

El terapeuta ocupacional y su rol con pacientes geriátricos



El terapeuta ocupacional y su rol con pacientes geriátricos

Santiago Bernardo Cañarte Mero, María Elena Carreño Acebo, Luis Ramiro Loor Mera, Fátima Moncerrate García Reveló, Mercy Teresa Sancan Moreira, Ángela América Manzaba Menéndez



El terapeuta ocupacional y su rol con pacientes geriátricos

© *Santiago Bernardo Cañarte Mero, María Elena Carreño Acebo, Luis Ramiro Loor Mera, Fátima Moncerrate García Reveló, Mercy Teresa Sancan Moreira, Ángela América Manzaba Menéndez*

***Casa Editora del Polo - CASEDELPO CIA.LTDA.
Departamento de Edición***

*Cdla. El Palmar II Etapa - Mz E N°6
Teléfonos: (593-5) 6053240 - 0989922953
www.casedelpo.com*

ISBN:978-9942-980-00-7

Corrector de estilo y prueba: Lic. Nora Nuñez-Gollot
Diseño de la cubierta: Edwin Alejandro Delgado Véliz

Primera edición

Enero-2017 Manta, Manabí, Ecuador.



© *Reservados todos los derechos. Queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa del autor, bajo las sanciones establecida en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra, por cualquier*

Comité Editorial.

Abg. Néstor D. Suárez-Montes
Ph. D. Fernando Represa-Pérez
Ing. Vanessa Quishpe-Morocho
Dra. Maritza Berrenguer
Dr. Victor Reinaldo Jama-Zambrano
MSc. Henry Fabricio Mendoza-Cedeño
Lic. Nora Nuñez-Gollot
MSc. Yaneidys Arencibia Coloma

Contenido	
INTRODUCCION	7
CAPITULO I. ENVEJECIMIENTO Y SALUD	11
1.1 ASPECTOS TEÓRICOS	11
Geriatría Gerontología y Terapia Ocupacional	11
Contexto de la salud en la tercera edad	12
Teoría Biológica del Envejecimiento	13
Aspectos Psicosociales del envejecimiento	13
1.2. GERONTOPSIQUIATRIA	14
Características de la Gerontopsiquiatría	14
Implicaciones para la terapia ocupacional	15
1.3 EL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL	20
Relación Terapéutica con los ancianos	21
Sesgos por edad	21
Propósito de la evaluación de terapia ocupacional	23
Detección de la discapacidad (screening)	24
Descripción del estado funcional	24
Intervención de planificación	25
Determinación de la competencia para una vida independiente	26
Control de los efectos de las modalidades psiquiátricas	27
Determinación de la necesidad de contenciones físicas	28
Evaluación de terapia ocupacional	30
Diagnóstico funcional	35
Intervenciones de la Terapia Ocupacional	36
CAPITULO II DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR	46
2.1 COMUNICACIÓN CON EL ADULTO MAYOR	46
Estrategias terapéuticas	47
Evaluaciones geriátricas en terapia ocupacional	49
Tratamiento de terapia ocupacional en geriatría	51
Prevención	52
Adaptación	53
Recuperación	54
2.2 FUNCIONES SENSITIVA Y NEUROMUSCULAR	56
Fuerza Muscular Definición y propósito	56
Examen de la sensibilidad	63
Sistema somático primario Tacto Leve	66
Sistema somático discriminativo Localización táctil	67
Discriminación de dos puntos	67
Estereognosia	68
Propiocepción	68
Cinestesia	68
Interpretación de los resultados	69
Rango de movimiento	69
Tono muscular	70
Hipotonía	71
Espasticidad	71
Rigidez	72
Evaluación del tono muscular	72
Registro de los resultados	73

<i>Interpretación de los resultados.....</i>	<i>73</i>
<i>Definición del objetivo de la evaluación.....</i>	<i>74</i>
<i>Determinación de la presencia de trastornos y establecimientos de líneas basales para el cambio.....</i>	<i>78</i>
<i>Evaluación para guiar la intervención.....</i>	<i>79</i>
<i>Consideración de los contextos de desempeño.....</i>	<i>82</i>
2.3 ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.....	83
<i>Evaluación de habilidades específicas de proceso cognitivo-perceptivas.....</i>	<i>84</i>
CAPITULO III: FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR A LA EVALUACIÓN	110
3.1 FACTORES PSICOSOCIALES.....	110
<i>3.1.1 Interpretación y documentación de los resultados.....</i>	<i>113</i>
3.2 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN INTERACCIÓN Y FACTORES SOCIOEMOCIONALES.....	115
<i>Distinción entre habilidades y factores.....</i>	<i>115</i>
<i>3.2.1 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES SOCIOEMOCIONALES.....</i>	<i>121</i>
3.3 EXPECTATIVAS DEL AMBIENTE DE DESEMPEÑO: AMBIENTE DESPUÉS DEL ALTA.....	126
CAPITULO 4. LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ADULTO MAYOR.....	127
4.1 IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	127
4.2 INTERVENCIONES PARA LA VIDA DIARIA.....	134
4.3 INTERVENCIONES PARA MEJORAR LAS HABILIDADES Y CAPACIDADES PERSONALES.....	148
4.4 JUEGO Y OCIO EN TERAPIA OCUPACIONAL.....	153
4.5 PROGRAMAS DE EJERCICIOS ESPECÍFICOS.....	157
4.6 OPCIONES DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL	161
4.7 REENTRENAMIENTO Y REHABILITACIÓN COGNITIVO-PERCEPTIVAS	163
<i>4.7.1 TRATAMIENTO DE LAS FUNCIONES Y LAS HABILIDADES COGNITIVO-PERCEPTIVA.....</i>	<i>170</i>
4.8 HABILIDADES DE DISCRIMINACIÓN VISUAL, VISUOESPACIAL Y DE CONSTRUCCIÓN VISUAL; DÉFICIT ESPECÍFICOS.....	176
CONCLUSIONES.....	191
BIBLIOGRAFÍA.....	192
WEBGRAFIA.....	192

INTRODUCCION.

La Gerontología es el estudio del envejecimiento, comprende los aspectos sociales y físicos de la edad. La Geriátrica estudia las enfermedades que se producen en edad avanzada.

Los pacientes geriátricos suelen pasar por muchos problemas de salud física acompañados de problemas de salud mental y problemas sociales, como aislamiento, inseguridad e incapacidad para vivir de forma independiente.

Las funciones como el olfato, equilibrio, audición, capacidad de respuesta cognitiva, sexual y continencia urinaria son cambios que ocasiona el envejecimiento.

La teoría de la desocupación si ocurre la desocupación en la ancianidad, no es necesariamente adaptativa sino que es más probable que sea el resultado final de la salud que declina y la depresión de una persona.

La teoría de la actividad establece que el envejecimiento satisfactorio depende que la persona de la tercera edad pueda mantener en el mayor grado posible los niveles de actividad de su vida, tomando parte en las mismas actividades en que participaba en la esencia de una ancianidad feliz y satisfactoria. La satisfacción en el adulto mayor se logra no tanto por la frecuencia y la variedad de las actividades en que participan, sino por la oportunidad de participar en actividades valiosas de cualquier forma.

El terapeuta ocupacional que asiste al adulto mayor debe tener conocimiento avanzado de la rehabilitación física y la salud conductual, en la vida independiente y en las instituciones comunitarias y los servicios de apoyo social. Enfoque sobre las funciones la consideración de la salud en la ancianidad dentro del contexto de la enfermedad, con el ambiente como factor clave.

La promoción de los cuidados personales el mantenimien-

to del control y la autodirección en la vejez por medio de una relación comprensiva entre profesionales y paciente.

El contexto familiar uso de un enfoque orientado a la familia para la asistencia médica de los ancianos. Rehabilitación en la comunidad el desarrollo de situaciones de vida independiente y servicios de apoyo en la comunidad para las personas de la tercera edad.

Los términos de cuidado personal, auto cuidados, auto mantenimiento y actividades diarias se utilizan de forma arbitraria. Los distintos vocablos se refieren a conceptos diferentes, unos más generales y otros más específicos. Actividades básicas de la vida diaria, las áreas de las actividades instrumentales y avanzadas. Es frecuente encontrar las A.V.D como actividades cotidianas.

Hay tres grandes áreas de actuación de un terapeuta ocupacional: las avd., trabajo, ocio y juego. El termino actividades de la vida diaria se utiliza para referirse a las tres áreas, clasificando las mismas en ABVD, que corresponde a las AVD; las AIVD que son aquellas que tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria. Las ABVD se caracterizan por ser universales y por su gran especificidad, así como por ser poco influenciadas socialmente. A diferencia, Las AIVD requieren la toma de decisiones e interacciones difíciles con el medio o resolución de problemas que capacitan al individuo para alcanzar la autonomía personal y estas si pueden verse influenciadas por el sexo, educación, cultura, sociedad y edad. Las AVD son aquellas que ayudan a entrenar o re entrenar al paciente para cubrir sus necesidades personales donde se incluyen actividades de auto cuidado trabajo y ocio, tareas que una persona debe ser capaz de realizar en razón de cuidarse a si mismo de forma independiente,

comunicación, viajes y manejo del hogar que capacitan al individuo para alcanzar la independencia personal en su entorno. Las ABVD son aquellas tareas ocupacionales básicas en las que el individuo se cuida a si mismo en función de los roles que vaya a desempeñar.

Las AIVD como las actividades más complejas de las tareas que una persona hace para mantener la independencia en su casa y en la comunidad, manejo de la salud y seguridad. Todas las personas realizan estas actividades en algún grado y forma. La recuperación de una ABVD no solo depende del nivel de complejidad de la actividad en relación con la discapacidad del individuo, sino también del nivel de motivación y el estilo de vida de la persona y sus roles.

El terapeuta ocupacional analiza cada actividad valorando los diferentes componentes físicos, sensoriales, cognitivos, perceptivos, psicológicos, afectivos y sociales y en que grado pueden ser modificados. El primer objetivo se analiza; las interrelaciones entre las capacidades y habilidades individuales en la ejecución de las diferentes actividades. La pérdida de las habilidades para el arreglo personal y manejo del entorno conlleva a la pérdida de la autoestima y profunda sensación de dependencia, ocasionando sentimientos de infantilismo.

Cuando una persona pierde esas habilidades los papeles familiares cambian y se hace necesario que otros miembros de la familia asuman la función de cuidador. El método de desarrollar sus habilidades es a través de la participación y realización de las actividades aumentando su conocimiento personal incrementándose el sentimiento de competencia y confianza sobre su capacidad.

El rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de las actividades básicas de la vida diaria, funciones en las que

intervienen el terapeuta ocupacional, identifica los problemas que interfieren en la dependencia de la persona y el desempeño de los roles

El terapeuta ocupacional interviene en la reeducación o eliminación de barreras psíquicas, cognitivas, sociales, emocionales y físicas que interfieren en la realización de las ocupaciones, dependiendo del pronóstico y considerar las prioridades del mismo. Enseñar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria.

La adaptación modificación del entorno para la independencia, utilizando ayudas técnicas o adaptaciones de objetos o utensilios para el logro de una tarea.

CAPITULO1. ENVEJECIMIENTO Y SALUD

1.1 ASPECTOS TEÓRICOS

Todos conocemos a personas de edad avanzada que están experimentando problemas importantes de salud y que han tenido que efectuar grandes adaptaciones a una edad avanzada para mantener sus estilos de vida y sus actividades habituales. Aunque existen otro grupo de personas de edad avanzada que están sanas, que llevan a cabo rutinas diarias habituales y que viven vidas en gran partes similares a las que siempre han tenido.

Geriatría Gerontología y Terapia Ocupacional.

La gerontología comprende el desarrollo de las teorías del envejecimiento, la investigación sobre los aspectos sociales y físicos típicos del envejecimiento y las cuestiones prácticas que tratan estos fenómenos relacionados con el envejecimiento.

La Geriatría es el estudio de la atención médica y de la salud en la edad avanzada, comprende todo lo relacionado con la investigación sobre las enfermedades que se producen en edad avanzada, las prácticas de atención médica y los sistemas de servicios de atención sanitaria son ejemplos de la geriátrica.

Tanto gerontología como geriatría son términos utilizados en Terapia Ocupacional para describir a los pacientes de edad avanzada.

Debido al enfoque en las tareas de la vida diaria dentro de un contexto de atención médica, los terapeutas ocupacionales muchas veces actúan como puente entre el médico y el paciente geriátrico

La resistencia al desarrollo de la geriatría como especialidad médica surge de dos fuentes primarias: la creencia

de que el desarrollo humano es un fenómeno y que el desarrollo se detiene una vez alcanzada la madurez, por lo tanto las necesidades de las personas mayores serían las mismas que las de los otros adultos y los estereotipos negativos de que la atención médica en la edad avanzada es poco interesante, poco desafiante y menos valioso para nuestra atención y para nuestros recursos.

En Terapia Ocupacional la Gerontología tiene interés especial y sigue manteniendo una fuerte presencia dentro de la profesión ya que se basa en que las personas de edad avanzada tienen problemas y circunstancias especiales de salud que se deben considerar y que se necesita un entrenamiento especial para cubrir suficiente y apropiadamente estas necesidades.

Contexto de la salud en la tercera edad.

La salud de la ancianidad es diferente de la salud en otras etapas de la vida. En ellos pacientes de la tercera edad, las enfermedades si están presentes, se sobre agregan a los cambios normales relacionados con el envejecimiento. Se vuelve muy importante diferenciar entre enfermedad y cambios relacionados con el envejecimiento, dado que un proceso patológico y el otro no lo es, el cual el uno demanda tratamiento y el otro no.

Segundo la salud en la ancianidad es probable que esté dominada por necesidades crónicas y no agudas.

Los pacientes geriátricos suelen estar caracterizados por múltiples problemas en diferentes áreas de la vida. Los problemas de salud física pueden estar acompañados por problemas de salud mental y problemas sociales como aislamiento, inseguridad e incapacidad para vivir de forma independiente.

Los problemas de salud en esta etapa son complejos y de-

safiantes. Las personas de la tercera edad viven en un contexto social diferente, experimentan cambios en sus roles. Sus múltiples problemas de salud, los cambios en sus relaciones y vulnerabilidad al prejuicio de la sociedad.

Teoría Biológica del Envejecimiento.

Los procesos biológicos que acompañan al envejecimiento, desencadenados por los mecanismos celulares teóricos, se denominan senectud. Cada sistema la piel, los órganos sensoriales, el sistema nervioso, el sistema gastrointestinal, musculo esquelético, pulmonar, cardiovascular, la pérdida de células, las disminuciones en los índices funcionales y la conducción nerviosa, la menor elasticidad de los tejidos y la atrofia celular, muestran cambios con el envejecimiento.

Las funciones como el olfato, equilibrio, audición, capacidad de respuesta cognitiva, actividad sexual y continencia urinaria, estos cambios suelen describirse también como deterioro.

Aspectos Psicosociales del envejecimiento.

Una vida prolongada trae con ella una acumulación de experiencias distintas y únicas. Siete u ocho décadas de vida muchas veces graban una individualidad más profunda que la que se encuentra entre los que han vivido sólo una década, por lo tanto debemos enfocar con precaución el concepto de los patrones generalizados de personalidad y función psicosocial en la ancianidad.

Las actividades más representadas en las personas de la tercera edad fueron ver televisión visitar amigos, trabajos manuales y leer, estos pasatiempos pueden interpretarse como esfuerzos por mantenerse activos con sustitución por actividades más sedentarias y que la satisfacción se

logra no tanto por la frecuencia y la variedad de las actividades en las que participa el adulto mayor sino por la oportunidad de participar en actividades valiosas de cualquier forma.

La cognición y el intelecto representan áreas de función psicológica, donde la generalizaciones y la esterotipificación son excesivas y se presume que ciertos patrones de declinación forman parte del envejecimiento. En el dominio de la memoria, la operación del propio sistema de la memoria se ha diferenciado del recuerdo de la información específica, en algunos casos existen dificultades en lo que se conoce como memoria secundaria, es decir retención de elementos que se han aprendido recientemente, mientras que la memoria para elementos del pasado remoto se mantiene intacta.

1.2. GERONTOPSIQUIATRIA.

Características de la Gerontopsiquiatría.

Las características más sobresalientes se encuentran la necesidad de diferenciar los cambios patológicos de los cambios normales asociados con la edad.

La psiquiatría maneja las anomalías de la cognición, el juicio, la motivación, el afecto, la personalidad, el control de los impulsos y las funciones vegetativas. Se sabe que algunos de estos comportamientos cambian durante toda la vida adulta.

Una segunda característica de la gerontopsicología es el enfoque biopsicosocial. Se reconoce la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en la producción de la salud en la edad senil. Los deterioros físicos como la hipoacusia se han asociado con trastornos paranoides, así como también los problemas psiquiátricos

se han relacionados con problemas gastrointestinales. La pérdida del cónyuge es un factor de depresión.

Una tercera característica de la gerontopsiquiatría es la necesidad de adaptar las intervenciones psiquiátricas para tener en cuenta los cambios asociados con la edad. Con el envejecimiento, la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción de los psicotrópicos se hacen más lentos, por lo tanto esta medicación tardan más tiempo en hacer efecto y se mantienen más tiempo en el organismo. Surge un problema particularmente difícil cuando se presenta depresión demencia por que el psiquiatra determina si la depresión está provocando la demencia, lo que se conoce como pseudodemencia o síndrome de demencia de la depresión, la cual tiene un inicio característico y los síntomas progresan rápidamente, los pacientes se quejan de dificultades en la cognición y muchas veces dan respuestas de “yo no se” a las preguntas. Su desempeño de las pruebas cognitivas es inconstante en lugar de ser uniformemente bajo. No muestran comportamientos raros típicos de los pacientes con demencia orgánica, como comer hojas de plantas o colocarse las medias encima de los zapatos.

Finalmente la gerontopsiquiatría se caracteriza por una coordinación de la asistencia. La coordinación se manifiesta a través de coordinación de los servicios multidisciplinarios, coordinación de servicios en internación y ambulatorios y coordinación de servicios informales y formales.

Implicaciones para la terapia ocupacional.

Las características singulares de la gerontopsiquiatría y de la población de ancianos que experimentan enfermedades psiquiátricas tienen varias implicaciones críticas para el

ejercicio de la terapia ocupacional. Primero, los terapeutas ocupacionales que trabajan con personas de la tercera edad encuentran a pacientes con trastornos psiquiátricos ya sea que estén empleados o no en lugares para la salud mental. Una concentración elevada de pacientes adultos mayores con problemas de salud mental se encuentra en hospitales, unidades de rehabilitación, centro de asistencia prolongada y agencias comunitarias. Los terapeutas deben estar formados para reconocer los trastornos psiquiátricos y poder iniciar derivaciones a los psiquiatras. Deben estar igualmente formados para diseñar planes de intervención que consideren simultáneamente los trastornos médicos y psiquiátricos de los pacientes.

En segundo lugar el terapeuta ocupacional debe estar preparado para tratar una serie de casos compuesta principalmente por pacientes con demencia o depresión. Los pacientes con demencia tienen problemas para el desempeño de tareas atribuibles a los déficits de destrezas. Debido a las deficiencias cognitivas, ya no saben cómo hacer las tareas. Tiene dificultades para iniciar las tareas en el momento apropiado para ubicar los objetos necesarios para hacer una tarea, para secuenciar los pasos necesarios para terminar una tarea, para prestar atención a una tarea y para ejecutar las acciones necesarias. La pérdida de memoria, de déficits de atención, la praxia y la perseverancia sirven para interrumpir el desempeño de las tareas. Las complicaciones del comportamiento como divagación, agitación, agresión, griterío, paranoia y delirios pueden deprimir más la función.

Al contrario de las personas de la tercera edad con demencia, los pacientes con depresión tienen problemas para el desempeño de las tareas atribuibles a déficits de los hábitos. Estos pacientes típicamente conocen cómo hacer

las tareas; sin embargo, dado que carecen de la voluntad o la motivación para hacerlas, sus rutinas de la vida diaria se interrumpen. Los síntomas de depresión, como inatención, indecisión, concentración disminuida, desinterés, falta de energía, déficits en la resolución de problemas, retraso psicomotor, una tendencia a concentrarse en el presente, apatía, una reducción de los estándares personales para el desempeño de las tareas y una diferencia hacia las expectativas de los otros contribuyentes a los déficits de los hábitos.

