiciones de trabajo al hombre.

Factores de riesgo derivados de las características del trabajo.

- **Carga de trabajo**
 - *Física:* postura de trabajo, manipulación de cargas, esfuerzo físico.
 - *Mental:* exigencias del trabajo, motivación, etc.

- **Factores psicosociales**
 - Condiciones de empleo.
 - Tipo de contrato.
 - Retribución.
 - Clima sociolaboral.



- Relaciones jerárquicas en la empresa.
- Mandos intermedios.
- Ascensos.
- Conflictividad social.
- Sindicación, etc.

4. Factores derivados de la organización del trabajo.

Se incluyen los factores originados por las tareas que lo integran y su asignación a los trabajadores, horarios, velocidad de ejecución, relaciones jerárquicas, etc. Considerando:

- Factores de organización temporal. (Jornada y ritmo de trabajo a turnos, trabajo nocturno, etc.).
- Factores dependientes de la tarea. (Automatización, comunicación y relaciones, status, posibilidad de promoción, complejidad, monotonía, minuciosidad, identificación con la tarea, iniciativa, etc.).

Pueden originar problemas de insatisfacción, estrés, etc., de cuyo estudio se encarga la psicología.

Factores de riesgo derivados de la organización del trabajo.

- Trabajo nocturno.
- Trabajo a turnos.
- Trabajo con incentivos.
- Trabajo monótono y repetitivo, etc.

5. Factores humanos.

Los factores humanos son aquellos que provoca el hombre por un mal desarrollo de su trabajo, consciente o inconscientemente. Abarcan todas las actitudes y comportamientos peligrosos.

Factores de riesgo derivados de las características del trabajador.

- **Características personales**
 - Edad.
 - Estado de salud.
 - Aspectos fisiológicos.
 - Nivel de formación y estudios.
 - Experiencia profesional, etc.
- **Actuaciones peligrosas y prácticas inseguras**
 - Negligencia.
 - Imprudencia.

1.4. Incidencia de los factores de riesgo sobre la salud

Pasaremos a exponer brevemente las incidencias que sobre la salud del trabajador ejercen los



diferentes factores de riesgo estudiados.

Consecuencias derivadas de las condiciones de riesgo.

Los factores de riesgo señalados pueden dar lugar a diferentes tipos de accidentes de trabajo como consecuencia de:

- Lesiones originadas al trabajador por elementos móviles de las máquinas (golpes, cortes, atrapamientos), materiales desprendidos (pieza que se mecaniza o elementos de la máquina), etc.
- Lesiones originadas por herramientas manuales o mecánicas (golpes y cortes), lesiones oculares, esguinces, etc.
- Lesiones originadas por golpes con objetos, máquinas o materiales, etc.
- Lesiones originadas por aplastamiento, caída de o desde aparatos elevadores vuelco de vehículos, etc.
- Quemaduras, asfixia por paro respiratorio, tetanización o fibrilación ventricular, consecuencias de contactos con la corriente eléctrica.



Consecuencias derivadas de las condiciones medioambientales.

- **Factores de origen físico**

Estos pueden dar lugar a diferentes tipos de Enfermedades profesionales e incluso Accidentes como consecuencia de:



- Permanencia del trabajador durante prolongados períodos de tiempo a niveles de presión sonora excesivos (sordera profesional). Pueden dar lugar a otras repercusiones fisiológicas (aumento del ritmo cardíaco, aceleración del ritmo respiratorio, reducción de la actividad cerebral, etc.).
- Permanencia del trabajador durante largos períodos de tiempo a elevadas temperaturas (deshidratación, golpe de calor, etc.).
- Exposición a radiaciones ionizantes (quemaduras, hemorragias, cánceres, etc.) o radiaciones no ionizantes (cataratas, conjuntivitis, inflamación de la córnea, etc.).

- **Factores de origen químico o biológico**

Los factores ambientales de **origen químico** pueden dar lugar a diferentes tipos de enfermedades profesionales como consecuencia de la exposición del trabajador a contaminantes tóxicos, los cuales pueden producir diferentes efectos.

- Corrosivos (destruyen los tejidos sobre los que actúa).
- Irritantes (irritan la piel o las mucosas en contacto con el tóxico).
- Neumoconióticos (producen alteración pulmonar por partículas sólidas o polvos).
- Asfixiantes (producen desplazamiento del oxígeno del aire).
- Anestésicos y narcóticos (producen depresión en el sistema nervioso central).



- Cancerígenos, mutágenos y teratógenos (pueden producir cáncer, modificaciones hereditarias y malformaciones del feto, etc.).
- Sistémicos (producen alteraciones en determinados sistemas como el hígado, riñones, etc.).