El terapeuta ocupacional que trabaja en gerontopsiquiatría debe estar entrenado para distinguir las disfunciones que surgen de los déficits de las destrezas y las que surgen por déficits de los hábitos y para desarrollar una intervención apropiada.

Tercero los terapeutas ocupacionales que trabajan en gerontopsiquiatría deben estar preparados para evaluar y tratar las disfunciones de desempeño de tareas causadas por deficiencias físicas y por deterioros cognitivos y afectivos. Para ser capaz de completar las tareas, los pacientes deben tener la capacidad cognitiva como para planificar una actividad, la capacidad motora para llevar a cabo el plan y la capacidad afectiva para desear efectuar la actividad. Los efectos acumulativos del envejecimiento y de la enfermedad física y mental pueden interrumpir la capacidad cognitiva, motora o afectiva.

El modelo biopsicosocial se desarrolla en la práctica geriátrica y no es aplicable la separación tradicional de las discapacidades físicas y el ejercicio de la salud mental. Por ejemplo en gerontopsiquiatría la evaluación de terapia ocupacional debe llevarse a cabo de modo que se puedan detectar las disfunciones en el desempeño de tareas por deficiencias cognitivas, motoras y afectivas. La simple co-

locación de una camiseta y pantalones no constituye una prueba suficiente de las habilidades del vestido para estos pacientes porque este procedimiento desata los componentes motores del vestido. Se descuidan los componentes cognitivos, que participan en la selección de las ropas y en la secuencia de la colocación de la ropa interior y las ropas de la calle. Al solicitarle a la persona de la tercera edad que se “vista de modo tal que pueda salir a dar un paseo”, se puede evaluar la gama completa de componentes motores y cognitivos del vestido.

La intervención de terapia ocupacional en gerontopsiquiatría implica un reconocimiento similar de los factores biopsicosocial. Por ejemplo, puede ser necesario que el terapeuta enseñe a los pacientes ancianos depresivos, que también tienen fractura de cadera cómo utilizar el andador para que puedan realizar actividades grupales. Puede ser complicado aprender cómo se utiliza el andador por tener menor concentración y motivación.

Cuarto en gerontopsiquiatría, la terapia ocupacional se concentra en el desempeño de tareas por oposición a los componentes del desempeño de tareas. El desempeño de tareas comprende la conducción hábil de tareas de movilidad, cuidados personales, manejo del hogar recreo y trabajo. Los componentes del desempeño de tareas con los factores cognitivos (memoria), motor (fuerza) y afectivos (interés) que permiten la ejecución de tareas.

La intervención de la terapia ocupacional destaca el entrenamiento en las destrezas y el mantenimiento de la movilidad, los cuidados personales y las tareas recreativas; se incluyen las tareas de manejo del hogar y de trabajo si son apropiadas. Las destrezas se mantienen mediante de la práctica de los hábitos de vida independiente. Las deficiencias en los componentes del desempeño de tareas se

identifican y tratan dentro del contexto del entrenamiento en destrezas y hábitos.

El enfoque sobre las destrezas y los hábitos de la vida diaria (desempeño ocupacional) en la práctica geriátrica se basa en dos perspectivas. Una perspectiva surge del hallazgo de que el entrenamiento en los componentes del desempeño ocupacional no produce necesariamente mejorías en el desempeño ocupacional. Por ejemplo, aun cuando un programa de entrenamiento de memoria puede mejorar la habilidad de un paciente para recordar una lista de almacenes, puede no mejorar su habilidad para comprar en los almacenes. El segundo punto de vista se basa en el argumento de que los ancianos están motivados para aprender tareas que perciben como relevantes para su vida diaria. Aunque es obvia la conexión entre una vida independiente e ir a comprar el alimento para cocinar para la cena, la conexión entre vida independiente y memorizar una lista de almacenes es oscura y carece del mismo poder emocional. Las necesidades de independencia, seguridad, estimulación y autoestima del anciano se encara a través del desempeño de tareas.

Quinto, el entrenamiento de los cuidadores es parte integral del programa de terapia ocupacional en gerontopsiquiatría. Aun cuando las posibilidades para que un adulto mayor sea institucionalizado aumentan con la edad la mayoría de las personas de la tercera edad siguen viviendo en la comunidad. Alrededor del 20% de la población de 65 años o más tienen dificultad para realizar al menos una tarea de movilidad, cuidados personales o manejo del hogar. Entre los que tienen 85 años o más, alrededor del 57% presentan dificultad con las tareas de la vida diaria. Los miembros de la familia proporcionan la mayor parte de asistencia que necesitan estas personas. La enseñanza a

las personas encargadas del cuidado de estrategias y técnicas eficaces para manejar las defunciones del desempeño de tareas y comportamientos interruptores puede aliviar el estrés del cuidador.

1.3 EL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de cuidados personales, trabajo y esparcimiento para aumentar la función independiente, reforzar el desarrollo y prevenir la discapacidad. La profesión se centra en el desempeño funcional de las actividades diarias. También es el enfoque de la gerontología y de la asistencia médica geriátrica.

Las medidas del estado funcional que analizan la capacidad para funcionar de forma independiente a pesar de la enfermedad, la discapacidad física y mental, y la privación social constituyen los indicadores globales más útiles para ayudar a los que asisten a los adultos mayores. El terapeuta ocupacional que sirve a las personas de la tercera edad debe tener un conocimiento avanzado de la rehabilitación física y la salud conductual y debe ser especialista en la vida independiente.

En la terapia ocupacional surgen cinco temas del ejercicio terapéutico:

- El enfoque médico fisiológico.- tratamiento dirigido por un médico, un equipo de salud profesional y (muchas veces) la localización institucional de la asistencia.
- Enfoque sobre la función.- la consideración de la salud en la vejez dentro del contexto de la capacidad funcional y no del contexto de la enfermedad, con el ambiente como factor clave.

- La promoción de los cuidados personales.- El mantenimiento del control y la autodirección en la vejez por medio de una relación comprensiva entre profesional y cliente.
- El contexto familiar.- Uso de un enfoque orientado a la familia para la asistencia médica de los ancianos.
- Rehabilitación en la comunidad.- El desarrollo de situaciones de vida independiente y servicios de apoyo en la comunidad para los ancianos.

El tono función/disfunción en geriatría se basa en el concepto de actividad y desempeño funcional en la vida diaria. Las evaluaciones suelen centrarse en el individuo y el medio ambiente y, con mayor frecuencia, se busca el cambio en el ambiente para facilitar una función diaria máxima. La relación entre los terapeutas ocupacionales y sus pacientes en geriatría, los instrumentos de evaluación geriátrica utilizadas en terapia ocupacional y las áreas de tratamiento en terapia ocupacional que incluyen prevención, acomodación y recuperación.

Relación Terapéutica con los ancianos

Una relación terapéutica es la que promueve la curación o el manejo de la enfermedad. Dar y recibir ayuda constituyen el centro de esta relación. En terapia ocupacional, buscamos establecer relaciones terapéuticas con nuestros pacientes para facilitar el desempeño funcional. Que estos objetos sean establecidos y alcanzados depende mucho de la calidad y las características de la relación terapéutica.

Sesgos por edad

La tendencia a establecer objetivos inferiores y a emprender un tratamiento menos agresivo con el adulto mayor

sobre la base de las actitudes prejuiciosas negativas. La persona de la tercera edad suele encontrar estas actitudes en los profesionales con los que trabajan y están particularmente afectadas por estas actitudes y su impacto potencial sobre la actividad terapéutica.

Los terapeutas pueden aceptar que las personas de la tercera edad como grupo son menos capaces físicamente y, por lo tanto, establecer automáticamente objetivos inferiores para ellas, el terapeuta establece una meta inferior a la injustificable para un paciente geriátrico, el adulto mayor puede lograr su potencial físico máximo.

Creación de independencia

Como terapeutas ocupacionales, con nuestro enfoque por aumentar al máximo la independencia funcional de una persona, dichas dependencias constituyen lo opuesto de lo que esperamos que sea nuestra misión. En algunos centros gerontológicos proporcionan evidencia de patrones de ayuda exagerada de los miembros del personal en sus interacciones diarias con personas que viven allí. La fragilidad y debilidad que acompañan a las personas de la tercera edad, especialmente las que están en instituciones, los vuelve particularmente vulnerables a los conceptos de independencia y de necesidad de ayuda.

Existen tres tipos de dependencia:

- 1) Dependencia por verdadera incompetencia física y mental;
- 2) Dependencia por una optimización selectiva; es decir que la persona de la tercera edad decide ser dependiente en un área de la vida diaria (como vestirse), de modo que puede ser independiente en otra área (como tener suficiente energía para utilizar en forma independiente una silla de

ruedas para realizar una actividad matinal)

3) Dependencia por estero tipificación social y subestimación de la competencia. El tercer tipo de dependencia produce patrones de ayuda exagerada, la cual se denomina “comportamiento de apoyo de la dependencia” y describió el ciclo vicioso del comportamiento dependiente seguida por un comportamiento de apoyo de la dependencia (ayuda del personal) seguida por un comportamiento más dependiente.

Los terapeutas ocupacionales pueden desempeñar un rol vital sensibilizando a los miembros de la institución acerca de los estereotipos negativos del adulto mayor y sus competencias. Los miembros de la familia y los profesionales de la salud, también deben resistir esta tendencia a la ayuda exagerada. Los terapeutas ocupacionales pueden enseñar a los miembros de la familia acerca de la rehabilitación y ayudar a las personas de la familia encargadas del cuidado a determinar las mejores rutinas y técnicas a utilizar en sus propios contextos personales.

Propósito de la evaluación de terapia ocupacional

Los datos de evaluación de terapia ocupacional pueden servir a varios propósitos. Al llevar a cabo la evaluación, el terapeuta ocupacional debe prestar atención a la razón por la cual un paciente es derivado. La evaluación de terapia ocupacional puede ser más o menos extensa, según la razón o las razones para la derivación. Las siguientes son las razones más comunes para llevar a cabo una evaluación:

- Efectuar un examen de la discapacidad
- Describir un estado funcional
- Proporcionar datos para planificar una intervención de terapia ocupacional

- Ayudar a determinar la competencia para la vida independiente
- Controlar los efectos de las modalidades psiquiátricas
- Evaluar la necesidad de contenciones físicas.

Detección de la discapacidad (screening)

El propósito del screening (detección) es identificar a los pacientes que tiene discapacidades o corren riesgo de desarrollarlas. Las discapacidades son disfunciones en el desempeño de las tareas. El screening es un procedimiento de hallazgo de casos dirigido a identificar a los pacientes que necesitan una evaluación en profundidad más extensa. Se efectúa un screening de los pacientes al ingreso a la asistencia psiquiátrica y periódicamente después (por ejemplo cada 6 meses). Se buscan derivaciones para los pacientes que necesitan una mayor evaluación. Dado que el screening es aplicado a gran número de pacientes, es deseable tener procedimiento de selección breve y fácil de administrar. Al mismo tiempo, los procedimientos deben ser muy sensibles de modo que no se pasen por alto los pacientes que necesitan una evaluación del estado funcional. Por ejemplo el screening del deterioro cognitivo podría incluir evaluaciones del manejo del dinero y la cocina porque se sabe que estas tareas se encuentran entre las primeras en ser afectadas por las declinaciones en la cognición.

Descripción del estado funcional

Se puede llevar a cabo una evaluación para proporcionar una descripción del estado funcional de un paciente, habitualmente en función de las tareas que se realizan de

forma independiente y dependiente. El estado funcional basal proporciona un estándar con el cual se evalúan los resultados de la intervención. La intervención puede ser psiquiátrica, médica o de rehabilitación o cualquier combinación de estos métodos.

El examen de los efectos de la intervención sobre el estado funcional brinda un índice del impacto de esta intervención sobre la vida diaria. El resultado deseado es una mejoría del estado funcional. Los datos descriptivos también son útiles si no se emprende ninguna intervención. Se pueden comparar mediciones secuenciales del estado funcional con la medición basal para determinar la evolución natural de un proceso patológico sobre el estado funcional. Es necesario evaluar las mediciones de las tareas que muestran cambio en ausencia de intervención y el ritmo con el cual ocurren los cambios para evaluar si la intervención retrasa el deterioro o acelera la mejoría. Se pueden agregar los datos del paciente individual para proporcionar descripciones grupales del estado funcional. Los retratos grupales del estado funcional. Los retratos grupales de los tipos de discapacidades y de su extensión observados típicamente en terapia ocupacional proporcionan el fundamento para el plan del programa y la evaluación. Por ejemplo, una incidencia elevada de disfunciones para las tareas de arreglo personal y planificación de las comidas trata de la necesidad de desarrollar programas estructurados en estas destrezas vitales recién introducidos se puede evaluar comparado los resultados de estos programas con los obtenidos antes de su advenimiento.

Intervención de planificación

Una razón importante para emprender una evaluación de terapia ocupacional es planificar un programa individual-

lizado de intervención para mantener, restablecer o mejorar el estado funcional de un paciente y prevenir o retardar su declinación funcional.

Una evaluación de terapia ocupacional emprendida para planificar la intervención va más allá de lo necesario para describir un estado funcional. Además de determinar el nivel de independencia para el desempeño de tareas, el terapeuta ocupacional también debe determinar el potencial del paciente para mejorar y recuperar el estado funcional y el medio por el cual se puede lograr este cambio. Esto exige que el terapeuta evalúe la capacidad de un paciente para aprender o, mínimamente, responder a las modificaciones ambientales. En otras palabras, no es suficiente con que un terapeuta determine si un paciente es dependiente en las tareas de bañarse.

El terapeuta también debe determinar si el paciente es capaz de cambiar de un estado dependiente a otro más independiente en el baño. Un banco para traslados en la bañera permitió a la Sra. superar su temor de caerse en la bañera; por ende, ella pudo reanudar los baños. No obstante, cuando se utilizó la misma intervención con la Sra. y, su preocupación de deslizarse se trasladó del piso de la bañera a la silla y siguió siendo dependiente para el baño.

Determinación de la competencia para una vida independiente

Los déficit en las tareas de movilidad, cuidados personales y manejo del hogar colocan a los ancianos en riesgos si continúan con una vida independiente en la comunidad. Uno de los usos de los datos del estado funcional es ayudar a tomar decisiones acerca de la residencia comunitaria o la colocación en lugares supervisados. Las implicaciones de la discapacidad para la vida comunitaria deben

ser interpretadas a la luz de los servicios que pueden ser proporcionados por los miembros de la familia y por los amigos, y a los que pueden ser adquiridos en servicios geriátricos formales. Por ejemplo, cocinar es una destreza crítica para la vida independiente. Si un paciente no puede cocinar o no puede cocinar sin peligro, esta discapacidad sola puede plantear un riesgo sobresaliente para la vida independiente. Sin embargo, si un cónyuge o un hijo adulto (apoyos informales) o (apoyo formal) proporcionan el alimento diariamente, se cubre la necesidad de cocinar del paciente. Por el contrario, sino se encuentran disponibles apoyos informales ni formales para el paciente, la necesidad de cocinar quedaría sin cubrir y constituiría una amenaza para la supervivencia.

Cuando la vida independiente ya no es factible, los datos del estado funcional se utilizan para determinar el tipo específico de situación de vida supervisada necesaria. Los hogares de asistencia personal (proporcionan pensión y asistencia) brindan habitación, comidas, ayuda con los cuidados personales y una vigilancia protectora. Los centros de alojamiento en congregación ofrecen comidas, transporte y programas sociales y recreativos en el contexto global de la vida independiente. En una disposición de vida compartida, dos o más personas no relacionadas viven juntas y comparten el espacio, los gastos las responsabilidades. La asistencia en hogares geriátricos se reserva para los que necesitan servicios extensos de enfermería. Los pacientes que presentan comportamientos que los ponen en riesgo o que colocan a otros en riesgo deben ser trasladados a hospitales estatales.

Control de los efectos de las modalidades psiquiátricas

Las modalidades psiquiátricas de farmacología, terapia

electroconvulsivante y psicoterapia se inician para aliviar los síntomas psiquiátricos como ansiedad, agitación, insomnio, depresión y paranoia. Durante el curso del tratamiento psiquiátrico se emprenden reevaluaciones periódicas del estado funcional para determinar si el alivio de estos síntomas se acompaña de mejoría en las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, es necesario anotar si, a medida que los pacientes se vuelven menos depresivos, también cuidan mejor su aspecto personal y se socializan más.

La evaluación del estado funcional efectuada con propósitos de control se programa para que coincida con el curso del tratamiento psiquiátrico, como antes y después de la terapia electroconvulsivante o antes de administrar anti-depresivos o después de haber sido alcanzado el nivel terapéutico. También se puede controlar el estado funcional para determinar cualquier efecto adverso de la psicofarmacología o de la terapia electroconvulsivante. Dado que muchas medicaciones psicotrópicas afectan al control motor, puede estar indicado el examen diario de la movilidad funcional y la destreza.

Determinación de la necesidad de contenciones físicas

Históricamente las contenciones físicas se han utilizado en psiquiatría para manejar los comportamientos violentos. La contención por medios físicos o químicos (medicaciones) o ambos se han difundido en la asistencia de los pacientes geriátricos. Las contenciones físicas son chalecos, guantes, cinturones de asiento, lazos para las muñecas, manguitos para muñecas/manos, manguitos para muñecas/codos, tablas de contención y sillas geriátricas. Las sujeciones se aplican a los ancianos para controlar el comportamiento interruptor como agitación, inquietud,

agresión, combatividad y divagación; para proteger al paciente, a los otros o al equipo del daño y para prevenir la interferencia con el tratamiento. La evidencia que apoya la eficacia de las contenciones para lograr estos objetivos es escasa. De hecho, las contenciones pueden exacerbar la confusión, aumentar la agitación y ni prevenir los accidentes. Además las contenciones predisponen a los pacientes a los efectos deletéreos de la inmovilidad como lesiones cutáneas, estreñimiento y desorientación y han causado la muerte. Las medicaciones tranquilizantes a menudo se utilizan como sustitutas de las contenciones físicas.

La preocupación creciente acerca del abuso de las contenciones físicas y químicas condujo a la promulgación de las modificaciones de reforma de los hogares geriátricos. Las contenciones físicas pueden ser utilizadas sólo para conseguir la seguridad física de un paciente y sólo con la orden escrita de un médico que especifique la duración y la circunstancia bajo las cuales se van a utilizar las contenciones. Las contenciones no deben utilizarse para disciplina ni conveniencia. Los residentes deben estar libres de fármacos innecesarios y siempre que sea posible se deben utilizar programas de comportamiento en lugar de las medicaciones. La evaluación del estado funcional para establecer la necesidad de contenciones se enfoca en las características de movilidad de los pacientes y en su respuesta a la actividad como método de control de comportamiento. La evaluación produce recomendaciones relacionadas con las alternativas del uso de las contenciones, las circunstancias bajo las cuales pueden ser necesarios una contención y el tipo menos restrictivo de contención física, si se necesita alguna.

Evaluación de terapia ocupacional

La evaluación de terapia ocupacional se centra en el desempeño de las tareas de la vida diaria. Las tareas de la vida diaria abarcan cinco categorías principales, movilidad, cuidados personales, manejo del hogar, recreo y trabajo. Todas las categorías pueden no ser apropiadas para evaluar a todos los pacientes. Se evalúan dos dimensiones en el desempeño de tareas. La primera dimensión es la destreza y comprende una evaluación de la habilidad, o sea, las cosas que los pacientes son capaces de hacer.

En general, las destrezas se describen en términos del grado de independencia, seguridad y corrección que un paciente utiliza para completar una tarea. La evaluación de las destrezas arroja tanto un perfil de habilidades como un perfil de la discapacidad. Las tareas que se llevan a cabo de forma independiente, con seguridad y aceptablemente constituyen el perfil de las discapacidades.

Los hábitos constituyen la segunda dimensión del desempeño de tareas que se evalúan. Los hábitos se refieren al desempeño de las tareas habituales o rutinarias de un paciente. La evaluación de los hábitos brinda una descripción de la frecuencia con el que el paciente puede tener destrezas físicas para ir hasta el baño y utilizar el inodoro pero pueden ser incontinentes habitualmente por fallo en la anticipación de la necesidad de micciones. Asociadas, estas dos dimensiones del desempeño de tareas proporcionan la descripción amplia del estado funcional de un paciente necesario para planificar la intervención o efectuar recomendaciones.