Los factores ambientales de **origen biológico** pueden dar lugar a diferentes tipos de enfermedades profesionales como consecuencia de exposición a contaminantes biológicos.

- Bacterias (tétanos, brucelosis, tuberculosis, etc.).
- Parásitos (paludismo, toxoplasmosis, etc.).
- Virus (hepatitis, rabia, etc.).
- Hongos (pie de atleta.)

Consecuencias derivadas de la carga de trabajo.

La carga de trabajo puede dar lugar a accidentes y/o fatiga física o mental. Manifestada esta última por los síntomas de irritabilidad, falta de energía y voluntad para trabajar, depresión, etc., acompañada frecuentemente de dolores de cabeza, mareos, insomnios, problemas digestivos, etc.

Consecuencias derivadas de la organización del trabajo.

Los factores de organización pueden dar lugar a una serie de efectos para la salud como fatiga, insatisfacción, estrés, etc. Algunas consecuencias concretas son:

- Insomnio, fatiga, trastornos digestivos y cardiovasculares, problemas psicológicos, etc. Motivados por el tipo de jornada laboral (a turnos, nocturno, etc.).

Consecuencias derivadas del factor humano.

Una consecuencia concreta es:

- Fatiga mental, originada como consecuencia de la automatización, la falta de comunicación, la introducción de nuevas tecnologías o nuevas formas de organización del trabajo, o la falta de adaptación del trabajador, etc.

1.5. Daños derivados del trabajo

Según lo establecido en el art. 4.3 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre (Ley de Prevención de Riesgos Laborales), se considerarán como “Daños derivados del trabajo” las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

En cualquier empresa y debido a la diversidad de situaciones de riesgo presentes en la misma, éstas pueden materializarse en daños a las personas, es decir, en accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, fatiga, insatisfacción e incluso pérdidas económicas y daños a los bienes materiales sin llegar a afectar a la salud de los operarios, es decir, incidentes. Ambas consecuencias deben ser tenidas en cuenta. Estas producen una serie de costes humanos (dolor, sufrimiento físico, pensiones, deterioro de los equipos...), costes para la empresa (presiones sociales, pérdida de recursos humanos...), y costes para la sociedad (pérdida de la realización profesional del trabajador y como miembro de la sociedad...).

Las condiciones de trabajo pueden influir positivamente y negativamente sobre la salud del



trabajador. Cuando las condiciones de trabajo inciden negativamente sobre la salud, dan origen a los llamados “daños derivados del trabajo”.

No debemos olvidar que el objeto de las medidas de seguridad y, por tanto, de la prevención, es evitar el accidente de trabajo y el origen de una enfermedad profesional.

No debemos olvidar que el objeto de las medidas de seguridad y, por tanto, de la prevención, es evitar el accidente de trabajo y el origen de una enfermedad profesional.

1.6. Accidentes de trabajo

Desde el punto de vista **legal** se definen como *"toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena"*. (art.115 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social).

De la definición sacamos las siguientes conclusiones:

- La prestación de servicios por parte de un trabajador debe de efectuarse por cuenta ajena y bajo la organización y dirección del empresario. En la definición legal de accidente de trabajo, sólo se incluye a los trabajadores por cuenta ajena, entendiéndose por tales los que ceden los frutos de su trabajo a otra persona distinta, en este caso, el empresario, a cambio de percibir una prestación económica. El accidente se generará pues en el ámbito y relación empresa trabajador. Es necesario que se produzca una lesión corporal, es decir, un daño en la persona del trabajador producido por un agente lesivo.
- Es exigible que exista una relación causa-efecto entre el agente causante de la lesión y el daño causado, es decir, que el daño o lesión producida sea con ocasión o por consecuencia del trabajo realizado. Por ejemplo, que el daño producido tenga su origen en la utilización de la herramienta u objeto que el trabajador se encontraba manipulando, siendo la causa determinante de la lesión sufrida.
- Desde esta perspectiva legal, se puede diferenciar entre:
 1. **Accidente con baja:** El que sufre el trabajador impidiéndole acudir al trabajo por tiempo superior a un día.
 2. **Accidente sin baja:** El que, aún produciendo lesiones, una vez atendidas éstas, no impiden al trabajador reincorporarse al trabajo en la misma jornada

Dentro de la definición legal, se consideran así mismos accidentes de trabajo:

- Los llamados "**accidentes in itinere**", es decir, los que sufre el trabajador durante el trayecto habitual entre su lugar de residencia y el centro de trabajo y a la inversa.
- Los que sufra el trabajador como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar donde se ejerciten dichas funciones sindicales.
- Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de la realización de tareas distintas a las de su categoría profesional, que ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o, espontáneamente, en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo y que no se encuentre tipificadas en el cuadro de enfermedades profesionales (RD 1995/1978).