Las cinco categorías de tareas de la vida cotidiana forman una jerarquía. En el extremo inferior de la jerarquía se encuentran las tareas de movilidad. Las tareas de movilidad comprenden la habilidad para mover el cuerpo de un lugar

a otro. Los movimientos funcionales que habitualmente se evalúan son la movilidad en la cama de un lado a otro, hacia la cabecera y el pie de la cama y hacia una posición de sentado; el traslado hasta la cama, una silla, el inodoro, la bañera y el automóvil y desde ellos: llegar y mantener una posición de pie; caminar sobre superficies niveladas e inclinadas y subir y bajar escalones y girar en la dirección inversa; alcanzar por arriba de la cabeza; inclinarse y agacharse. También se evalúan la capacidad para moverse con propósito de un lugar a otro dentro y fuera de la casa (encontrar los caminos), como hasta un baño o una farmacia. También se considera la resistencia para la estación del pie y la marcha dado que la fatiga influye sobre la seguridad y la capacidad. Dado que generalmente las tareas de movilidad son menos complejas que otros tipos de tareas, es ventajoso comenzar la evaluación con la categoría de la movilidad. Además de proporcionar una medición de la capacidad de movimiento, la evaluación de la movilidad funcional proporciona una impresión global del estado funcional del paciente.

La evaluación de la movilidad funcional también se incorpora a la evaluación de las tareas de cuidados personales, manejo del hogar, recreo y trabajo. El examen de la movilidad de forma aislada de las tareas más complejas brinda un índice de la destreza cuando la atención de un paciente está en la ocupación. Las dos pruebas pueden dar resultados diferentes.

Los cuidados personales siguen en jerarquía a la movilidad. Las tareas de cuidados personales comprenden la habilidad para cubrir las necesidades personales básicas. Típicamente, se incluyen en esta categoría alimentación, hábitos de control de esfínteres, baño, higiene, arreglo personal y vestido. Estas tareas son más complejas que las ta-

reas de movilidad porque exigen que una persona controle los objetos necesarios para completar las tareas, además de ser capaz de controlar su cuerpo en el espacio. Por ejemplo, al peinarse el cabello, el control de los objetos se refleja en tomar y sostener el peine y el traslado hasta la cabeza para peinarse el cabello. Los factores como el apetito, la pérdida de peso, la incontinencia vesical e intestinal, el olor del cuerpo y un aspecto desaliñado se incorporan a la estrategia de evaluación para determinar la dimensión de los hábitos de tareas de cuidados personales.

El tercer puesto de la jerarquía está ocupado por el manejo del hogar. Las tareas incluidas en esta categoría se asocian con las necesidades humanas de alimento, vestimenta, alojamiento, asistencia de la salud e interacciones sociales. Las tareas de manejo del hogar que típicamente se evalúan. Las tareas de manejo del hogar imponen mayores demandas del desempeño funcional en los ancianos que las tareas de cuidados personales por que exigen el control de un mayor número de objetos, algunos de ellos técnicamente sofisticados. La secuencia de los pasos necesarios para completar las tareas de manejo del hogar también es más larga y los riesgos asociados con las disfunciones de las tareas, como mal manejo económico, son fundamentales para la determinación de la competencia para una vida independiente. Factores como alimento derramado en el frigorífico, las habitaciones desordenadas, la acumulación de basura y los elementos sucios reflejan los hábitos del paciente.

El trabajo es el paso más alto en la jerarquía. Intrínsecamente, las tareas de trabajo pueden no ser más complejas que las tareas del manejo del hogar; sin embargo la necesidad de cubrir los estándares de desempeño funcional y los esquemas de horarios impuestos externamente aumen-

tan su complejidad. Dado que la mayoría de los pacientes observados en gerontopsiquiatría se han jubilado de sus puestos, la evaluación de trabajo es relativamente infrecuente. En ocasiones, la evaluación del estado funcional se centra en la habilidad continua del paciente para trabajar y muchas veces es desencadenada por lentitud, ausencia de trabajo, aumento de los accidentes o de accidentes inminentes e ineficiencia. La evaluación del trabajo es individualizada y comprende la evaluación de la aptitud de un paciente para hacer la tarea asignada, la necesidad de adaptarse a las tareas asignadas o la necesidad de trasladarlo a una tarea menos responsable o menos exigente física o mentalmente.

Dado la naturaleza creativa, exploratoria, desafiante y recreativa de las tareas de ocio, la recreación se ubica a veces en la posición más alta de la jerarquía. No obstante, las actividades recreativas pueden ser graduadas fácilmente en función de las demandas motoras, cognitivas, emocionales y sociales que plantean al paciente. El trabajo artístico puede comprender la reproducción de los detalles de un paisaje o la recreación de una imagen abstracta. Jugar en solitario es menos exigente que responder a los requerimientos de un juego y las interacciones sociales de un juego de rumí de cuatro manos. El juego de bolos con elementos livianos en un salón de actividades de un hogar geriátrico es menos exigente que utilizar un equipo regular en una bolera. A causa de la adaptabilidad de las tareas recreativas, pueden ubicarse en cualquier puesto del esquema jerárquico, según cómo sean estructuradas.

Al igual que el trabajo, la evaluación de terapia ocupacional de la competencia recreativa es individualizada. Comprende el reconocimiento de los intereses, las destrezas y la participación, además de las actividades específicas

utilizadas para satisfacer las necesidades recreativas. En vista del énfasis decreciente del trabajo en la vejez, la participación recreativa asume un rol crítico para dar estructura y significado a los años posteriores a la jubilación. En efecto, la recreación generalmente es el vehículo para mantener la agudeza física, mental y social.

Además de evaluar por separado cada una de las cinco categorías de las tareas de la vida diarias, también se dirige a atención a las habilidades de organización utilizadas por los pacientes para integrar las tareas de la vida cotidiana en los hábitos que producen un estilo eficaz. Por ejemplo, los pacientes con depresión generalmente pueden demostrar destrezas para el manejo del hogar pero no pueden planificar ni cumplir un esquema diario que apoye la participación en tareas de forma cronometrada. Otros pacientes dedican una cantidad excesiva de tiempo a tareas como cuidados personales, dejando el tiempo insuficiente para los otros tipos de tareas como cuidar del hogar. La evaluación de los hábitos de la vida diaria se suele enfocar a través de la evaluación de los roles de terapia ocupacional. Los datos sobre desempeño en las tareas se recogen formulando preguntas u observando realmente el desempeño de las tareas (en la situación de vida natural del paciente o en condiciones controladas en terapia ocupacional). Formular preguntas es el método más práctico para obtener datos acerca de los hábitos de la vida diaria, por que es difícil determinar sus patrones de actividades. La observación es el método preferido para conocer la destreza.

Mientras observa a los pacientes realizando las tareas, el terapeuta tiene la oportunidad de evaluar cualitativamente y cuantitativamente (por ejemplo nivel de independencia) el rendimiento. Los informes cualitativos del desempeño de tareas pueden ser los siguientes, sin limitarse a ellos:

agitación psicomotora, retraso psicomotor, temblor, sacudidas, perseverancia, somnolencia, impulsividad, síntomas somáticos y manifestaciones de comportamiento alucinatorio o paranoide. Observación como éstas son invalorables para planificar el tratamiento.

Diagnóstico funcional

Los datos de la evaluación de terapia ocupacional se resumen en una serie de declaraciones de problemas que constituyen el diagnóstico funcional o terapia ocupacional, que indican las tareas que son disfuncionales y la razón o las razones que se postulan para la disfunción. Un ejemplo de un diagnóstico funcional es una disfunción del vestido por una inhabilidad para ubicar las vestimentas y para secuenciar los pasos involucrados en colocarse y sacarse la ropa. Los pacientes con deterioro cognitivo secundario a demencia de tipo Alzheimer muchas veces muestran este comportamiento. Otro ejemplo de un diagnóstico funcional es la disfunción del vestido por falta de motivación, como lo indica un aspecto desarreglado y arco de movimiento restringido de la cadera derecha. En este caso, la inhabilidad para vestirse apropiadamente parece surgir de un déficit afectivo, asociado con la depresión, pero también está complicado por un déficit físico. Se debe tener en cuenta ambas deficiencias cuando se planifica la intervención; de otro modo, no ocurrirá el resultado deseado, el vestido.

Estos ejemplos muestran la importancia de las observaciones cualitativas del desempeño de tareas. Las observaciones aportan las señales que sirven como base para las inferencias acerca de la etiología de las disfunciones de tareas. Por su parte, la etiología proporciona las señales para planificar las intervenciones.

Intervenciones de la Terapia Ocupacional.

- **Intervención basada en la destreza**

La destreza es la habilidad para realizar eficazmente una tarea. Los pacientes de gerontopsiquiatría experimentan déficit de las destrezas cuando una destreza se deteriora por enfermedad o por procesos relacionados con el envejecimiento, cuando se atrofia por desuso o cuando se interrumpe por cambios ambientales. También se producen déficit de las destrezas cuando los pacientes necesitan o desean realizar tareas que nunca han aprendido. Cualquiera que sea la causa del déficit de las destrezas, la intervención comprende el aprendizaje de las destrezas.

El aprendizaje de las destrezas consiste en conocer la tarea y saber cómo realizarla. La intervención basada en las destrezas tienen seis componentes: impartir conocimiento, establecer un medio ambiente relevante de aprendizaje, supervisar la práctica, promover la autoevaluación, diseñar oportunidades para la generalización de las destrezas e integrar las destrezas en los hábitos de la vida diaria.

El aspecto del conocimiento del aprendizaje de las destrezas, el “conocer la tarea”, puede ser manejado en sesiones formales o informales de enseñanza dirigidas a transmitir información sobre los requerimientos de las tareas. Por ejemplo, se podría decir a un paciente que un andador se mueve hacia adelante y se fija en el suelo antes de dar un paso con él. Entonces, se podría demostrar el proceso del uso del andador. Asimismo los pacientes podrían ser educados por medio de una explicación en las actividades para el alivio de los sentimientos de pena, aburrimiento o depresión. Se incluye en el componente del conocimiento la adquisición de destrezas para la información acerca de las subtareas comprendidas en la tarea, el Secuenciamien-

to y el tiempo de estas subtareas, el ritmo de las decisiones y del movimiento, el resultado deseado.

Una vez que los pacientes comprendan lo que se espera que comience, mantenga y detenga una tarea, el énfasis de la intervención cambia del aprendizaje de una tarea al aprendizaje de cómo realizarla. La meta del aprendizaje acerca de la relación entre la participación en la actividad y los sentimientos es poder utilizar una actividad productiva para manejar el efecto negativo. Estas metas se logran a través de la práctica supervisada de la tarea respectiva en un medio ambiente controlado y estructurado.

Durante la práctica, los pacientes repiten las tareas hasta lograr un nivel de eficiencia, que sea funcional y utilizable en la vida diaria. Se proporciona supervisión para aumentar al máximo la probabilidad para que la tarea se aprenda correctamente. La supervisión se centra en alentar a los pacientes sobre las señales que facilitan el desempeño de las tareas y brindan retroalimentación sobre la calidad del desempeño funcional (corrección de la acción) y la calidad del resultado (corrección de las metas). Se estimula a los pacientes a evaluar su propio desempeño de tareas para facilitar la internalización de los estándares de rendimiento. El terapeuta ocupacional asume la responsabilidad de establecer un ambiente que ayude al aprendizaje. Esto comprende comenzar la adquisición de las destrezas en un nivel que esté dentro de la capacidad del paciente y aumentar gradualmente las demandas de las tareas de modo que finalmente se alcance la meta.

Lograr la meta del uso de un andador para apoyar las actividades funcionales en el hogar puede ser precedido por caminar 60 cm sobre una superficie a nivel y progresar gradualmente hasta los 7,5 m. Durante el curso de la progresión, los pacientes son desafiados a maniobrar su cami-

no entre los muebles, a mantener un rendimiento correcto mientras son distraídos por personas que le hablan, a pasar por encima de los obstáculos (por ejemplo, los umbrales de las puertas) y a caminar en distintas superficies (alfombra).

En el entrenamiento en actividad-afecto, los pacientes podrían participar inicialmente en una actividad común de corta duración. Gradualmente, se aumenta la elección y la duración de la actividad. La participación en las actividades se sigue de una explotación de base grupal y luego individual de los sentimientos asociados con la tarea específica y del contraste entre el tiempo productivo y el tiempo ocioso. La intervención se dirige aproximadamente lo más cerca posible a las condiciones bajo las cuales se realizará la tarea en la vida real. Para promover la generalización a distintos lugares comunitarios, se utilizan distintos materiales de práctica, de modo que los pacientes se familiaricen con el conjunto completo de requerimientos de la tarea. Puede ser necesario idear un conjunto único de condiciones de aprendizaje para cada paciente.

Una vez adquirida una destreza debe ser integrada en los hábitos de la vida diaria del paciente. El uso del andador en el hogar puede requerir una reorganización de los muebles o la cooperación de otra persona para llevar el andador al piso superior o al inferior. Los pacientes pueden necesitar ser acompañados al centro principal y presentado a los miembros que tienen intereses similares a los suyos de modo que mantengan una gran participación en las actividades. El mantenimiento de las destrezas se logra a través del uso frecuente de las tareas.

- Intervenciones basadas en los hábitos

Un déficit en los hábitos es el cese o la interrupción de las

rutinas de la vida diaria. Los déficit en los hábitos ocurren cuando las rutinas de la vida diaria están desorganizadas, desequilibradas, son inflexibles o socialmente inapropiadas. Si la vida diaria de un adulto mayor tiene una estructura identificable que es ineficaz para cubrir las necesidades de la persona, los hábitos de la vida diaria están desorganizados. Los hábitos están desequilibrados cuando se restringe el número, la diversidad, el tipo y la marcha de las actividades; son inflexibles cuando la persona es incapaz de variar las rutinas para adaptarlas a circunstancias no anticipadas o cambiantes. Los hábitos caracterizados por el descuido de los estándares normativos del comportamiento, como la limpieza o la independencia funcional, son socialmente inapropiados.

Las destrezas en las tareas son los ladrillos para la construcción de los hábitos. En el déficit de los hábitos, las destrezas de las tareas individuales se mantienen intactas: El adulto mayor puede demostrar capacidad para cocinar y lavar la ropa. La disfunción reside en la inhabilidad para coordinar o relacionar las tareas en una rutina de la vida diaria que estimule la conclusión en tiempo de las tareas obligatorias y que brinde el tiempo para actividades discretionales. Dado que los hábitos comprenden unidades más grande y más complejas de comportamiento que las destrezas, la adquisición de los hábitos es más difícil que la adquisición de las destrezas.

El entrenamiento en los hábitos tiene cuatro etapas clave: mantenimiento de la movilidad y de las rutinas de cuidados personales; participación en una actividad significativa y reconstitución de los hábitos relevantes para la situación vital. La meta es aproximarse sucesivamente a la complejidad y al ritmo de la vida diaria que se necesitan para la situación vital, ya sea en la comunidad o en una

circunstancia restringida.

En la primera etapa del entrenamiento de los hábitos, se establecen las rutinas para mejorar el desempeño de las tareas de movilidad y de cuidados personales. Inicialmente, el terapeuta ocupacional puede planificar estas rutinas. Esto incluye el esquema de los horarios en que van a realizarse las tareas, establecer límites temporales para completar las tareas, establecer estándares de desempeño y controlar el desempeño de las tareas. Gradualmente, los pacientes adquieren mayor responsabilidad para manejar las tareas de movilidad y de cuidados personales.

Después de estructurar las tareas de movilidad y de cuidados personales, se introduce la participación en otras actividades significativas. El objetivo es hacer participar a los pacientes en un número limitado de tareas limitadas en tiempo y cuidadosamente seleccionadas. Se seleccionan tareas que sean compatibles con el nivel de destrezas y con los intereses del paciente. El entrenamiento destaca la organización y la participación “en las tareas” y “entre las tareas”.

Después de la participación en las tareas, el paciente y el terapeuta ocupacional evalúan la calidad global del desempeño de las tareas. Se evalúan los puntos objetivos (cantidad de trabajo, calidad de trabajo) y los puntos subjetivos (perceptivo, sentimientos). El terapeuta ocupacional proporciona una retroalimentación de la realidad a los pacientes y presta un tono positivo global a sus autoevaluaciones.

Después de la programación inicial y de la diversificación de las tareas se agregan otras tareas que se incorporan en la rutina de la vida diaria. Las tareas específicas que se agregan están determinadas por la situación vital en el alta del paciente. A medida que se agrega cada tarea, se efec-

túa una evaluación de las destrezas organizativas que los pacientes utilizan para ejecutar la tarea y el lugar más ventajoso para fijar la tarea en el esquema diario, semanal o mensual. Al programar las tareas, se efectúan una previsión para la fatiga a través de recreos de descanso e intercalando tareas como una carga física o mental importante con tareas con una carga física o mental más liviana. Gradualmente, se crea un diseño que sea óptimo para cada paciente y que estimule un sentido de autocontrol.

En la etapa final del entrenamiento de hábitos, el enfoque es sobre todo la vida diaria cuando transcurre en el ambiente vital, en el hogar privado, el hogar de cuidados personales, el centro de cuidados intermedios, el hogar adoptivo, un hogar geriátrico. El objetivo es reanudar o asumir un nivel de actividad que proporcione un equilibrio óptimo de movilidad, cuidados personales y participación en recreo y que brinde al paciente una mediación de la satisfacción vital. Si es apropiado, se incluyen las tareas laborales en el plan de manejo del tiempo.

El entrenamiento en esta etapa destaca la transferencia del desempeño en las tareas del lugar controlado de terapia ocupacional a la circunstancia vital real. Se espera que los pacientes asuman mayor responsabilidad para los aspectos de planificación y organización para el desempeño de las tareas. El entrenamiento en manejo de tiempo incluye tener en cuenta todas las tareas obligatorias, permitir tareas discrecionales y manejar los acontecimientos imprevistos.

- **Intervenciones basadas en el ambiente**

La capacidad para realizar tareas está determinada por factores internos y externos a las personas de la tercera edad. Los factores internos se denominan competencia; los factores externos se denominan demandas de tareas. Cuando

la competencia de un paciente no puede ser mejorada o ya ha sido mejorada hasta un punto máximo, a menudo se pueden reducir las demandas de la tarea para permitir una mayor participación. Las intervenciones basadas en el medio ambiente se utilizan para apoyar la competencia funcional, proporcionar una estimulación apropiada y promover la seguridad. El desafío para el terapeuta ocupacional es equiparar las demandas de la tarea con la competencia del paciente, de modo que puede mejorar o mantener la función.

La intervención basada en el medio ambiente comprende la manipulación de las estructuras construidas, los objetos, el tiempo o las personas. Típicamente, los elementos ambientales se utilizan para promover el desempeño de las tareas; sin embargo, en la asistencia de los ancianos la necesidad de evitar la ejecución de las tareas puede asumir igual importancia.

Para los adultos mayores con deficiencias físicas, las adaptaciones estructurales construidas, como rampas para sillas de ruedas y deslizamientos para sillas, facilitan la movilidad. Para las personas de la tercera edad con deficiencias cognitivas, el movimiento físico real puede no plantear ningún problema. De hecho, puede ser necesario asegurar el ambiente para evitar el vagabundeo en los espacios que plantean peligro, como el garaje, donde se almacena herramientas o “fuera” del hogar de cuidados personales.

Los objetos como muebles, aparatos, herramientas y artefactos también se pueden utilizar para promover u obstaculizar el desempeño de tareas. Los dispositivos de tecnología auxiliar, como alcanzadores o cubiertos con mangos construidos, compensan las deficiencias físicas como la falta de arco de movilidad articular y de fuerza de pren-

sión, respectivamente. Asimismo, los “aparatos elegantes”, que saben cuando encender o apagarse sustituyen a los déficit de atención y de memoria.

Para muchas personas con deficiencias cognitivas, la simple provisión de objetos de tareas es suficiente para obtener la tarea relacionada con el objeto. Un paciente puede afeitarse cuando se le alcanza una máquina de afeitar y peinarse cuando se le da un peine. Lo inverso también es cierto; la no provisión de los objetos para las tareas es una estrategia eficaz para inhibir el desempeño de las tareas, como instalar cierres y cerrojos es para prevenir el acceso a objetos potencialmente peligrosos, como fósforo y líquidos de limpieza.

Las tareas se desarrollan en tiempo y en espacio, y el tiempo se puede manejar de una forma que haga más previsibles las demandas ambientales. Se pueden diseñar esquemas para el control de esfínteres y prevenir la incontinencia. Se pueden programar las actividades recreativas para estimular la participación en actividades. El esquema como estrategia de manejo del comportamiento es particularmente útil para el adulto mayor con trastornos afectivos, porque suelen tener dificultad para decidir qué hacer, cuándo hacerlo o si hacerlo o no. También se recomienda hacer las tareas rutinarias en el mismo horario todos los días para los pacientes con deficiencias cognitivas. Es un medio de reducir las reacciones catastróficas que muchas veces aparecen cuando se rompen las rutinas y las demandas de tareas se vuelven poco claras.

Las personas también influyen en el desempeño de tareas. Las destrezas para cuidar a una persona que tiene impacto sobre el desempeño de las tareas varían desde dirigir la atención a dar señales verbales, modelar el desempeño de las tareas, proporcionar objetos para las tareas, desarro-

llar esquemas y dar ayuda física. Como sucede con cada uno de los otros elementos ambientales, los cuidadores pueden estimular (recoger la cuchara) o desalentar (no arroje el alimento al suelo) ciertas acciones en sus intentos por ayudar a los pacientes. Los terapeutas ocupacionales deben trabajar con las personas encargadas del cuidado para que sus actitudes y sus destrezas sean compatibles con el nivel de competencia del paciente.

El efecto de las demandas ambientales sobre la persona de la tercera edad es aportar la cantidad óptima de estimulación para el bienestar mental, físico y emocional o sub estimular o sobre estimular, que influyen ambos negativamente en el desempeño de las tareas. Por lo tanto, periódicamente se debe reevaluar el plan global de asistencia para desafiar la competencia del paciente pero no excederla.

- **Uso de contenciones**

La necesidad de contenciones físicas y químicas para controlar el comportamiento muchas veces puede reducirse por medio de la participación en actividades de orientación y estimulación en un ambiente seguro y funcional. En el caso que se necesite una contención física, el terapeuta ocupacional recomienda el dispositivo menos restrictivo. El dispositivo debe ser del tamaño y el ajuste apropiado y debe permitir a los pacientes mantener una alineación postural óptima. Mientras están con contenciones, los pacientes deben ser observados frecuentemente.

Las contenciones físicas deben ser liberadas al menos cada dos horas y se debe participar en actividades para el arco activo del movimiento durante 10 a 20 minutos. Muchas veces, el control del comportamiento necesario se puede lograr con alternativas de contención. Por ejemplo, un almohadón que se inclina ligeramente hacia el respal-

do de una silla (almohadón para flexión de cadera) hace difícil levantarse sin ayuda y muchas veces es suficiente para controlar la de ambulación sin supervisión. Se puede utilizar zumbador en las puertas y alarmas de control de camas para alertar a los miembros del personal sobre los comportamientos que requieren supervisión. Se debe revisar a menudo y eliminar la necesidad continua de contención o de sus alternativas.

CAPITULO II DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

2.1 COMUNICACIÓN CON EL ADULTO MAYOR

Dos cambios importantes relacionados con la edad que ocurre en la mayoría de la persona de la tercera edad contribuye a tornar difícil la comunicación entre ellos: los cambios en la visión y en la audición. Si una persona no puede ver ni oír muy bien, la mayoría de las señales sensoriales que transmiten interés (una mirada de alerta en sus ojos, el contacto visual, el cuerpo en atención), el respeto, afecto, calidez, preocupación, confianza, etc., nunca se perciben.

Las dificultades en la comunicación también significan dificultades para establecer relaciones terapéuticas, dado que las últimas dependen mucho de un buen funcionamiento de la primera. El terapeuta debe trabajar para comunicarse claramente y debe utilizar de alguna forma otros canales sensoriales para transmitir significados terapéuticos.

Un terapeuta ocupacional que buscara comunicarse lo más eficazmente posible con el paciente podría hacer lo siguiente:

I. Para compensar la deficiencia visual

- a) Utilice ropas de colores brillantes. La mayoría de las personas con deficiencia visual pueden ver algo y los colores brillantes pueden permitir seguir el rastro de una persona en la habitación.
- b) No se siente con la espalda contra una ventana u otra luz brillante mientras habla, porque su rostro aparecerá oscuro y se pierde cualquier señal de comunicación. Si es posible siéntese con la luz sobre su rostro.
- c) Evite todo lo que podría distorsionar u ocultar sus

características faciales como masticar chicle, cabello suelto o una mano delante de la boca. Es importante mantener su rostro visible para aumentar al máximo las señales de comunicación.

d) Utilice el tacto (apropiadamente) para obtener la atención del paciente antes de hablar. El tacto leve sobre una mano o el brazo pueden señalar al adulto mayor que ignore otras distracciones y se concentre en usted.

II. Para compensar la deficiencia auditiva

- a) Muchas de las sugerencias previas también se aplica a la comunicación con una persona que tiene una deficiencia auditiva, mantenga su rostro a la luz visible y siéntese cerca del paciente. Si no existe deficiencia visual, se puede utilizar el contacto ocular y el tacto para llamar la atención de la persona antes de hablar.
- b) En algunos casos es necesario disminuir el tono de su voz; la pérdida auditiva en la edad avanzada afecta a los sonidos vocales más altos. No suele ser de ayuda hablar cada vez más alto.
- c) Utilice palabras claves para comenzar un tema en lugar de frases largas complejas; cuando las repita, utilice diferentes palabras y cambie las frases en lugar de repetir las mismas palabras una y otra vez.
- d) Aumente su comunicación con señales no verbales como expresiones faciales, lenguaje corporal y gestos.
- e) Muchas personas de la tercera edad tienen mejor audición en un oído que en el otro; determínelo y hable cerca del oído que oye mejor.

Estrategias terapéuticas

Algunas estrategias terapéuticas son útiles para establecer una relación terapéutica con un adulto mayor. Una estrategia es considerar la relación como una sociedad con la

persona de la tercera edad. En una sociedad, las personas comparten sus puntos de vista de la situación, comparten el control y la autoridad, y comparten las responsabilidades de los problemas y las soluciones. Las metas para la terapia no son curar sino ayudar al paciente a lograr independencia en el manejo cotidiano de los problemas crónicos.

Una persona de la tercera edad puede esperar que se le diga qué hacer, no obstante creemos que es mucho mejor a la larga aprenda a actuar y a cuidar su salud de forma independiente. Puede ser necesario que el terapeuta ocupacional facilite esta participación activa por medio de estrategias como la educación del paciente y técnicas especiales de entrevistas.

Una estrategia final para establecer relaciones terapéuticas con adultos mayores es que el terapeuta ocupacional se sensibilice con el contexto cultural único del paciente particular. “La cultura determina en gran parte el por qué del sufrimiento de las personas por lo que hacen y el fundamento para que el tratamiento siga su curso particular y no otro”. También lo hacen los patrones de comportamiento como la proximidad que tenemos cuando conversamos, el grado de contacto visual que esperamos durante la comunicación, nuestras ideas sobre las causas y los tratamientos de la enfermedad, nuestros valores relacionados con el individualismo o el bienestar grupal, lo apropiado de los comportamientos para el sexo y la formalidad o la informalidad de nuestras interacciones con otra persona.

La etnicidad (identidad racial, religiosa, nacional o lingüística) es un aspecto de la cultura. La importancia de la etnicidad aumenta con el envejecimiento y que sirve para promocionar un sentido de integración para las personas de la tercera edad. Los enfoques culturalmente sensible

pueden promover una provisión eficaz para los servicios pero, lo que es más importante, esta sensibilidad puede implicar una diferencia crítica entre si los servicios son aceptados o rechazados por el paciente.

Las relaciones terapéuticas entre los terapeutas ocupacionales y los pacientes de la tercera edad están comprometidas por ideas sociales como sesgos etarios, patrones de ayuda relacionados con la edad y variables de la comunicación específicos de la edad por deficiencias sensoriales. Las estrategias para superar las barreras intrínsecas a la terapia son sensibilización al contexto cultural del terapeuta y el paciente, técnicas modificadas de comunicación para compensar la deficiencia visual y auditiva, y la promoción activa de los grupos de asistencia entre el terapeuta y el adulto mayor.

Evaluaciones geriátricas en terapia ocupacional

La expectativa de vida que combinó mortalidad y discapacidad se la denomina medida de la expectativa de vida activa, definida como el periodo de la vida libre de discapacidad en las actividades de la vida diaria. La medida de la expectativa de vida activa refleja la idea de que muerte y enfermedad no constituyen los únicos criterios para evaluar la salud de las personas de la tercera edad y que el estado funcional representa una parte importante de la definición de calidad de vida en adultos. La responsabilidad del terapeuta ocupacional es determinar si es dependiente en una o más actividades de la vida diaria, como baño, vestido, traslado de la cama a la silla y alimentación. El estado funcional puede mejorar, estabilizarse y declinar, es otra responsabilidad del terapeuta ocupacional determinar el potencial de cambio y el medio terapeuta para lograrlo. En cualquier área del ejercicio de la terapia ocupacional,

las evaluaciones geriátricas tienen forma estandarizadas y no estandarizadas. El propósito de la evaluación debe ser determinar el factor en cual un terapeuta utiliza una evaluación específica, La evaluación con una entrevista narrativa puede ser el mejor instrumento para utilizar en el plan terapéutico individualizado; un instrumento estandarizado moderadamente detallado puede ser la elección para el control periódico del estado del paciente con el paso de tiempo.

El enfoque de la evaluación geriátrica sobre el desempeño funcional es diferente del enfoque sobre los componentes del desempeño, como el arco del movimiento articular o la fuerza de presión. Obviamente, dichos componente ser objetos importantes de evaluación en ciertos ancianos, pero generalmente en geriatría se destaca el nivel de desempeño funcional. Las mediciones de los componentes tienden a ser más apropiadas y útiles en situaciones de enfermedad aguda y, los procesos patológicos del envejecimiento son crónicos. El desempeño funcional es conducta y es el resultado de la interacción de la persona y el medio ambiente. Las evaluaciones geriátricas intentan evaluar el desempeño funcional y el ambiente de la persona.

- Evaluación del desempeño funcional.

Las evaluaciones del desempeño funcional se encuentra en escalas estandarizadas para medir las habilidades funcionales diarias en el adulto mayor; existen dos categorías de las actividades diarias: actividades de auto mantenimiento y actividades instrumentales de la vida diaria. Las actividades de auto mantenimiento son las actividades básicas de cuidados personales como baño, vestido, y hábitos de control de esfínteres, Las actividades instrumentales son las tareas que se consideraban más complejas, como uso del teléfono, preparación de las comidas y manejo de las

medicaciones

- Evaluaciones ambientales.

El ambiente está compuesto por todas las personas, los objetos físicos y las condiciones culturales que los rodean; las teorías establecen que el comportamiento y el desarrollo de los seres humanos son el resultado de una interacción entre la persona y el ambiente. La interacción representa una competencia entre la persona y el ambiente, que conduce a un comportamiento eficiente y competente.

La teoría de la docilidad ambiental sostiene que entre menor es la competencia mayor es la confianza de esa persona en el ambiente como apoyo. Los terapeutas ocupacionales que trabajan con las personas de la tercera edad evalúan el ambiente y su desempeño funcional.

Dado que las demandas de ambiente accesibles están creciendo para permitir al adulto mayor y discapacitados mantenerse en la comunidad. Las evaluaciones de terapia ocupacional del ambiente tratan las características físicas de los mismos, se utilizan listas de control en cada una de las habitaciones para evaluar seguridad, acceso, comodidad y tipos de función.

Tratamiento de terapia ocupacional en geriatría

La práctica geriátrica se compone de los tres enfoques terapéuticos siguientes:

- Enfoque de prevención.- mantenimiento del estado actual de la salud y la prevención de la declinación o el traumatismo
- Enfoque de adaptación.- uso de estrategias compensadoras para ayudar al adulto mayor a vivir con una discapacidad
- Enfoque de recuperación.- uso de técnicas de reha-

bilitación para ayudar a los ancianos a recuperar la función máxima

Prevención

La terapia ocupacional dirigida a la prevención utiliza dos enfoques terapéuticos primarios: prevención de accidentes y promoción de la actividad. Para la prevención de accidentes, muchas de las consideraciones ambientales son de importancia fundamental. La prevención de los accidentes en el hogar es un objetivo del tratamiento y la lista de control de los peligros del hogar.

Los terapeutas ocupacionales pueden medir e instalar los pasamanos y las barras para asirse en escaleras y baños. Diseñar estrategias de memoria para el manejo de las medicaciones es otro ejemplo de terapia que se dirige a la prevención y a la seguridad. Nuestras actividades diarias mantienen la salud, ya que proporcionan el desafío mental y físico para mantener nuestro cuerpo y mente suficientemente estimulados. Los niveles de actividad pierden presentar deficiencias por problemas de salud, cambios de edad, actitudes sociales. El plan terapéutico puede ser útil para mantener o reincorporar a una persona a una actividad significativa.

La programación de las actividades que busca establecer un equilibrio saludable de actividades laborales y lúdicas es importante en la comunidad como en la institución. Si aparecen cambios vitales demasiado rápidos o si alteran gravemente la rutina diaria de la vida de una persona puede ocurrir un ciclo negativo de actividades deficientes. Un ejemplo de prevención de dicho ciclo negativo en la comunidad sería ayudar a un adulto mayor a prepararse para el cambio de vida; con su desplazamiento hacia grandes cantidades de tiempo de recreo y pérdida del tiempo del

trabajo.

Otro cambio en esta etapa de la vida puede ser mudarse a un centro gerontológico, esta reubicación altera intrínsecamente las actividades y rutinas habituales, un terapeuta ocupacional puede prevenir o minimizar el estrés de la reubicación que brinden la persona de la tercera edad elecciones siempre que sea posible, que le incluyan la toma de decisiones durante el proceso y que proporcionen familiaridad del ambiente físico y la rutina en el nuevo medioambiente.

Una actividad especial del desarrollo de la ancianidad se denomina “usos adaptativos del pasado”. Son actividades de revisión de la vida para lo cual el adulto mayor utiliza la memoria del pasado para adaptarse a la situación actual. Los terapeutas pueden estimular apropiadamente las actividades amnésicas para ayudar a mantener la salud y el bienestar de la persona de la tercera edad en el presente, puede ocurrir espontáneamente actividades reminiscentes, pero también pueden ser planificadas voluntariamente para los individuos o los grupos alrededor de temas como las mascotas, días escolares, una feria, vestimentas, tradiciones festivas y la música.

Adaptación

Muchas de las recomendaciones sobre seguridad que efectúa el terapeuta ocupacional previenen el traumatismo y se acomodan a una discapacidad existente. Por adaptación queremos indicar modificación del medio ambiente del paciente geriátrico para permitirle llevar a cabo las actividades de la vida diaria de la forma más independiente posible. Por ejemplo, la instalación de barras cerca de la bañera puede evitar las caídas y las lesiones, pero también puede permitir a una persona entrar y salir de forma inde-

pendiente de la bañera en lugar de confiar en la ayuda de otra persona.

El principio de adaptación abarca muchas facetas de vida independiente. Los números agrandados en el teléfono pueden permitir a una persona utilizar de forma independiente el teléfono. Las modificaciones en los cubiertos pueden hacer posible que una persona se alimente sola. Un almohadón acuñado para asiento o una plataforma elevada puede permitir a una persona sentarse o salir de una silla sin ayuda. Es obvio que la esencia de la adaptación es la modificación del medio ambiente de modo que se equipare y apoye las competencias de la persona.

El medio ambiente psicosocial también puede ser adaptado para apoyar la función. Los terapeutas ocupacionales junto con los grupos de apoyo pueden ofrecer algunos servicios, oportunidades para competir la experiencia y la resolución del problema, apoyo emocional e información, también se pueden tratar los cambios de memoria, las deficiencias de la visión. La seguridad en el hogar, la supervivencia a la pérdida de un cónyuge, la permanencia en actividad, el crecimiento espiritual, etc.

Otro aspecto es la adaptación de las técnicas durante la vida diaria para adaptarlas a una discapacidad específica. Los enfoques terapéuticos como técnicas de protección articular para personas con artritis y simplificación de trabajo para los que sufren de enfermedades cardiovasculares.

Recuperación

La asistencia de recuperación es un remedio que busca establecer al adulto mayor a los niveles anteriores de función tras una enfermedad aguda o una lesión traumática. La recuperación del accidente cerebro vascular, la amputación,

el reemplazo articular y otros trastornos agudos a menudo se realiza en un centro de asistencia prolongada.

Los terapeutas ocupacionales se han concentrado en los programas de recuperación en la preparación para el alta y el regreso a la comunidad. Los cuidados personales, la preparación de las comidas y la movilidad en el hogar y la comunidad son aspectos claves en el tratamiento.

Los programas de recuperación pueden estar dirigidos al reconocimiento mental y físico. En los programas de pacientes geriátricos deprimidos, las metas de la rehabilitación se concentran en ayudar a la persona a recuperar y elaborar relaciones sociales y obtener la motivación para retornar a los niveles de independencia. El plan de un programa de rehabilitación con adultos mayores depresivos puede seguir una secuencia desde el tratamiento individual, hasta la terapia grupal y los grupos de autoayuda.

La terapia ocupacional para el adulto mayor es un área rápidamente y comprende la asistencia aguda, prolongada, de cuidados diurnos para adultos y la atención médica en el hogar. Los terapeutas ocupacionales geriátricos utilizan su entrenamiento en disfunción física y psicosocial para evaluar y planificar el tratamiento de las personas de la tercera edad. Las preocupaciones terapéuticas son las competencias del adulto mayor y el medio ambiente de la persona.

Con un enfoque hacia la vida independiente y el desempeño funcional, el terapeuta debe partir de un amplio espectro de destrezas para tratar los aspectos a menudo complejos e interrelacionados con la situación de salud de la persona. Como en las demás áreas de la práctica, el trabajo del terapeuta ocupacional con el paciente geriátrico puede ser para ellos la clave que haga que valga la pena vivir la vida.

2.2 FUNCIONES SENSITIVA Y NEUROMUSCULAR

Fuerza Muscular Definición y propósito

La fuerza muscular puede definirse como “la capacidad para demostrar el grado de potencia de un músculo cuando al movimiento se le pone resistencia, por ejemplo, con un objeto o con gravedad. La evaluación clínica de la fuerza muscular examina la contracción máxima de un músculo o grupo muscular cuando existe una debilidad aparente o dificultad con la función. La debilidad muscular se observa en los trastornos de la neurona motora inferior, las enfermedades musculares primarias y las neurológicas. Las discapacidades que producen desuso o inmovilización, como las quemaduras, la artritis y la amputación, también pueden causar debilidad.

La evaluación de la fuerza muscular puede:

- Facilitar el diagnóstico de algunos trastornos neuromusculares (por ejemplo lesión medular o del nervio periférico).
- Establecer un nivel basal y una medida progresiva para evaluar la eficacia de las intervenciones.
- Determinar si la debilidad limita el desempeño.
- Determinar la necesidad de medidas compensatorias o dispositivos de asistencia de forma temporal o prolongada según la naturaleza de la discapacidad.
- Identificar desequilibrios musculares que pueden requerir fortalecimiento, si fuera posible, o una intervención ortésica para prevenir la deformidad.

La fuerza muscular puede medirse por medio de básculas de resorte, tensiómetros, pesos o resistencia manual. La evaluación de la fuerza muscular no mide la resistencia, la coordinación o las capacidades de desempeño.

Principios generales

El examen de los grupos musculares evalúa la fuerza de los grupos de músculos que desempeñan movimientos específicos en cada articulación (flexores de codo). El examen muscular manual evalúan los músculos individuales (bíceps, braquial, supinador largo). Un terapeuta podría observar primero el desempeño funcional y luego examinar cierto grupo muscular sobre la base del resultado de la observación. Para el examen muscular, el terapeuta debe tener un conocimiento previo de los músculos y de sus funciones, la posición anatómica y la dirección de las fibras musculares, y el ángulo de tracción sobre las articulaciones. Ha de tener en cuenta patrones de sustitución (cuando un músculo o un grupo muscular intenta compensar la falta de función de un músculo débil o paralizado) y se debe dirigir a ellos (rotación externa del hombro y alargamiento excéntrico del bíceps frente a la extensión del codo por el tríceps en la posición eliminada por la gravedad).