- Las enfermedades o defectos padecidos anteriormente por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- La modificación de las consecuencias del accidente tanto en su naturaleza, como en su gravedad, duración o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se situó el paciente para su curación.
- Podemos hacer mención a la presunción legal existente, salvo prueba en contrario, que las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo son constitutivas de accidente de trabajo.

No tienen la consideración de accidentes de trabajo:

- Los debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, es decir, que no guarde ningún tipo de relación con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. Los fenómenos naturales (inundación, rayo, insolación, etc.) no son considerados fuerza mayor.
- Los que sean debidos a dolo (engaño, fraude) o imprudencia temeraria del trabajador accidentando.

Es importante subrayar que la labor de prevención no se centra sólo en los accidentes, sino que engloba también los denominados **incidentes**, definidos como aquellos sucesos que no causan una lesión directa en el trabajador, pero dificultan el normal comportamiento del trabajador y, además, pueden ser las causas de un accidente futuro (defectos en la producción, averías, etc.). En la práctica, a este tipo de situaciones se les ha dado el nombre de **accidentes blancos**.

Consecuencias del accidente de trabajo:

El accidente de trabajo puede originar diversos tipos de pérdidas, las cuales pueden clasificarse en dos grupos:

- **Pérdidas materiales:** Son pérdidas de tiempo, retrasos y demoras en el proceso productivo, así como el deterioro de maquinaria, equipos de trabajo, instalaciones, equipos de protección individual, etc.
- **Pérdidas personales:** Hace referencia a los efectos negativos que se producen en la persona del trabajador, es decir, desde los efectos directos sobre la salud (lesiones), hasta los efectos derivados (pérdida o disminución de salario, disminución de rendimiento, disminución de la capacidad profesional, etc.).

Los daños producidos en la salud del trabajador, pueden dar lugar a diferentes tipos de incapacidad, con el consiguiente derecho a las prestaciones correspondientes de la seguridad social, tales como:

- **Incapacidad temporal.**
- **Incapacidad permanente parcial.**
- **Incapacidad permanente total para la profesión habitual.**
- **Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.**
- **Gran invalidez.**



En caso de que el daño en la salud resultase ser la **muerte del trabajador**, sus familiares tendrán derecho a las prestaciones de viudedad, orfandad y a favor de familiares que en su caso procedan.

Para concluir, sobre los accidentes de trabajo, decir que éstos tienen causas naturales y explicativas, y si no las descubrimos y controlamos, volverán a producirse.

Desde el punto de vista **técnico preventivo**, se define al accidente de trabajo como el resultado de una alteración brusca e imprevista de la continuidad en la realización de las tareas por parte del o de los operarios, que puede provocar lesiones inmediatas a las personas y otro tipo de daños, a los materiales o a los procesos laborales. En atención a sus resultados, distinguimos los siguientes tipos de accidentes de trabajo:

- **Accidentes sin pérdidas (accidentes blancos).**
- **Accidentes con daños (sólo afectan a bienes).**
- **Accidentes con lesiones.**

1.7. Enfermedades profesionales

Desde el punto de vista **legal** y según lo establecido en el art. 116 de la Ley general de la Seguridad Social, se entiende por Enfermedad profesional la contraída como consecuencia del trabajo por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en el RD 1995/1978, y que sea provocada como consecuencia de las sustancias que en el cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

De esta definición, sacamos las siguientes conclusiones:

- Vuelve a tener relevancia la situación de ajenidad o relación laboral preexistente.
- Debe encontrarse, tipificada en el cuadro de Enfermedades profesionales que se recoge en tal reglamento nacido en el año 1978 (RD 1995/1978).
- Las enfermedades se definirán principalmente por sus características etiológicas, o lo que es lo mismo, por la causa profesional que las provoca. En la mayoría de las ocasiones, estas causas actúan lentamente y de manera gradual; son un riesgo que conocemos con antelación y que podemos prevenir, salvo que trabajemos con materiales experimentales.