Resistencia

La resistencia se define como la capacidad para mantener una actividad dada en el tiempo. La resistencia es una medida de vigor y la adecuación, y puede verse comprometida por la inactividad, la inmovilización, el descondicionamiento cardio respiratorio o muscular y la disminución de la flexibilidad. La resistencia se relaciona con la intensidad, la duración y la frecuencia de la actividad.

Coordinación gruesa

La coordinación es la actividad conjunta de muchos músculos en patrones y secuencias delicadas de movimiento. El movimiento coordinado se caracteriza por ritmo, ten-

sión muscular apropiada, tono postural, refinamiento del número mínimo de grupos musculares necesarios para producir el movimiento deseado y equilibrio. La coordinación es una respuesta automática controla fundamentalmente a través de la retroalimentación sensitiva propioceptiva. La retroalimentación visual y táctil, el esquema corporal y la capacidad para juzgar y mover el cuerpo a través del espacio también afectan a la coordinación global.

Incoordinación es un término amplio para los movimientos extemporáneos, desiguales o imprecisos. Muchos tipos de lesiones pueden producir trastornos de la coordinación. Las lesiones cerebelosa, las enfermedades musculares o de los nervios periféricos, las lesiones de la columna posterior de la médula espinal y las lesiones de la corteza frontal o pos central pueden causa rinoordinación.

Disfunción cerebelosa

El temblor intencional aparece durante el movimiento voluntario, es menos manifiesto o está ausente durante el reposo, y se intensifica al concluir el movimiento. Para evaluar este trastorno, el terapeuta solicita la paciente que toque alternativamente su nariz y luego el dedo del terapeuta, que éste pone delante del paciente en distintas posiciones. El temblor también puede observarse durante el desempeño de actividades diarias o durante la prueba dedo-dedo.

La disdiadocinesia es la disminución de la capacidad para realizar suavemente movimientos alternantes rápidos. Las pruebas consisten en que el paciente supine y pone el antebrazo, flexione y extienda el codo y cierre y abra la mano. Otras pruebas son la rotación alternada de los brazos completamente extendidos y el golpeteo de la mesa con los dedos extendidos. Estas pruebas se realizan bilateralmente.

La disimetría es una descomposición del movimiento. La falta de acción sinérgica entre agonistas y antagonistas produce el movimiento en sacudidas. La disinergia puede observarse en el movimiento alternante, las pruebas índice-nariz dedo-dedo.

La marcha atáxica con frecuencia es inestable y con una base amplia; el paciente tiene tendencia a desviarse o caer hacia el lado de la lesión. El terapeuta lo observa cuando el paciente camina o puede solicitarle que camine y gire rápidamente o camine sobre los talones o los dedos a lo largo de una línea recta.

El fenómeno del rebote de Holmes es la falta de un reflejo de control para detener un movimiento y evitar golpear algo en el trayecto de ese movimiento. Para efectuar la prueba, el examinador opone resistencia a la flexión del codo en el antebrazo e inesperadamente libera la resistencia; la mano de la persona puede golpear su propio tórax, el hombro o el rostro si no puede controlar el movimiento. La hipotonía es la disminución del tono muscular y la menor resistencia al movimiento pasivo por la pérdida de la influencia facilitadora del cerebelo sobre el estiramiento. El terapeuta puede observar la hipotonía clínicamente y realizar un estiramiento rápido.

Disfunción de las columnas posteriores

En esta forma de ataxia, la marcha con una base amplia es el resultado de la pérdida de la Propiocepción. La capacidad del paciente para autocorregirse mediante la compensación visual cuando mira el suelo y la colocación de sus pies diferencian la disfunción de las columnas superiores de la disfunción cerebelosa. El signo de Romberg es la incapacidad para mantener el equilibrio con los pies juntos y los ojos cerrados, En el déficit de las columnas postero-

res, la disimetría en la prueba índice-nariz se exagera con los ojos cerrados.

Disfunción de los ganglios basales

La atetosis es un trastorno caracterizado por movimientos lentos, reptantes, de torsión, continuos e involuntarios, sobre todo del cuello, el rostro y las extremidades. Estos movimientos no están presentes durante el sueño. Los músculos pueden tener un tono aumentado o disminuido. El terapeuta debe observar el compromiso proximal o distal, las extremidades afectadas, el patrón de los movimientos, así como que estímulos aumentan o disminuyen los movimientos anormales.

La disfonía es una forma de atetosis que produce movimientos de torsión del tronco y los músculos proximales de las extremidades, posturas distorsionadas y espasmos en torsión. Los movimientos coreiformes son irregulares, sin propósito, amplios, rápidos, en sacudidas y disrítmicos. Los músculos están hipotónicos. Puede aparecer corea durante el sueño. El Hemibalismo es una corea unilateral rara que comprende movimiento de lanzamiento violentos, forzados y súbitos de las extremidades de un lado del cuerpo.

Los temblores de reposo se detienen al iniciar el movimiento voluntario, pero se reanudan mediante la fase de sostén de una tarea motora, sobre todo cuando el paciente está cansado o su atención disminuye. Un ejemplo es el temblor de los dedos de la mano “cuenta monedas”, que se observa en el parkinsonismo. Bradicinesia significa escasez de movimiento.

Los movimientos automáticos, como el balanceo del brazo durante la marcha y las expresiones faciales, están disminuidos.

Control Postural

La postura es el resultado de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo en un momento dado. Es la posición estática adoptada por cualquier parte del cuerpo o por el cuerpo en general que requiere esfuerzo muscular. En términos kinesiológico, el terapeuta debe evaluar la alineación y las curvaturas del raquis, la pelvis, el tronco, la cabeza, el cuello y las posturas de las extremidades superiores solas y en relación entre ellas en las posiciones de pie, sentado y reclinado, si fuera necesario. Existe una buena alineación corporal cuando el centro de gravedad de cada segmento corporal se localiza sobre la base de apoyo del cuerpo. Los problemas estructurales y los déficit de fuerza muscular o los desequilibrios pueden tener un efecto mecánico sobre el control postural.

La adaptación postural refiere a la capacidad del cuerpo para conservar el equilibrio de forma automática y mantenerse erguido durante las alteraciones en la posición y las exigencias para la estabilidad. Existen varios requisitos para el control postural “normal”. Los individuos deben ser capaces de:

- Producir movimiento a través de un rango suficiente en el tronco y las extremidades.
- Diferenciar las partes del cuerpo entre sí. Ej. rotar la cabeza independientemente de los hombros.
- Detener y mantener el movimiento en el rango medio para estabilizar contra la gravedad, lo que es fundamental para el movimiento transicional.
- Distribuir el tono postural normal en los segmentos corporales para sostener el movimiento.
- Funcionar simétricamente.

Una dificultad para identificar los determinantes espe-

cíficos de los déficit del equilibrio es que la aptitud del equilibrio puede estar influida por los sistema somato sensitivo (propioceptiva, cutáneo y articular), visual y vestibular. Pueden producirse déficit en el control del equilibrio durante alteraciones esperadas e inesperadas, ajustes posturales voluntarios o ajustes posturales que preceden a movimientos voluntarios de las extremidades. Las conclusiones válidas sobre la disfunción del equilibrio requieren pruebas que diferencien entre los trastornos que modifican las aferencias sensitivas.

El terapeuta debe anotar todas las observaciones clínicas sobre la capacidad del paciente para adquirir y mantener las siguientes posiciones del desarrollo: decúbito ventral, decúbito dorsal, sentado, reptar de pie y marcha, examinando las respuestas automáticas en los planos corporales sagital, frontal y transversal. El equilibrio durante distintas actividades funcionales como asir objetos de cocina, atarse los zapatos y ducharse también deben ser registrados.

Coordinación fina y destreza

La coordinación puede definirse como la acción delicada y armónica de grupos musculares que trabajan juntos para producir el movimiento deseado. La destreza es un tipo de coordinación fina que habitualmente se evalúa en las extremidades superiores. Existen pruebas estandarizadas que evalúan aspectos de la destreza, como velocidad en la manipulación de los objetos, precisión del movimiento, prensión y liberación, patrones de prensión, habilidades de escritura y postura de mano.

Estas pruebas suelen ser realizadas con el paciente sentado y con el brazo apoyado. Sin embargo, es importante observar el funcionamiento motor fino en distintas posiciones, con el brazo sostenido, como sucede en las actividades de la vida diaria. Las tareas funcionales por

ejemplo, abrocharse, usar tijeras, manipular monedas y escribir, deben ser observadas para determinar la facilidad, la precisión y la oportunidad del desempeño.

La evaluación es un proceso progresivo para recoger datos, formular hipótesis y guiar las decisiones clínicas. El terapeuta ocupacional debe integrar la información y centrarse en los problemas de desempeño es de interés fundamental para el paciente y que tiene el máximo peso en las ocupaciones deseadas.

Percepción y cognición

Por qué evaluar las funciones cognitivo-perceptivas?

“Pensar, recordar, razonar y comprender el mundo que nos rodea es fundamental para llevar a cabo las actividades de la vida diaria”. La cognición consiste en procesos interrelacionados, que incluyen las capacidades de percibir, organizar, asimilar y manipular información para que el individuo pueda procesarla, aprender y generalizar. Los trastornos cognitivos se observan como resultados de problemas del desarrollo o del aprendizaje, traumatismo o enfermedades cerebrales, disfunción psiquiátrica o trastornos socioculturales, Estos trastornos pueden conducir a limitaciones importantes en actividades de todos los aspectos vitales: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego y ocio y participación social.

Examen de la sensibilidad

La sensibilidad aporta al sistema nervioso la información que permite desarrollar mapas precisos y fiables del ambiente y de nosotros mismos. Los trastornos del sistema nervioso periférico disminuyen las transmisiones hacia el cerebro. El daño cerebral interfiere con la percepción, la

interpretación o la integración de la información sensitiva. Los terapeutas ocupacionales emplean las pruebas sensitivas para destacar las alteraciones que pueden interferir con la seguridad, el control motor, el reentrenamiento motor, la velocidad del desempeño y, lo que es más importante, la función. Los resultados de la evaluación sensitiva determinan la necesidad de enseñar precauciones contra las lesiones técnicas compensatorias (personales y ambientales) o reeducación sensitiva.

Las áreas evaluadas habitualmente por los terapeutas son los sistemas somáticos primario y discriminativo, que transmiten información sensitiva desde la piel, las articulaciones y los músculos esqueléticos. Otras áreas que pueden ser evaluadas por un terapeuta ocupacional son las siguientes:

- **Visión:** percepción de la luz, movimientos conjugados, campo visual, actividad visual, rango de movimiento visual y movimientos sacádicos: intervienen el terapeuta ocupacional, el optometrista, oftalmólogo, neurólogo y el neuro oftalmólogo.
- **Audición:** reactividad a la estimulación auditiva, reconocimiento a la estimulación auditiva, localización de la estimulación auditiva y agudeza; intervienen el Audiólogo, fonoaudiólogo y el otorrinolaringólogo.
- **Olfacción:** capacidad para detectar e identificar distintos olores y hacer comparaciones bilaterales; intervienen el terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo y el otorrinolaringólogo.
- **Gustación:** en cuanto se relacione con el gusto, el desencadenante de la salivación y la deglución; intervienen el terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo.

Al tener información y la relación de estos datos con los de

la terapia ocupacional, los terapeutas pueden crear estrategias de intervención.

Examen de sensibilidad somática. Principios generales de la metodología

Los siguientes principios se aplican a todos los exámenes de sensibilidad somática:

- Explicarle el procedimiento al paciente; solicitar una retroalimentación o hacer preguntas.
- Dar instrucciones cuando los ojos del paciente no están cerrados; mostrar sobre la extremidad no afectada, si hay alguna.
- Examinar un área no afectada para: Determinar la comprensión de la persona.
- Establecer lo que es normal para la persona.
- Tapar la visión del paciente (con una carpeta, una pantalla, cerrar los ojos); hacer que abra los ojos entre las pruebas para evitar mareos o desorientación.
- Aplicar los estímulos:
 - Proximal adistal.
 - Intercalados aleatoriamente con ensayos sin presentación. Sobre las superficies dorsal o ventral.
- Si el paciente está imposibilitado para responder verbalmente, puede señalar a un estímulo doble o un cuadro o reproducir el movimiento si fuera apropiado.
- Pasar los resultados en un formulario; poner fecha y firmarlo.
- Los métodos de puntuación, las definiciones y el registro debe ser uniforme.

El ambiente debe ser el adecuado para que el examen se desarrolle con normalidad. El paciente debe comprender el propósito general y el procedimiento específico y debe ser capaz de participar activamente y comunicar las respuestas.

Sistema somático primario Tacto Leve

Una prueba es la de determinar la capacidad del paciente para percibir el tacto leve.

- Estímulo: un toque ligero sobre un área pequeña de la piel con un bastoncillo de algodón, el extremo de una goma de borrar o el pulpejo del dedo del terapeuta.

- Respuesta: el paciente realiza una indicación cuando percibe el estímulo diciendo “ahora” o “sí” describiendo la sensación o señalando el lugar.

Las gradaciones finas del tacto leve pueden ser evaluadas usando la prueba de Monofilamentos. Esta prueba controla la cantidad de fuerza aplicada en la mano del paciente mediante un instrumento manual calibrado.

Otras pruebas determinan la capacidad del paciente para sentir dolor.

- Estímulo: un alfiler de gancho con un extremo agudo y otro romo; el terapeuta aplica un estímulo mixto agudo y romo aleatoriamente y usando el mismo grado de presión.

- Respuesta: el paciente indica cuándo y qué tipo de estímulo percibe respondiendo “pincha” o “toca”.

- Observación: el alfiler debe limpiarse con un bastoncillo de algodón empapado en alcohol antes de la prueba y después de ella.

Los terapeutas evalúan la capacidad del paciente para distinguir variaciones en la temperatura.

- Estímulo: tubo de ensayo con tapón (el metal es un mejor conductor del calor que el vidrio), uno lleno de agua helada y el otro de agua caliente (tolerable al tacto normal); el terapeuta emplea aleatoriamente cada estímulo, manteniéndolo sobre la superficie corporal el tiempo suficiente como para permitir que se produzca un cambio de temperatura en la piel (aproximadamente 1 segundo)

- Respuesta: el paciente indica qué estímulo percibe respondiendo “caliente” o “frio”

Sistema somático discriminativo Localización táctil

El terapeuta ocupacional también debe examinar la capacidad del paciente para localizar el tacto.

- Estímulo: el terapeuta toca la piel con una goma de borrar, un bastoncillo de algodón o el pulpejo del dedo; la intensidad y la duración del estímulo influye significativamente en la precisión de la respuesta.

- Respuesta: después de cada estímulo, el paciente abre los ojos y coloca un dedo sobre el área estimulada o la describe.

Discriminación de dos puntos

Se examina al paciente para evaluar su capacidad para percibir dos estímulos distintos cuando se aplican simultáneamente.

- Estímulo: se usa un tensiómetro o un clip; el terapeuta aplica simultáneamente dos puntas a lo largo del eje longitudinal en el centro de la zona que examina, con igual presión leve en la superficie palmar del antebrazo, la mano y los dedos; el terapeuta ajusta la distancia entre los estímulos dobles durante el examen para identificar el espacio necesario entre los dos estímulos para que el paciente los perciba como separados; se intercalan ensayos de aplicación de una punta con los ensayos del examen.

- Estímulo: el paciente identifica el estímulo diciendo “una punta” o “dos puntas”; se anota la puntuación para cada área de piel examinada; existen varios valores normativos para la distancia entre estímulos dobles percibidos.

Estereognosia

La estereognosia es la capacidad de identificar los objetos por el tacto.

- Estímulo: el terapeuta coloca un objeto común en la mano del paciente (por ejemplo lápiz, llave, moneda, pelota de goma) y le solicita que manipule e identifique el objeto.
- Respuesta: el paciente nombra el objeto a medida que lo identifica, describe las propiedades si no puede nombrarlo o lo elige a partir de una fotografía o una exhibición de objetos idénticos.
- Observación: esta prueba no es apropiada para las personas que no pueden manipular objetos por sí mismo.

Propiocepción

La Propiocepción es la capacidad de identificar la posición de las extremidades en el espacio sin la visión.

- Estímulo: el terapeuta sostiene lateralmente las partes del cuerpo que se va a evaluar para evitar las aferencias cutáneas y coloca de forma lenta y pasiva la articulación por evaluar; las articulaciones se evalúan aisladamente y en combinación.
- Respuesta: se le solicita al paciente que reproduzca la posición con la otra extremidad. Si no es capaz de imitar la posición de la extremidad, puede apelar con una respuesta verbal como “arriba” o “abajo”, o usar un gesto o señalar las flechas direccionales.

Cinestesia

- La cinestesia es la sensación de movimiento.
- Estímulo: el terapeuta sostiene lateralmente la parte del cuerpo por examinar para reducir las aferencias táct-

tiles y mueve la articulación hacia arriba y hacia abajo; en el nivel de detección de la cinestesia tiene una gran influencia la velocidad.

- Respuesta: después de cada estímulo, el paciente indica en qué dirección se movió la parte del cuerpo.

Interpretación de los resultados

Los terapeutas deben estar atentos a la influencia de los déficit cognitivos, perceptivos, psicosociales y motores sobre el desempeño sensitivo. Es posible que algunos pacientes no puedan prestar atención o apreciarla naturaleza abstracta de las pruebas empleadas para evaluar la sensibilidad. Pueden tener dificultades para comprender las instrucciones, pueden adivinar las respuestas o pueden pensar que el procedimiento es intrascendente y por lo tanto no participan por completo. Es importante solicitarles que describan (si pueden) lo que sienten. Se observará a las personas durante las actividades funcionales.

Si la sensibilidad parece contribuir a los problemas del desempeño, se identificarán con precisión el déficit que concurre en ellos. Se instruirá al paciente, a los miembros del equipo y a quienes prestan asistencia sobre el déficit y las ramificaciones funcionales potenciales, como cuestiones de seguridad, técnicas compensatorias y adaptaciones ambientales para facilitar la conciencia y el procesamiento sensitivo.

Rango de movimiento

El rango (amplitud) de movimiento es el arco de movimiento a través del cual pasa una articulación. El rango de movimiento pasivo es el arco de movimiento a través del cual la articulación pasa cuando la fuerza exterior la

moviliza. El rango del movimiento activo es el arco de movimiento a través del cual la articulación pasa cuando los músculos que actúan sobre la articulación la mueven. La estructura y la integridad de los tejidos circundantes determinan las direcciones y los límites del movimiento para cualquier articulación dada.

El terapeuta ocupacional evalúa el rango de movimiento para:

- Determinar limitaciones que afectan a la función.
- Determinar limitaciones que pueden producir deformidad.
- Determinar el rango adicional necesario para la función.
- Mantener un registro de progresión o regresión.
- Determinar metas apropiadas para la intervención.
- Determinar la necesidad de férulas, dispositivos de asistencia o ambos.
- Elegir modalidades apropiadas de intervención, técnicas de posicionamiento y otras estrategias para reducir las limitaciones.

Tono muscular

El tono muscular depende de la integridad de los mecanismos del sistema nervioso periférico y central, así como de la tractibilidad, la elasticidad y la extensibilidad del músculo.

El tono muscular normal varía de una persona a otra y depende de la edad, el sexo y la ocupación. El tono normal puede caracterizarse por la capacidad para moverse en contra de la gravedad, para pasar de la estabilidad a la movilidad, para usar los músculos en grupos o selectivamente, y para el equilibrio entre agonista y antagonista.

El nivel del tono en un músculo puede aumentarse o disminuirse por la presencia de daño en el sistema nervioso.

Hipotonía

La hipotonía se caracteriza por la disminución del tono muscular resultante de la hiperactividad a la estimulación sensitiva y los comandos eferentes. Los músculos se presentan blandos, flácidos y laxos. Estos, juntos con la contracción asociada débil alrededor de las articulaciones proximales, puede producir un rango más amplio para el movimiento pasivo. Los reflejos osteotendinosos están disminuidos o ausentes. La hipotonía aparece en enfermedades musculares primarias, lesiones cerebelosas, trastornos de la neurona motora inferior y en las fases iniciales de los accidentes cerebro vasculares y las lesiones medulares.

Espasticidad

La espasticidad es un trastorno motor caracterizado por el aumento dependiente de la velocidad de los reflejos de estiramiento tónicos, con tensión tendinosa exagerada como resultado de la hiperexcitabilidad del reflejo de estiramiento como un componente del síndrome de la neurona motora superior. La naturaleza selectiva de la espasticidad conduce a una interrupción del movimiento sinérgico causado por el desequilibrio entre los grupos musculares. Las características de la espasticidad comprenden músculos hipertónicos, hiperreflexia tendinosa, Clonus, reflejos espinales anormales, aumento de la resistencia al movimiento pasivo y menor coordinación motora. La espasticidad aparece en los trastornos de la neurona motora superior, como esclerosis múltiples, parálisis cerebral, lesión medular, accidente cerebro vascular, y traumatismo

craneal.

La espasticidad está influida por los mecanismos reflejos posturales y factores extrínsecos como contractura, ansiedad, extremos de temperatura y dolor emocional o físico. Puede caracterizarse como leve, moderada o intensa.

Rigidez

La rigidez es el aumento simultáneo del tono muscular en músculo agonista y antagonista que conduce a una mayor resistencia al movimiento pasivo en cualquier dirección durante todo el rango de movimiento. La rigidez en “caño de plomo” se caracteriza por una sensación constante de rigidez durante todo el rango de movimiento disponible. En la rigidez en rueda dentada hay un temblor superpuesto a la rigidez, que provoca la contracción y la relajación alterada durante todo el rango de movimiento. La rigidez aparece en las lesiones del sistema extra piramidal, como la enfermedad de párkinson, las encefalitis y los tumores. En un grupo muscular puede presentar tanto rigidez como espasticidad.

Evaluación del tono muscular

El terapeuta ocupacional evalúa el tono muscular para:

- Establecer un nivel basal.
- Planificar la intervención y seleccionar los métodos de intervención.
- Entrenar al paciente en métodos especiales o en el uso de dispositivos de asistencia para lograr tareas funcionales.
- Estructurar factores ambientales para reducir los efectos negativos del tono muscular.

Registro de los resultados

Cuando registra los resultados, el terapeuta debe anotar la posición en la que se realizó el examen, la presencia de reflejos anormales y cualquier factor externo que puede influir en los resultados, como la temperatura ambiental, la hora del día y la medicación ingerida. Debe también registrar la presencia, el grado la distribución y el tipo de tono normal, así como su efecto sobre la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria.

Interpretación de los resultados

Ante paciente que presenta un tono anormal, los terapeutas debe formularse, las siguientes preguntas:

- ¿Afecta a la función?
- ¿Qué influye en el tono?
- ¿Es la posición de la cabeza, las caderas o el tronco?
- ¿Existe una combinación de tono muscular?
- ¿La medicación tiene algún efecto nocivo sobre el tono y sobre la función relacionada?
- ¿Las técnicas de facilitación o inhibitorias tiene algún efecto a corto o a largo plazo?

Si se presenta hipotonía, el examen muscular puede determinar el grado de debilidad. Si se prevé una recuperación de la hipotonía, es apropiado el ejercicio graduado y la actividad terapéutica. El equipo adaptativo puede ser necesario a corto o largo plazo. El posicionamiento debe proteger los músculos débiles del sobre estiramiento.

El tono muscular elevado hace posible llevar un examen muscular preciso y requiere técnicas para mantener el rango de movimiento, desempeñar las actividades de la vida diaria y posicionar en patrones opuesto a los espásticos. Las técnicas inhibitorias dependen de la naturaleza y la

gravedad de la discapacidad, la distribución anormal del tono y de otros problemas concomitantes.

Definición del objetivo de la evaluación

La evaluación es el proceso de recoger datos, formular hipótesis y tomar decisiones para guiar la acción. La evaluación es imprescindible para:

- Establecer metas y planes de intervención.
- Demostrar la eficacia de las intervenciones terapéuticas.
- Determinar el estado de vida independiente.
- Documentar la necesidad de un programa específico.
- Facilitar la colocación educacional o vocacional.
- Sustanciar los reclamos de los seguros.
- Apoyar una demanda.

La evaluación es un proceso progresivo de recolección e interpretación de los datos necesarios para la planificación y la modificación de intervención y la planificación del alta. El examen se refiere a los instrumentos específicos usados en el proceso de la evaluación.

El objetivo primario de la evaluación es seleccionar la combinación de enfoques para la recolección de datos que proporcione el cuadro más claro y más completo del nivel de función del individuo, con el menor gasto de tiempo y de energía y el menor coste. Una evaluación efectiva exige la combinación de varios tipos diferentes de conocimiento y habilidades. Un terapeuta debe:

- Ser eficaz para obtener la información relativa a los patrones y los problemas de desempeño ocupacional de su paciente.

- Conocer los trastornos de salud que afectan al desempeño, lo que incluya las causas, la evolución esperada y el pronóstico.
- Estar familiarizado con distintos métodos de examen, sus usos y su relación correcta.
- Ser capaz de seleccionar métodos de examen que sean apropiados para la persona.

El proceso de evaluación implica la recolección de datos del paciente y los miembros de su familia, de fuentes institucionales, como historias médicas y registros educacionales. El proceso continúa con la administración de los instrumentos de evaluación y concluye con un análisis y un resumen de los resultados, específicamente del modo en que los déficit de desempeño afectan, a la función.

Cuando se elige un instrumento o una estrategia para el examen el terapeuta debe estar informada y ser discriminativo. Existen muchos tipos de exámenes: informales, formales, estandarizados, no estandarizados, sin referencias y con criterios con referencias.

El diagnóstico médico o educacional puede guiar al terapeuta hacia los recursos específico de examen y puede aportar probabilidades tentativas sobre la naturaleza de los déficit de desempeño. Es fundamental la observación clínica del modo en que los factores del paciente afectan al desempeño ocupacional. Las prioridades de la evaluación deben tener como base los factores que más afectan a las áreas de desempeño funcional que son prevalentes para la persona. Por ejemplo, un individuo no puede levantar el brazo y quiere peinarse: ¿Se debe a que carece del rango de movimiento pasivo? ¿O carece de fuerza? ¿Pierde el equilibrio cuando solo tiene el apoyo de una de las extremidades superiores o ninguna? ¿Sabe dónde se

sitúa su brazo en el espacio? ¿Es un problema de planificación motora? El terapeuta observa otras áreas de cuidado personales y determina que la persona tiene una flexión y una rotación externa limitada del codo, el médico:

- 1) controla la historia clínica para determinar la existencia de una lesión previa (ejemplo desgarro del manguito de los rotadores),
- 2) entrevista al paciente para averiguar cualquier traumatismo reciente de la región
- 3) evalúa inicialmente el rango de movimiento pasivo, el tono muscular, la fuerza muscular, la integridad de los tejidos blandos glenohumerales y escapulo humerales, la movilidad escapular y el ritmo escapulo humeral, el examen sensitivo (paciente puede sentir y manipular sin peligro los elementos, la pruebas musculares (la fuerza de las extremidades superiores parece normal por debajo del codo) y la evaluación del equilibrio en posición de sentado o las pruebas de coordinación.

Este es un ejemplo de cómo el terapeuta usa la información obtenida del paciente y de la observación para identificar qué factores deben abordarse.

El proceso de la evaluación comienza con un perfil ocupacional que considera las rutinas y ocupaciones habituales de las personas. Se le suele solicitar que identifiquen las actividades cotidianas que más le interesan o que les gustaría poder realizar con mayor facilidad. Sin embargo, los pacientes con deterioros cognitivos con frecuencia tienen una conciencia limitada de sus trastornos y poco conocimiento de las derivaciones de dichos deterioros. En algunos casos, tampoco son realmente aparentes para otras personas.

Los síntomas cognitivos-perceptivos pueden ser fácilmente mal interpretados en algunas ocasiones pasan desapercibidos. Las observaciones del desempeño ocupacional dentro de ambientes de intervención estructurados pueden enmascarar déficit cognitivos sutiles que salen a la luz solo cuando el paciente debe planificar e iniciar actividades complejas en sus contextos habituales. En los pacientes con deterioro cognitivo, el terapeuta ocupacional debe comparar las percepciones del desempeño ocupacional que tiene el paciente con las de otras personas cercanas al mismo y con las observaciones directas del desempeño que hizo el profesional. Las diferencias pueden reflejar una menor autoconciencia y una menor aceptación, estrategias defensivas de competición o falta de conocimiento de la naturaleza de los síntomas cognitivos. La observación directa del desempeño ocupacional es seguida por la observación minuciosa de las ocupaciones anteriores, los roles y las rutinas esperadas. Si se observan síntomas cognitivos y perceptivos potenciales durante el desempeño, puede ser necesario que el terapeuta realice evaluaciones cognitivo-perceptivas específicas para comprender mejor la naturaleza subyacente del deterioro. ¿Cómo elige el terapeuta de entre un conjunto de exámenes posibles y como usa el tiempo de evaluación más eficazmente? Primero, los terapeutas ocupacionales deben decidir que preguntas es necesario responder y después deben elegir una evaluación que aborden estas preguntas. Sobre la base de observación de la persona que participa en una ocupación, ¿el terapeuta debe aclarar la presencia de un deterioro cognitivo? ¿El terapeuta necesita conocer el efecto de los trastornos cognitivos-perceptivos sobre el desempeño ocupacional.

Determinación de la presencia de trastornos y establecimientos de líneas basales para el cambio.

Las evaluaciones estandarizadas tienen pautas de realización específica y comparan el desempeño del paciente con las normas. Son de naturaleza estática y evalúan el desempeño aquí y ahora. Las evaluaciones estandarizadas pueden ayudar al terapeuta ocupacional a determinar si existe un deterioro cognitivo y a cuantificar la gravedad del mismo. Estos tipos de evaluaciones también son útiles como línea de base a partir de la cual se miden los cambios en el tiempo. El terapeuta ocupacional debe ser cauto al interpretar las implicancias funcionales de una puntuación de una evaluación estática estandarizada particular.

Las evaluaciones cognitivas y perceptivas estandarizadas normalmente tienen subpruebas que se dividen a la vez en sub habilidades cognitivas específicas, como atención, procesamiento visual, memoria y funciones ejecutivas. Se acepta que el deterioro del desempeño en una tarea o sub pruebas específica de forma característica define el trastorno. Por ejemplo, la dificultad para desempeñar una tarea de figura-fondo (es decir, para diferenciar los objetos del fondo o las figuras de los objetos del fondo, como recoger una medida blanca que está en una sábana blanca) llevaría a identificar que la persona padece un trastorno en la distinción figura-fondo. Los objetos de evaluaciones estandarizadas que puedan emplearse para identificar deterioro o medir el cambio son los exámenes del estado mental y los estudios de detección sistemática cognitivos.

Los terapeutas ocupacionales deben observar que los exámenes del estado mental se basan en las habilidades verbales por lo que posiblemente no detecten deterioros sutiles y tiene tasas sustanciales de resultado falso negativo. El déficit de los pacientes son lesiones focales, sobre todo

del hemisferio derecho, o trastornos cognitivos difusos leves, con frecuencia pasan desapercibidos.

Las tareas funcionales requieren la integración de distintas habilidades de desempeño, de modo que puede resultar difícil problemas específicos que interfieren en la función. Estos exámenes tienden a identificar amplias áreas de fuerza y debilidades cognitivas y perceptivas al descubrir los procesos subyacentes que contribuyen a la dificultad para desempeñar tareas funcionales. Es posible que los trastornos cognitivos sutiles no sean tan fácilmente reconocibles en las actividades familiares.

Las evaluaciones funcionales que simulan el desempeño se estructuran por su misma naturaleza y es posible que no predigan el desempeño en contextos naturales, en los que la persona tiene que establecer metas, planificar, iniciar, desempeñar, resolver problemas y autocontrolar su desempeño.

Las situaciones nuevas e imprevisibles que surgen en ambientes del mundo real requieren habilidades cognitivo-perceptivas de un nivel superior, difíciles de captar en los ambientes de tratamiento.

Evaluación para guiar la intervención

La intervención trata deterioros cognitivos específicos y no resalta la calidad del desempeño del paciente o los patrones de fracaso entre varias pruebas. Por ejemplo el paciente puede desempeñarse mal en las evaluaciones de las habilidades de figura-fondo y de construcción por una tendencia a una atención exagerada a los detalles. En este enfoque de la evaluación, se diagnostica que la persona presenta un deterioro tanto en la praxia de figura-fondo como constructiva, aunque la causa del fracaso parece

ser la misma.

En los enfoques funcionales, la información sobre el grado de asistencia requerido para desempeñar una tarea es suficiente. La mayoría de los exámenes funcionales estandarizados que se emplean en circunstancias de discapacidades físicas se centra habitualmente en la magnitud de la ayuda física necesaria para realizar la actividad. Las estrategias de procesamiento son pequeñas unidades de comportamiento que aumentan el procesamiento de la información y contribuyen a la eficacia y la eficiencia del desempeño ocupacional. Para conocer la función y la disfunción cognitiva, el terapeuta debe analizar la interacción entre los parámetros de la actividad, el contexto y la persona (es decir, las estrategias de procesamiento interno, las capacidades de autoconciencia y las características personales). La autoconciencia comprende tanto el conocimiento de las propias capacidades cognitivas como la capacidad de controlar el desempeño de las actividades cognitivas por medio del reconocimiento y la corrección de errores y la regulación del desempeño de las actividades.

La cognición no se considera como una construcción estática, son como una interacción dinámica entre los mundo interno y externo.

La evaluación dinámica comprende un análisis de las estrategias empleadas en el desempeño de las actividades y las condiciones que influyen en el desempeño. Las funciones cognitivas deficientes representan áreas de debilidad y vulnerabilidad. La medida en la que se observan los síntomas (y las estrategias cognitivas para manejarlos) desde las características de la actividad y del contexto en el que se realizan.

La evaluación dinámica va más allá de la observación del desempeño. Investiga la capacidad de una persona para

aprender ciertas tareas e identifica las condiciones que facilitan ese aprendizaje. El objetivo no es la comparación normativa o el diagnóstico de disfunción, sino descubrir lo que la persona es capaz de hacer con ayuda o en condiciones favorables. Esto puede ser útil para predecir la respuesta al tratamiento y para discriminar diferencias en las capacidades no identificadas normalmente cuando se desempeñan métodos convencionales.

El potencial de aprendizaje de una persona se evalúa mediante el estudio de la respuesta a las señales. ¿La persona detecta los errores? Si se puntualiza los errores ¿mejora el desempeño? ¿Qué sucede si el terapeuta conduce la atención del paciente a un componente particular de la evaluación? Si se le proporciona una estrategia para abordar la actividad, ¿puede mejorar el desempeño? Para usar eficazmente las estrategias, el paciente debe tener conciencia de sus habilidades actuales, poder evaluar el nivel de dificultad de las actividades y reconocer la necesidad de usar una estrategia. Luego a de elegir la estrategia apropiada y controlar su eficacia.

El uso de estrategias por parte de los pacientes se investiga recurriendo a técnicas de entrevistas clínicas que reflejan o repiten sus respuestas para aclararlas o que presentan hipótesis para su verificación.

Cuando las señales parecen ser ineficaces el terapeuta ocupacional puede investigar el impacto de una modificación de la actividad. Tanto la información cualitativa como cuantitativa reunida por el terapeuta en lo que se refiere al desempeño pueden ayudarlo para obtener ideas sobre su trastorno.

El terapeuta ocupacional no pretende que los pacientes adelanten un desempeño perfecto, sino que tengan un conocimiento claro de sus limitaciones y su necesidad de

controlar el uso de estrategias y el desempeño de las actividades. Una vez que los pacientes completan la actividad, el terapeuta investiga las habilidades de autoconciencia solicitándoles que evalúen su desempeño. ¿Los individuos tienen una percepción precisa de como se desempeñaron?

Las evaluaciones dinámicas no reemplazan a las pruebas estandarizadas. La información reunida y las preguntas respondidas son diferentes. Las evaluaciones dinámicas destacan los procesos que intervienen en el aprendizaje y el cambio, mientras que las evaluaciones estáticas están orientadas al producto.

Consideración de los contextos de desempeño

Es importante recordar la historia general del paciente y su contexto social natural y su ambiente físico se realiza una evaluación cognitivo-perceptivas. Las habilidades de proceso cognitivo-perceptivas no pueden evaluarse ni interpretarse aisladamente a partir de los contextos temporal, cultural y ambiental. La edad, la etapa del desarrollo y el empleo y la historia educacional del paciente pueden influir en su respuesta al proceso de evaluación y desempeño en ciertas determinaciones. Los terapeutas deben asegurarse de que las evaluaciones que realicen sean apropiadas para la edad y el nivel de educación de cada persona; de otro modo, los resultados pueden ser nulos.

También se debe considerar durante el proceso de evaluación si los deterioros cognitivos son agudos o crónicos. ¿Habrá necesidad de un control frecuente para determinar la recuperación de las funciones cognitivo-perceptivo o las limitaciones en las actividades se consideran estables? Los contextos ambientales también pueden influenciar en

el desempeño del paciente en las evaluaciones cognitivo-perceptivas. Los aspectos físicos del ambiente, como las salas elegidas para el examen (iluminación, nivel de ruido, etc.), pueden tener influencia, pero las expectativas sociales y los antecedentes culturales del paciente también deben ser considerados durante la interpretación de los resultados de la evaluación. ¿Cuál era la calidad o el estándar de trabajo anterior? ¿Proviene de una cultura diferente del grupo normativo de la evaluación? ¿Proviene de una cultura diferente de la del terapeuta ocupacional y. Por tanto, existe la posibilidad de una mala interpretación de las respuestas y el desempeño? ¿Qué es normal dentro de la cultura de la persona?

2.3 ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

Los profesionales de terapia ocupacional proporcionan una contribución singular a la evaluación y a la rehabilitación de las habilidades del proceso cognitivo-perceptivo debido a sus antecedentes educacionales, el entrenamiento es el análisis de la actividad y la capacidad para analizar el modo en que los síntomas cognitivos-perceptivos cambian con diferentes condiciones de la actividad.

El rol del terapeuta ocupacional en la evaluación de la cognición de la percepción es la de proporcionar una información clara y amplia sobre el efecto de los deterioros cognitivos-perceptivos en las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria, la educación, el trabajo, el juego y el ocio y la participación social. El ambiente laboral en el que cada terapeuta ejerce puede determinar la profundidad de su participación según la naturaleza del marco de la práctica y la duración del contacto

con el paciente. En ambientes de asistencia de algunos, el terapeuta ocupacional puede dedicarse al screening de deterioros potenciales que deben ser seguidos en ambientes de rehabilitación o con tratamiento ambulatorio.

En las instituciones de rehabilitación, el asistente de terapia ocupacional puede contribuir al proceso de evaluación realizando partes seleccionadas de las evaluaciones cognitivas de acuerdo con las directivas del terapeuta ocupacional, proporcionando observaciones clínicas y complementando las listas de control de comportamiento. Estas tareas han de realizarse bajo la supervisión del terapeuta ocupacional una vez que el asistente ha demostrado competencia en los servicios.

Evaluación de habilidades específicas de proceso cognitivo-perceptivas

Orientación

La orientación es la capacidad para conocerse a si mismo y de conocer la relación con el ambiente pasado y futuro. La orientación depende de la integración de varias actividades mentales, que están representadas en diferentes áreas del cerebro. La desorientación indica que existen deterioros importantes de la atención y la memoria. Los pacientes desorientados pueden pensar que están en el salón en su propia casa en lugar del hospital. Pueden confundir al personal con familiares y pueden creer cada vez que se despiertan de una breve siesta que es un nuevo día.

La evaluación de la orientación abarca tradicionalmente la orientación personal de lugar y de tiempo. La orientación personal se refiere tanto a la propia persona como a los otros.

¿Puede comunicar hechos y sucesos personales y describir su estilo de vida anterior?

¿Reconoce a los otros y los asocia con su rol y con su nombre? La orientación en el lugar se demuestra por la capacidad para conocer el tipo de lugar en que se encuentra (por ejemplo un hospital), para comunicar el nombre y la localización del lugar y para conocer la distancia y la dirección.