Las Enfermedades profesionales se agrupan en:

- **Enfermedades producidas por agentes químicos:** Estas sustancias pueden ser plomo, mercurio, cadmio, manganeso, cromo, níquel, berilio, talio, vanadio, fósforo, arsénico, cloro, bromo, yodo, flúor y los compuestos de todas ellas. Las actividades que dan origen a estas enfermedades son principalmente la producción, empleo y manipulación de estos productos como el ácido nítrico, óxidos de azufre, amoníaco, anhídrido sulfuroso, ácido sulfúrico y sulfhídrico, sulfuro de carbono, óxido de carbono, oxocloruro de carbono, ácido cianídrico, hidrocarburos y sus derivados, alcoholes, glicoles, éteres, cetonas, ácidos orgánicos, aldehídos, benceno y sus homólogos, naftaleno, fenoles, aminas y poliuretanos). Todas las actividades relacionadas con el empleo de estos productos pueden originar enfermedades profesionales.
- **Enfermedades profesionales infecciosas y parasitaria:** Son todas aquéllas producidas por organismos vivos, tales como bacterias o virus:
 - Helmintiasis, anquilostomiasis duodenal, etc.



- Paludismo, amebiasis, tripanosomiasis, dengue, fiebre papataci, fiebre recurrente, fiebre amarilla, peste, leishmaniosis, tifus exantemático...
 - Enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres, para el tétanos, se incluirán los trabajos con excretas humanas y animales.
 - Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación.
- **Enfermedades producidas por agentes físicos:**
 - Enfermedades provocadas por radiaciones ionizantes.
 - Catarata producida por energía radiante.
 - Hipoacusia o sordera provocada por el ruido.
 - Enfermedades provocadas por trabajos con aire comprimido.
 - Enfermedades osteoarticulares, provocadas por las vibraciones mecánicas.
 - Nistagmus de los mineros, en los trabajos en el fondo de las minas.
 - Diversas enfermedades de las bolsas serosas, vainas, tendinosas, meniscos y nervios.
- **Enfermedades sistémicas**
 - Distrofias (ulceraciones de córnea por polvos, líquidos, gases o vapores).
 - Carcinoma de bronquio o pulmón en los trabajos de exposición al amianto.
 - Angiosarcoma de hígado por exposición al cloruro de vinilo.
 - Cáncer por exposición a productos como el níquel, arsénico o benceno.
 - Carcinoma de la membrana mucosa de la nariz, senos nasales, bronquio o pulmón en industrias donde se fabrica o manipula níquel.
 - Neoplasia primaria de tejido epitelial de la vejiga urinaria, pelvis renal y uréter (relacionado con la elaboración, manipulación o el empleo de alfa-naftilamina o beta-naftilamina).
 - Cáncer de piel, hueso, pulmón y médula ósea por radiaciones ionizantes.
 - Carcinoma de la mucosa nasal, senos nasales, laringe, bronquio o pulmón causado por el cromo.
- **Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados**
 - Cáncer cutáneo y lesiones cutáneas precancerosas debidas al hollín, alquitrán, betún, brea, antraceno, aceites minerales, parafina bruta y a los compuestos, productos y residuos de estas sustancias y a otros factores carcinógenos.
 - Afecciones cutáneas provocadas en el medio profesional por sustancias no consideradas en otros apartados.
- **Enfermedades profesionales provocadas por la inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados**
 - Neumoconiosis: Son enfermedades producidas por depósitos de polvo en los pulmones, de tipo orgánico vegetal, como la cannabosis o bagazosis, o de tipo inorgánico mineral, como la silicosis.
 - Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos o humos de aluminio o de sus compuestos.
 - Afecciones broncopulmonares debidas a los polvos de metales duros (talco, hierro...).



- Asma provocado por el medio profesional por sustancias no incluidas en otros apartados.
- Enfermedades causadas por irritación de las vías aéreas superiores por inhalación o ingestión de polvos, líquidos, gases o vapores.

La Enfermedad profesional se define desde el punto de vista preventivo como el deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, provocado por la exposición crónica tanto a agentes físicos, químicos o biológicos presentes en los centros de trabajo o por la forma de organización del mismo. En este deterioro lento y paulatino de la salud, los efectos acumulativos pueden aparecer después de varios años de exposición a la condición peligrosa.

Para analizar las causas de las Enfermedades profesionales, su aparición y desarrollo, se deben de considerar una serie de factores que influyen decisivamente y que a continuación se clasifican:

- Concentración del agente contaminante, existente en el ambiente del lugar de trabajo.
- Tiempo de exposición a la presencia del contaminante.
- Características personales del individuo, ya que no a todas las personas les afecta igual.
- Presencia de varios agentes contaminantes al mismo tiempo.
- Relatividad de la salud (evolución social del concepto de salud).

Causas productoras de las enfermedades profesionales

- Agresores químicos (polvo, humo, niebla, gases, etc.).
- Agresores físicos (ruido, vibraciones, radiaciones, etc.).
- Agresores biológicos (virus, bacterias, parásitos, etc.).
- Agresores psicológicos y sociales (promoción, salarios, horarios, etc.).
- Agresores ergonómicos (monotonía, fatiga física o mental, etc.).