La orientación en tiempo requiere la capacidad para referir el punto actual en el tiempo (mes, año, fecha, día), para conocer la continuidad y la secuencia del tiempo (estimación) y para asociar hechos con el tiempo.

La orientación topográfica con frecuencia se considera un componente de orientación en el lugar. Es la capacidad para seguir un itinerario familiar o una nueva ruta una vez que se tiene la oportunidad de familiarizarse con ella. Esta habilidad comprende la capacidad para describir la relación de un lugar con otro y habilidades visuo espaciales. La orientación topográfica también incorpora componentes de memoria.

Las dificultades con los aspectos visuoespaciales y de memoria de la orientación topográfica deben distinguirse durante la evaluación. ¿El paciente puede aportar una descripción verbal de la localización del lugar, pero se confunde y se pierde cuando intenta seguir una ruta en el sitio? Los exámenes de la orientación se incluyen tradicionalmente en los exámenes del estado mental. La prueba de Amnesia de Orientación del Galveston.

Los terapeutas ocupacionales con frecuencia emplean medidas no estandarizadas de la orientación, como entrevistas con preguntas de final abierto formulas en una conversación o de modo informal. La mayoría de los profesionales apela a claves para determinar la gravedad

de la desorientación. Si el paciente no es capaz de responder a las preguntas de forma independiente, El profesional puede ofrecerle un conjunto de elecciones múltiples o una señal verbal. Las señales pueden ir de generales o abstracta a más concretas según lo requiera la edad de la desorientación.

El número y el tipo de señales ofrecen un método de puntuación y de seguimiento del proceso. Se deben anotar las fluctuaciones en la orientación durante el día, ya que los pacientes pueden experimentar el fenómeno crepuscular, fenómeno según se vuelven más confusos por la noche como resultado del cansancio.

Introspección y Conciencia

La introspección permite tomar conciencia de las propias limitaciones físicas o cognitivo- perceptivas. El deterioro de la conciencia puede influir significativamente en el resultado de la rehabilitación. Las personas con menor capacidad para reconocer sus fuerzas y debilidades pueden desarrollar una falta de motivación para adoptar estrategias compensatorias durante la rehabilitación y tener poco juicio o una tendencia a intentar actividades que exceden a sus capacidades.

Por ej., las personas con una escasa conciencia de sus limitaciones pueden intentar ir sola hasta el baño, a pesar de la hemiplejía y la necesidad de ayuda física por parte de un trabajador de atención de la salud. La falta de conciencia difiere de la negación que es un mecanismo de defensa psicológico caracterizado por hiperacionalización. En este caso, los pacientes son consientes, pero no desean enfrentarse a sus problemas y se agitan extremadamente cuando se los afrenta con dicha realidad. La conciencia de los pacientes sobre sus deterioros tiene implicaciones

para rehabilitación y su capacidad para actuar de forma independiente.

La conciencia intelectual se presenta cuando la persona sabe que una función particular está deteriorada, pero no usa este conocimiento para controlar el desempeño. Puede comunicar que tiene dificultad para recordar cosas, pero cuando se les solicita que lleve ciertos elementos a la siguiente sección del tratamiento, no intentan iniciar ninguna estrategia que pueda ayudarla a recordar (por ej.; escribir los elementos en un cuaderno o una agenda de bolsillo). Las personas que tiene únicamente conciencia intelectual de su deterioro corren riesgos importantes para su seguridad, ya que no se desempeñan dentro de sus limitaciones.

El conocimiento implícito del deterioro se observa cuando el paciente niega la existencia de un trastorno, pero se comporta como si tuviera conocimiento de él. Una persona puede negar problemas de memoria pero hace constante anotaciones en su agenda. Cuando se le pregunta por este comportamiento, el paciente puede comunicar: "Solo necesito hacerlo". Pueden tener problemas con su seguridad personal por que suele ser inconstante para iniciar estrategias compensatorias que demuestran conciencia. Es posible que el paciente no admita sus problemas de memoria, pero que sea constante para controlar si ha apagado los quemadores de la cocina. Sin embargo, un desliz en este comportamiento puede amenazar su vida y su propiedad.

Una persona que tiene la capacidad de reconocer un problema solo cuando esta sucediendo realmente tiene una conciencia emergente. Por ej., puede estimar que una actividad requiere habilidades importantes organizativas y de resolución de problemas (áreas reconocidas como de dificultad para esta persona), será difícil. Cuando se enfren-

ta con obstáculos durante el desempeño de la actividad, la persona con una conciencia emergente podría afirmar: “Todo está desordenado. Adivino que es más difícil de lo que creía. Puede que tenga problemas”. Para que las personas puedan iniciar el uso de una estrategia, deben tener un nivel mínimo de conciencia emergente para poder reconocer los problemas y la necesidad de estrategias compensatorias. Es posible que las personas con conciencias emergentes no signifiquen un riesgo importante para la seguridad si trabajan dentro de sus limitaciones y reconocen y corrigen los errores. Sin embargo, si intentan tareas que superen significativamente sus límites, pueden terminar en una situación en la que son incapaces de reconocer errores y hacer correcciones necesarias para garantizar la seguridad.

La conciencia anticipadora es la capacidad de prever que probablemente pueda presentarse un problema, como resultado de un déficit, antes de desempeñar la actividad.

Las personas con este tipo de conciencia son excelentes candidatos para la rehabilitación por que comprende la extensión y las implicaciones de sus alteraciones. Normalmente, la seguridad no constituye una preocupación importante para ella, por que tiene la capacidad de determinar que tareas pueden ser peligrosas y autocontrolar su desempeño durante la actividad.

La entrevista y las escalas de evaluación de introspección y la conciencia, generalmente evalúa en las personas:

- La conciencia de sus limitaciones y fuerzas
- La capacidad para generalizarse el impacto de estas limitaciones a las tareas funcionales
- La preocupación relativa a su discapacidad.
- Las habilidades de juicio

Una entrevista de conciencia no estandarizada normalmente formula preguntas sobre la razón para la hospitalización, las dificultades físicas y cognitivas y las implicaciones funcionales en una conversación o de una manera informal. Dado que la conciencia no es un fenómeno de todo o nada, los terapeutas ocupacionales proporcionan indicios si una persona no puede responder por si mismo. Las preguntas deben ir desde la conciencia de las limitaciones que imponen los deterioros en las capacidades generales (conciencia anticipadora) hasta preguntas más específicas si el paciente no parece comprender repercusiones funcionales de sus trastornos (por ej. desde “¿por que está usted en el hospital?” hasta “¿Tiene dificultades para escribir?”). El examen de la realidad, se emplea evaluar si la conciencia emerge cuando los pacientes experimentan dificultad con una actividad particular que requiere habilidades de desempeño para las que son deficientes.

El terapeuta ocupacional puede usar una escala de evaluación formal que examina esa discrepancia entre las autoevaluaciones de la persona y la de un medico u otra persona significativa. Por ejemplo, la Escala de Evaluación de Competencias de Prigatano requiere que el paciente y quien está a cargo de su atención evalúen independientemente (en una escala de cinco puntos) con qué facilidad o dificultad se llevan a cabo cada una de 30 actividades específicas.

La prueba de memoria Contextual y la evaluación de categorías de Togliatti son dos pruebas dinámicas que evalúan las habilidades cognitivas de memoria y organización, respectivamente, pero también incluyen un formato de predicción de pruebas dentro del contexto de una actividad para evaluar la conciencia de las personas. Se les formulan preguntas generales y específicas que requieren que esti-

men el desempeño antes y después de realizar tareas específicas. Se comparan las diferencias entre el desempeño puesto y posterior a la tarea con el desempeño real.

Atención

La atención implica mucho más que la medida cuantitativa del tiempo que puede concentrarse una persona. Es una capacidad multidimensional que abarca varios componentes: estado de alerta (detección y reacción), atención selectiva, atención sostenida, desplazamiento y seguimiento de la atención. Una persona puede ser capaz de desempeñar las tareas de un nivel inferior dentro de cada componente de la atención. Sin embargo, esta misma persona puede tener dificultad si se le solicita que realice una actividad que incorpora varios componentes distintos.

Discriminación visual

La evaluación clínica de la visión para la disfunción oculomotora debe realizarse antes de una evaluación del procesamiento visual para detectar problemas visuales que interfieran con la precisión de las pruebas perceptivas. Varias observaciones clínicas durante las tareas funcionales pueden alertar a los terapeutas ocupacionales sobre la necesidad de una evaluación visual formal: movimientos e inclinación cefálica compensatoria, estrabismo, cierre de un ojo o una tendencia a perder el propio lugar donde se lee.

Siempre que sea posible, se debe buscar la opinión de un neuro oftalmólogo en la evaluación clínica de visión; sin embargo, el terapeuta ocupacional puede realizar un screening básico. Medirá la agudeza visual para visión cercana y lejana con cualquier lente correctora que use el paciente. Evaluara las funciones pupilares de tamaño en reposo,

respuestas a la luz y acomodación visual, así como el rango de movimiento de los ojos y la alineación ocular. Las alteraciones del campo visual son frecuentes después de las lesiones cerebrales o los accidentes cerebro vasculares. Por último, se evaluara el seguimiento de objetos en movimiento, los movimientos sacudidos (por ej., movimientos oculares rápidos para colocar un objeto de interés en la visión) y las funciones de exploración visual. Cualquier alteración de estas habilidades de desempeño basales, que son vulnerables a una a lesiones nerviosas, afectan a toda las interpretaciones de las evaluaciones del procesamiento visual de nivel superior.

El abordaje del proceso visual del déficit clasifica la percepción visual en áreas específicas, como figura- fondo, posición en el espacio, constancia de formas, relaciones espaciales y reconocimiento visual. Una perspectiva de procesamiento de la información conceptualiza a la percepción visual como un proceso que comprende la recepción, la organización y la asimilación de la información visual. La percepción visual en el modelo de procesamiento de la información se considera como un fenómeno continuo desde el procesamiento simple hasta el complejo en cada área específica.

Cuando los individuos procesan una escena visual simple (como objeto o una forma familiar), procesan la información globalmente a una velocidad rápida con un esfuerzo mínimo. Sin embargo, cuando procesan un conjunto visual más complejo, con estímulos poco familiares o con la necesidad de efectuar discriminaciones más sutiles, su procesamiento es más lento y exige un esfuerzo máximo. En esta conceptualización, una disfunción en la cantidad que el sistema visual se define es capaz de asimilar en cualquier momento dado. Para conocer las habilidades

perceptivas visuales de la persona y los efectos de los tratarnos sobre el funcionamiento, el terapeuta debe observar las condiciones de la actividad (complejidad, cantidad, familiaridad y carácter predecible) más que el tipo de actividad (visuoespacial, discriminación visual, viso motora o del Gestalt. La disfunción del proceso visual simple puede incluir lo siguiente:

- Dificultad en la discriminación visual entre objetos, dibujos de objetos, colores y formas básicas.
- Dificultad para detectar diferentes macroscópicas en tamaño, posición, dirección, ángulo y rotaciones.
- Menor capacidad para localizar visualmente objetos visuales únicos en el espacio o para juzgar las distancias aproximadas entre dos objetos.
- Menor capacidad para detectar relaciones simples parte-todo en objetos y formas básicas.
- Menor capacidad para dibujar formas u objetos simples (p.ej., formas geométricas o flores).

Los requisitos para la evaluación de objetos visuales son: un estudio de detección sistemática visual, una entrevista con el fonoaudiólogo para descartar deterioros del lenguaje e interrogatorios sobre imágenes visuales. Un enfoque específico del déficit para la identificación de objetos consiste en presentar a los pacientes objetos reales o dibujos de objetos y solicitarles que identifiquen cada objeto. Los pacientes que no pueden identificar con precisión los objetos muestran agnosia visual.

El enfoque interaccionar dinámico para evaluar la percepción visual de los objetos conceptualiza el reconocimiento de los objetos en una serie continua y evalúa tanto objetos convencionales como no convencionales bajo una varie-

dad de condiciones de actividad diferente, el terapeuta ocupacional que utiliza este enfoque analizaría y manipularía sistemáticamente los parámetros de la actividad y las respuestas con señales para investigar el uso de estrategias y analizar plenamente las razones por las que el paciente tiene dificultad para facilitar el reconocimiento de objetos cuando el paciente tiene dificultad para efectuar dicho reconocimiento.

Las habilidades perceptivas visuales complejas requieren un alto grado de integración y análisis, y comprende de manera habitual ambientes visuales confusos, información visual abstracta, poco familiar o detallada o condiciones bajo las cuales las características visuales distintivas se oscurecen parcialmente (por. ej., construcción de un objetivo tridimensional que no puede rotarse). La disfunción de las habilidades perceptivas visuales complejas puede incluir una menor capacidad para detectar diferencias sutiles en las formas abstractas y los objetos o ángulos, el tamaño, la distancia y la posición. Una persona puede tener dificultad para encontrar sentido a estímulos visuales ambiguos, incompletos, fragmentados o distorsionados.

Procesamiento visumotor

Las habilidades visumotoras pueden incluir tareas de dibujos (por. ej., dibujar el mapa de una localización específica) o construir figuras tridimensionales (p. ej., montaje de una cafetera). Estas habilidades implican discriminación visual, capacidades de planificación motora y otras destrezas cognitivo-perceptivas. Las personas pueden tener dificultad en estos tipos de tareas por muchas razones, por ejemplo carecer de aptitud para construir un diseño con cubos debido a:

- Escaso registro del diseño completo.

- Menor planificación y organización.
- Desatención unilateral
- Deterioro de la discriminación de tamaño, ángulos y rotaciones
- Apraxia de construcción.

Se dice que la persona tiene apraxia de construcción cuando muestra dificultad para desempeñar tareas de dibujo o actividades en las cuales se unen las partes para formar una entidad u objeto único y cuando esa dificultad no puede ser atribuida a trastornos perceptivos, apraxia ideomotora, trastornos organizacionales, o alteraciones motoras o sensitivas primarias. Los deterioros de construcción puede observarse después de una lesión en el lóbulo parietal, pero la presentación clínica difiere en los aspectos espaciales, sobre el hemisferio involucrado.

Las actividades de muestra pueden ser presentadas o no como modelo, y las tareas pueden variaren complejidad. Se utiliza a menudo tareas de dibujo libre bidimensional y de copiado (por ej., dibujar una persona o una casa). Existe poca estandarización de la puntuación en estas tareas de dibujo. Los terapeutas ocupacionales también recurren con frecuencia en tareas de construcción no estandarizada, por ejemplo reproducción de diseños con cepillos o palillos, diseños con bloques, rompecabezas y bloques de madera.

Inatención unilateral

La inatención unilateral es una falta de orientación, de respuestas o comunicación hacia los estímulos presentados del lado contra lateral a la lesión central en los pacientes que no tiene alteraciones sensitivas o motoras primarias. Las personas con inatención unilateral no son conscientes

de lo incompleto de su percepción y de las respuestas al ambiente. Puede ser una discapacidad importante en las fases agudas de recuperación del accidente cerebro vascular y puede impedir los intentos posteriores de rehabilitación, y se ha identificado como un factor significativo que impide la recuperación funcional en pacientes que han sufrido accidentes cerebro vascular.

Los terapeutas ocupacionales que evalúan a los pacientes con inatención unilateral deben distinguir primero entre este trastorno y la hemianopsia. La pérdida de la visión en uno o ambos campos visuales (hemianopsia) son hemi retiniana, mientras que la inatención es hemiespacial. Los pacientes con hemianopsia normalmente tienen conciencia de su pérdida del campo visual y realizan movimientos cefálicos compensatorios. La inatención unilateral puede acompañarse de hemianopsia o no, y un síntoma no produce el otro.

Se ha observado que la inatención unilateral varía con las características del estímulo. Los pacientes pueden mostrar asimetría en las actividades funcionales, el dibujo, la lectura, y la escritura, según las características de la actividad. Muchos de estos pacientes muestran ansiedad o disminución de la afectividad y parecen negar la realidad de su trastorno. Esta falta de conciencia puede producir un ataque de ira cuando se advierte a los pacientes de sus dificultades. La evaluación final de la inatención unilateral comprende pruebas de extinción y confrontación, bisección de líneas, cancelación y pruebas de dibujo. Las de extinción y confrontación evalúan el componente sensitivo del trastorno (por ej., cuando se presenta dos cosas al mismo tiempo, la persona solo atiende al estímulo del lado derecho). Así, el terapeuta ocupacional puede evaluar la extinción visual sosteniendo ambos brazos a la altura

del hombro en los cambios visuales indemnes del paciente y mover un dedo de una o ambas manos. Las personas con extinción visual comunican un estímulo único en cada campo visual, pero solamente al estímulo del lado derecho cuando se presentan estímulos simultáneos. Antes de comenzar las pruebas que indagaran la intención, el examinador debe asegurarse de que está intacta la sensibilidad básica para cada modalidad bilateral.

Las pruebas de bisección de líneas requieren que el paciente estime y marque el punto medio de las líneas. Una desviación hacia el lado homolateral se considera una demostración de inatención unilateral. El examen debe realizarse con líneas en las orientaciones horizontal y vertical, ya que puede haber diferencias. Existen muchas variaciones de las tareas de bisección de líneas que manipulan las demandas de actividad o los parámetros del estímulo: la longitud de la línea (normalmente cuando más larga es la línea, mayor es la inatención), fijaciones en el extremo de la línea (por ej., una línea roja dibujada hacia abajo en el borde del lado izquierdo), la dirección del registro visual, las distintas orientaciones de las líneas, y diferentes posiciones en el espacio.

En las pruebas de extensión de líneas se solicita al paciente que alargue una línea horizontal hacia la izquierda para duplicar su longitud original. Esta actividad dirige la atención hacia la izquierda, no la derecha, y por tanto los pacientes muestran menos inatención que en las pruebas tradicionales de bisección de líneas. La prueba de borrado de líneas exige que se elimine la línea hasta llegar al punto medio. La disminución gradual en la cantidad de los estímulos derechos conduce a una demostración menor de inatención unilateral.

Los estímulos pueden estar organizados de manera alea-

toria o estructurada, en formación lineal como las tareas de cancelación verbales y no verbales, e incluyen líneas, letras, números, estrellas u otras formas como campanas. Las pruebas de cancelación pueden variar en el grado de facilidad con el cual se discriminan los objetivos de los estímulos de fondo. Por ejemplo, es más fácil que una persona seleccione medias rojas en una mesa llena de medias blancas que seleccione tenedores con un diseño de particular en una mesa que tiene tenedores de cuatro o más diseños. La segunda actividad requiere atención focal y discriminaciones sutiles. Es lógico que el tiempo de búsqueda aumente cuando hay incrementos en la cantidad o en el tamaño de la exhibición, debido a la lenta búsqueda analítica que debe llevarse a cabo.

También se han usado las medidas del desempeño funcional para evaluar la inatención unilateral. Las pruebas de lectura, las listas de control y las escalas semi-estructuradas de actividades de la vida diaria se han empleado para examinar la relación entre las puntuaciones en las pruebas tradicionales de inatención y el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Planificación motora

La planificación motora, o praxia, es la capacidad de los individuos para imaginarse cómo lograr que su cuerpo realice lo que desean que haga. La praxia es un componente mínimo de las alteraciones de la planificación motora y se define como un trastorno del movimiento hábil que no puede justificarse adecuadamente por incoordinación, pérdida sensitiva, problemas visuo espaciales, dificultades en la comprensión del lenguaje o problemas cognitivos aislados.

La planificación motora ha sido considerada como una ha-

bilidad amplia que comprende la integración de algunos procesos diferentes: visión y percepción, cognición, sensación táctil- cenestésica, lenguaje, y selección y organización de movimientos. La planificación motora envuelve la formación cognitiva de la intención de moverse, seleccionar una meta, planificar el movimiento y anticipar el resultado final. Es necesario un conocimiento de las propiedades funcionales de los objetivos, las acciones y las secuencias de las acciones, al igual que los procesos de la atención que permiten a la persona analizar las demandas de la actividad ambiental.

El movimiento hábil también requiere de integración de información táctil-cenestésica, como el lugar donde se encuentra el cuerpo en el espacio, de qué manera están situadas las partes del cuerpo entre sí durante el movimiento, y de qué modo se colocan el cuerpo y las extremidades.

Las funciones vestibulares proporcionan un sentido de posición y movimiento del cuerpo en el espacio que ayudan a efectuar ajustes posturales durante la ejecución del movimiento. La información visuoespaciales sobre el tamaño, la posición espacial, la orientación, la forma y la textura de los objetos contribuye a guiar la selección de los patrones motores.