1.8. Diferencia entre Accidentes de trabajo y Enfermedad profesional

Accidente de trabajo		Enfermedad laboral
Generalmente se presenta de una forma súbita en un momento concreto fácilmente identificable.	En cuanto al momento de su inicio	Normalmente es el resultado de un proceso lento y progresivo, siendo difícil determinar el momento exacto en que se inicia.
Las causas del accidente suelen ser externas, provocando una lesión directa al organismo.	En cuanto a la causa que lo provoca	Si bien las causas que la motivan provienen del exterior, los agentes que la causa deben penetrar en el organismo, iniciándose el proceso patológico.
Se manifiesta de una forma rápida y violenta, a veces de forma traumática.	En cuanto a su manifestación	No suele haber un desencadenante violento, sino que se manifiesta de una forma progresiva mediante síntomas y deficiencias en el organismo.
Es fácilmente identificable debido a la mayor facilidad para encontrar la causa que lo provoca y el momento en que se produce.	En cuanto a su identificación	Es difícil de identificar, al ser un proceso lento y progresivo que, además, puede originar síntomas comunes con otras enfermedades que no tienen un origen profesional.



Requiere un tratamiento médico de choque, bien mediante primeros auxilios o curas de urgencia, bien mediante tratamiento quirúrgico, en función de su gravedad.	En cuanto a su tratamiento	Requiere un tratamiento médico adecuado para el proceso patológico concreto, con el seguimiento de los síntomas y reconocimientos y análisis frecuentes.
Casi siempre es imprevisible, si bien depende en gran parte de la exposición a los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que el accidente se produzca.	En cuanto a su previsibilidad	Su aparición puede preverse mediante reconocimientos y análisis médicos, siendo previsible su padecimiento. La exposición a determinadas sustancias o agentes y la realización de determinados trabajos pueden alterar el posible padecimiento de la enfermedad.

1.9. Otras patologías derivadas del trabajo

Existen agresiones en el trabajo que pueden provocar trastornos que causan daño al trabajador, materializándose en dolencias de tipo somático o psicosomático, sin llegar a ser trastornos de naturaleza física, que descompensan el equilibrio mental y social del trabajador.

En este sentido debemos tener en cuenta, entre otros aspectos:

- La carga de trabajo, tanto físico como mental, que si es inadecuada puede dar lugar a fatiga física o mental.
- El grado de malestar que experimenta un trabajador por motivo de su trabajo, es entendido como la insatisfacción laboral.
- La superación de la demanda del trabajo respecto a la capacidad del individuo, que puede llevar al estrés laboral.

La especialidad preventiva que se encarga de evitar estos tipos de daños es la Ergonomía y Psicología aplicada y, complementariamente la Medicina del Trabajo.

Podemos definir la Ergonomía como el conjunto de técnicas cuyo objetivo es la adecuación del trabajo a la persona. Por otro lado, entendemos la Psicología aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales como el estudio de los factores de naturaleza psicosocial y organizativa existentes en el trabajo, que pueden repercutir en la salud del trabajador.

Podemos definir la **Ergonomía** como el conjunto de técnicas cuyo objetivo es la adecuación del trabajo a la persona. Por otro lado, entendemos **la Psicología aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales** como el estudio de los factores de naturaleza psicosocial y organizativa existentes en el trabajo, que pueden repercutir en la salud del trabajador.

Equipo de protección individual.

Se entiende por equipo de protección individual: *"Cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin".*

Según el Art.17.2, de la LPRL, los empresarios deberán proporcionar a los trabajadores equipos de protección individual adecuados, así como vigilar el uso correcto y efectivo de los mismos.



Han de utilizarse cuando los riesgos no se puedan evitar por medio de técnicas de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.



181

Para utilizar estos equipos es necesario respetar unas reglas básicas, teniendo en cuenta las condiciones tanto del trabajo, como del trabajador. Los equipos han de estar adecuados al riesgo, a las condiciones del lugar, a las exigencias ergonómicas y al portador. Tienen que poseer una serie de características conforme a todo lo que les rodeara en el puesto de trabajo específico donde serán usados.



Bibliografía

- Lic. Yamira Nicora: Interior Revista N° 3 -2010
- Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Segunda edición, Ediciones
- Universidad de Navarra S. A. Pamplona, 1995. - Hopkins, Helen L., Smith, Helen D. Willard/ Spackman. Terapia Ocupacional. Octava edición, Editorial Medica Panamericana, 1998 - www.secpal.com