Las habilidades lingüísticas permiten al ser humano traducir las órdenes verbales en acción o a usar la acción y el movimiento para transmitir significado. La secuenciación del movimiento requiere selección y afinación previa del orden y la configuración de los músculos que han de ser activados, así como la velocidad y la amplitud tanto del movimiento inicial como la transición de un movimiento a otro.

Se considera que cualquier daño en las áreas de asociación del cerebro (que afecta a los aspectos cognitivos del con-

trol motor) produce apraxia. La apraxia puede observarse después de accidentes cerebro vasculares en el hemisferio del cerebral, aunque es más común en quienes han sufrido una lesión del hemisferio izquierdo. Estos pacientes a menudo tienen trastornos relacionados de afasia, reconocimiento de gestos y de la secuenciación. Sin embargo, éstos no parecen ser la causa primaria de la incapacidad para producir un movimiento hábil.

La presentación de una apraxia difiere según que el accidente cerebro vascular sea izquierdo o derecho. El desempeño del movimiento hábil puede mejorar con el tiempo; pero con frecuencia los pacientes siguen teniendo importantes limitaciones funcionales tanto en el aprendizaje de nuevas tareas motoras, como atarse los zapatos con una mano, como el desempeño de actos motores ante la orden verbal o la demostración.

Los síntomas de apraxia pueden reflejar trastornos en uno de estos subsistemas o en ambos. El subsistema de producción de la planificación motora está vinculado con la generación del plan de acción, la secuenciación y la organización de los elementos apropiados, así como con la ejecución del plan (por ej., alcanzar un vaso de agua para beber de él). Esto se considera el aspecto ejecutivo del movimiento.

El término tradicional usado para describir los errores de la producción es apraxia ideomotora. Los errores de la producción pueden ser espaciales (por ej., alcanza con la mano derecha el lado izquierdo del vaso) o temporales (por ej., perseverante o repetitivos). La máxima dificultad se observa cuando se pide al paciente que desempeñe pantomimas transitivas, esto es, el uso escenificado de una herramienta u objeto (por ej., “Muéstrame como usas el cepillo de dientes”) o que desempeñe gestos intransitivos

con las extremidades (“Muéstrame como dices adiós”). Se puede observar una perseverancia o repetición de los movimientos componentes, o la persona puede utilizar una parte del cuerpo como objeto. (Usar un dedo de la mano como cepillo de dientes).

Es posible comprobar cierta mejoría cuando se le pide a la persona que limite el movimiento o que desempeñe el movimiento con el objeto real, pero el movimiento sigue siendo impreciso. El paciente comete errores temporoespaciales cuando se le solicita que realice una serie de acciones (echar café en una taza, agregar azúcar y leche, mezclar y beberse).

El aspecto conceptual de la planificación motora incluye el conocimiento acerca de las propiedades funcionales de un objeto, y la secuencia de acción. Los errores conceptuales, denominados apraxia ideatoria, comprende la acción del objeto (uso de un cuchillo como una cuchara), el conocimiento de la acción (marcar el gesto demostrado que corresponde a un dibujo o un objeto) y el conocimiento de la secuencia (cepillarse los dientes). La evaluación comprende la observación del desempeño de diferentes tipos de movimientos, el método de evocación (orden imitación o uso de objetos y el tipo de errores cometidos (posición, orientación, objetivo, parte del cuerpo como objeto, perseverancia, retardo o torpeza). La evaluación de la apraxia también puede incluir el reconocimiento y la discriminación haciendo que las personas observen cintas de videos de gestos y seleccionen un dibujo del objeto del que se realizó una pantomima o solicitándoles que discriminen entre los actos de pantomima bien realizados de los mal realizados.

Cuando se exploren las capacidades de planificación motora es importante llevar a cabo una evaluación neurológica

gica cuidadosa, dado que la apraxia se define por criterios de exclusión. Los pacientes pueden mostrar dificultades en la planificación motora debido a una pérdida sensitiva importante o a incoordinación, pero los pacientes con apraxia muestran problemas en la planificación motora cuando carecen de deterioros sensitivos o motores importantes e incoordinación.

Como muchos pacientes con apraxia también son afásicos (ambos trastornos se observan normalmente después de la disfunción del hemisferio izquierdo) debe obtenerse información respecto de las habilidades del lenguaje o deben examinarse mediante pruebas para determinar si existe o no comprensión y capacidad para seguir órdenes simples.

Muchos pacientes con hemiparesia derecha y apraxia aparente atribuirán su “torpeza” al uso de la mano no dominante. Los exámenes estandarizados de los gestos tienden a ser restrictivos en su alcance y deben completarse con la evaluación de movimientos de la totalidad del cuerpo y movimientos funcionales, ambos ante la orden y dentro de un contexto automático. En la evaluación de la apraxia habitualmente se solicita que el paciente ejecute o remede un gesto, que use un objeto real o imite al examinador usando un objeto. Los movimientos se realizan usando una extremidad o el rostro.

El terapeuta ocupacional que emplea un método de evaluación dinámico intentaría identificar las condiciones de la actividad bajo las que surgen los síntomas de apraxia de las extremidades, la respuesta del paciente a las señales y la conciencia que tiene de su desempeño y que luego realice distintas tareas de movimiento. Se puede usar una serie de señales (visuales, verbales, o táctiles) si experimenta dificultad para ejecutar un movimiento solicitado.

Memoria

La memoria brinda a las personas la capacidad de basarse en las experiencias pasadas y aprender nueva información. Esto les proporciona un sentido de continuidad en el ambiente y las libera de la independencia de situaciones de aquí y ahora. La memoria es conceptualizada en varios modelos. El modelo de las etapas la describe como un proceso de múltiples pasos que involucra codificación, almacenamiento y recuperación. También se la ha descrito en términos de memoria sensorial, memoria de trabajo o inmediata, y memoria a largo plazo.

La memoria de trabajo mantiene transitoriamente la información en la mente, internaliza la información y usa esa información para guiar el comportamiento sin ayuda de señales externas. La memoria a largo plazo mantiene una cantidad ilimitada de información en un estado permanente durante horas o años. La memoria a largo plazo suele dividirse en las categorías de semántica o episódicas. También puede clasificarse en las categorías de memoria declarativa (es decir la información que puede ser expresada verbalmente y la instancia en la que se aprendió y puede recordarse) o memoria de procedimientos (es decir, el desempeño de una actividad muestra que sucedió el aprendizaje, pero no existe ningún recuerdo de qué modo se adquirió la información o cómo se aprendió la actividad).

Las manifestaciones clínicas normales de los pacientes con disfunciones de la memoria incluyen olvidos rápidos, capacidad normal a corto plazo y adquisición preservada de habilidades. A menudo existe una mayor capacidad en las tareas de reconocimiento que en las tareas que requieren un recuerdo libre y mejor desempeño cuando se proporcionan señales de recuperación.

Una evaluación amplia de la memoria sea estática o dinámica debe abordar los diferentes tipos de memoria y los métodos de recuperación. Es importante evaluar tanto las representaciones verbales como visuales de los hechos, ya que se cree que son codificados de forma independiente. La evaluación de los trastornos de la memoria debe explorar el desempeño en los diferentes aspectos de la memoria, así como los deterioros específicos de modalidades y la presencia de amnesia retrógrada y anterógrada. Las evaluaciones de la memoria deben tener en cuenta los aspectos cualitativos del desempeño, como los efectos de los deterioros cognitivos asociados, las demandas de la actividad, la velocidad del olvido, y la cantidad y el tipo de información que se pueda retener. Las demandas de la actividad de evaluación pueden influir en la memoria y debe considerarse durante la evaluación. Los factores incluyen los siguientes:

- El tipo de instrucciones (generales o específicas)
- La cantidad de estímulos presentados.
- La familiaridad y el significado de la información
- La presencia de señales contextuales durante las fases de almacenamiento y de recuerdo.
- El tipo de información por recordar (fáctica o relacionada con habilidades).

Los cuestionarios de memoria y las evaluaciones de los problemas de memoria en la vida cotidiana, exploran la conciencia general que tiene la persona de las capacidades de memoria y el conocimiento sobre el funcionamiento de la memoria y de las estrategias de la memoria. Estos cuestionarios también examinan la frecuencia y el tipo de olvidos.

La prueba de memoria conductual evalúa tanto la memoria

visual (principalmente reconocimiento) como verbal (fundamentalmente recuerdo), fue diseñada para predecir las tareas de la memoria cotidiana que presentan dificultades en los pacientes con trastorno de memoria. Las tareas consisten en recordar un nombre, una pertenencia oculta, una cita, un párrafo o un camino y entregar un mensaje; reconocer dibujos y rostros y responder preguntas de orientación.

La memoria prospectiva comprende el recuerdo para completar una actividad en un momento futuro. Son ejemplos de tareas de memoria prospectiva recordar que debe enviarse una carta o tomar una medicación. La memoria prospectiva puede evaluarse, solicitando a la persona que realice una actividad en un momento posterior, como recordar que pregunte cuándo será la siguiente cita al final de la sesión. Es importante distinguir el grado en el cual los problemas cotidianos de memoria se relacionan con la falta de recuerdo de una conversación o un evento pasado o un fallo para realizar una actividad futura, lo que tiene implicaciones para las estrategias terapéuticas.

La evaluación dinámica de la memoria, como la prueba de memoria contextual, incorpora la evaluación de la conciencia de las capacidades de memoria, el conocimiento y el uso espontáneo de estrategias. Esta prueba comienza haciendo que las personas respondan preguntas generales sobre el funcionamiento de su memoria y que estimen su puntuación antes del desempeño de actividades e inmediatamente después. Se evalúa el recuerdo de una página de 20 dibujos instrumentales en relación con un tema común después de 90 segundos y después de un intervalo de 15 a 20 minutos bajo distintas condiciones (recuerdo libre, con señales y reconocimiento).

Si estos tienen dificultad, se le proporciona una señal

durante la fase de codificación para facilitar el recuerdo (“Cuando mires los dibujos, piensa en lo que sucede cuando te diriges a un restaurant”) Esta prueba no hace una evaluación amplia de la memoria, sino una prueba para detectar trastornos de la memoria y proporcionar información para la planificación del tratamiento.

Funciones ejecutiva, de organización y de resolución de problemas.

Las funciones ejecutivas son una ancha banda de habilidades del desempeño que permiten a una persona participar en un comportamiento auto dirigido, con propósito e independiente. Las habilidades de organización y de resolución de problemas son funciones cognitivas de nivel superior específicas que caen bajo el dominio de las funciones ejecutivas. Se observan con frecuencia deterioros en el funcionamiento ejecutivo después de lesiones en el lóbulo frontal, que comprenden un conjunto de deficiencias. Hay cuatro componentes primarios de las funciones ejecutivas: volición, planificación, acción con propósito y autoconciencia y auto seguimiento. La volición es la capacidad de formular una intención u objetivo de iniciar la acción. El componente de planificación del funcionamiento ejecutivo comprende la capacidad para organizar eficientemente los pasos o elementos del comportamiento de la actividad. La planificación también requiere la capacidad de mirar hacia delante, anticipar consecuencias, ponderar y hacer elecciones, concebir alternativas, mantener la atención y secuenciar la actividad.

La acción con propósito es la traducción de una intención o un plan en la actividad, es decir lleva a cabo los planes. Esto requiere la capacidad para iniciar el cambio y detener las secuencias (flexibilidad) así como la autorregulación. El conocimiento de los propios trastornos y del modo que

afectan al funcionamiento (autoconciencia) y la capacidad para controlar, autoevaluar y corregir el desempeño (auto seguimiento) también se consideran funciones ejecutivas. Los síndromes de disfunción ejecutiva pueden influir significativamente en el desempeño de las actividades de la vida diaria sea cual fuera el grado de que estén conservadas las otras habilidades de proceso cognitivas. Las medidas de funcionamiento ejecutivo pueden predecir mejor los resultados funcionales que muchas otras pruebas cognitivas, ya que reflejan con precisión los comportamientos del mundo real necesarios para la reintegración comunitaria.

Las personas con escasas habilidades de planificación y organizacionales tienden a desarrollar metas poco realistas y a subestimar el tiempo necesario para completar la actividad. Los deterioros en otras habilidades del proceso cognitivo, como atención y memoria pueden afectar a la capacidad para desempeñar tareas cognitivas. Por ejemplo una persona puede seleccionar elementos incorrectamente por su incapacidad para atenderá detalles críticos o para recordar el principio de la selección.

El pensamiento concreto también puede observarse cuando la persona se concentra exageradamente sobre un aspecto del objeto o situación y tiene dificultad para reunir, consolidar o seleccionar información. Por ejemplo cuando se le pide que haga una lista para facilitarle la compra, una persona con pensamiento concreto podría colocar los limones por separado de otras frutas porque son ácidos.

Los pacientes con disfunción ejecutiva pueden experimentar su máxima dificultad en las tareas de resolución de problemas. La disminución de la capacidad para llevar a cabo planes establecidos puede observarse clínicamente como una menor flexibilidad o impulsividad para realizar

actividades. A menudo el enfoque del paciente es perseverante, concreto o rígido. Puede ser necesario el tratamiento temprano de la escasa autoconciencia en el proceso terapéutico, ya que el paciente con autoconciencia limitada es capaz de beneficiarse de la retroalimentación y puede correr riesgos importantes para su seguridad debido a una escasa detección de los errores.

Las tareas de resolución de problemas pueden ser graduadas en una continuidad que considera las demandas de la actividad y el ambiente para determinar la cantidad del esfuerzo y el grado en que se necesitan las diferentes habilidades de proceso cognitivas y perceptivas. En las tareas básicas, el problema es evidente y se identifica con facilidad. Toda la información relevante está presente y limitada en cantidad. El terapeuta también limita la información irrelevante y el número de factores que pueden influir en el resultado, así como posible elecciones y soluciones. Las soluciones implican habitualmente solo entre uno y tres pasos y se aprecian fácilmente soluciones incorrectas, porque pueden impedir el éxito de la resolución del problema. La identificación del problema implica atención y conciencia del ambiente y una exploración del ambiente y la actividad. Algunas personas no reconocen que hay un problema o un obstáculo; por tanto, no participan en un proceso de resolución de problemas. Quienes tienen dificultad para comprender causa y efecto pueden ser incapaces de predecir las consecuencias de un obstáculo o acción.

Definir el problema con precisión requiere analizar las condiciones del problema y construir una representación interna significativa de él. Es importante el modo en que la persona define el problema para determinar cómo continúa el proceso de resolución. Con frecuencia los pacientes realizan un análisis incompleto del problema y omiten de-

talles importantes La exploración de posibles estrategias implica la capacidad para formular un plan, intentar estrategias alternativas y evaluar hipótesis. Las personas con síndrome de disfunción ejecutiva causada por una lesión cerebral tienden a abordar los problemas de manera aleatoria, por ensayo y error. A menudo experimentan dificultades para decidir cómo abordar el problema y eligen estrategias ineficientes. Cuando se les solicita que lleven a cabo la estrategia o el plan, algunos pacientes tienen impedimentos para iniciar, persistir o recordar y seguir el plan debido a disfunción de las habilidades ejecutivas.

Los pacientes deben proporcionar su propio plan y estructura y modificarlos según la retroalimentación procedente del ambiente. Mientras les acompaña, el examinador evalúa las siguientes áreas:

- Conocimiento de la tarea
- Búsqueda de la información
- Recuerdo de las instrucciones
- Detección de errores
- Corrección de errores
- Capacidad para adherirse a la tarea (o al comportamiento de la tarea)

Se proporcionan señales generales o específicas si fuera necesaria. El perfil del Sistema de Control Ejecutivo es una escala de medición que clasifica los comportamientos en siete áreas: selección de objetivos, planificación, secuenciación, iniciación, sentido del tiempo, conciencia de los deterioros, y auto seguimiento mientras el paciente está desempeñando una actividad estructurada, como organizar el contenido de los cajones de su escritorio o descubrir cómo registrar el voto.

La evaluación no estandarizada de las habilidades de fun-

ciones ejecutivas, de organización y de resolución de problemas puede incluir tareas funcionales no estructuradas. Por ejemplo se puede solicitar a las personas que organicen y secuencien un día lleno de múltiples recados, estableciendo la hora en que abandonarán su casa y la secuencia en la que se debería llevar a cabo un asunto. Las tareas de búsqueda de información también pueden involucrar el uso del teléfono.

Los terapeutas también deben introducir tareas funcionales de resolución de problemas que exija la identificación de la falta de información necesaria. Un terapeuta ocupacional que usa un enfoque internacional dinámico de la evaluación de las funciones ejecutivas, las habilidades de organización y de resolución de problemas plantearía preguntas para investigar el desempeño del paciente en las habilidades ejecutivas en todas las evaluaciones cognitivo-perceptivas, no solo aquellas que se juzgan como exámenes de resolución de problemas o de funciones ejecutivas. Las preguntas deben abordar:

- La conciencia.
- La capacidad para desempeñar tareas nuevas, en relación con tareas antiguas y rutinarias.
- La necesidad de estímulos para iniciar o completar actividades simples (cepillarse los dientes, tomar un aperitivo)
- La capacidad para manejar lo inesperado en las tareas simples y cotidianas (el paciente actúa si el tubo de dentífrico está vacío)
- La capacidad para mantenerse en la acción y no distraerse con información intrascendente e irrelevante.

CAPITULO III: FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR A LA EVALUACIÓN

3.1 FACTORES PSICOSOCIALES

Los terapeutas Ocupacionales deben considerar el estado cognitivo de los pacientes y también sus capacidades de competición y el contexto cambiante de sus vidas como resultado de la lesión o enfermedad. La reacción ante una lesión cerebral puede ser inmediata, con cambios en la personalidad y el comportamiento, y las capacidades cognitivo-perceptivas. Estos cambios afectan a las percepciones que el paciente tiene de sí mismo y de las relaciones con los otros. La respuesta psicosocial al daño cerebral y los deterioros cognitivos es una transición vital importante que involucra etapas de adaptación.

Una de las respuestas emocionales secundarias más frecuentes a la lesión cerebral es la depresión. Los terapeutas ocupacionales deben conocer los cambios cognitivos que pueden acompañar a la depresión, porque muchos pacientes depresivos muestran patrones de comportamiento similares a los de la demencia. La depresión puede observarse en los pensamientos perseverantes, la escasa iniciativa, los tiempos de reacción lentos y la capacidad limitada para predecir la calidad del desempeño en las actividades, es más probable que las personas depresivas sean conscientes de sus deficiencias en las habilidades del proceso cognitivo y que muestren la tendencia a subestimar significativamente el desempeño tanto antes como después de la actividad. Los pacientes con una lesión cerebral sobrestimarán el desempeño en las actividades y mostrarán una conciencia limitada.

El escaso desempeño en las pruebas de base cognitiva puede estar muy influido por factores psicológicos. La de-

presión secundaria puede ser que los deterioros cognitivos parezcan mayores e impedir que los pacientes inicien el uso de estrategias de confrontación. El déficit cognitivo también puede exacerbar la depresión. El reconocimiento y la evaluación de la situación requieren atención, memoria y autoconciencia. La confrontación con la situación comprende iniciativa, toma de decisiones, flexibilidad, persistencia, autocontrol y autorregulación. Son las mismas habilidades que pueden estar limitadas por la disfunción en las capacidades cognitivas o ejecutivas y, por tanto, puede ser que la depresión sea más evidente y difícil de tratar.

Trastornos del lenguaje

Los terapeutas ocupacionales que tratan a los pacientes con trastornos del lenguaje necesitan desplegar habilidades de observación y razonamiento deductivo para conocer las fuerzas y las debilidades cognitivo-perceptivas del paciente. A menudo se necesita información de las capacidades cognitivas y perceptivas de los pacientes con afasia para determinar la medida en la que cualquier deterioro puede interferir con la capacidad de las que cualquier deterioro puede interferir con la capacidad de usar de forma efectiva un sistema de comunicación alternativo. Para utilizar un tablero de comunicación básico se requiere que las personas tengan conciencia de que es necesario un sistema de comunicación alternativo, así como las habilidades de atención visual, exploración visual, identificación de objetos, correspondencia de dibujos lineales o palabras con objetos reales, y asociación o categorización.

La capacidad para comprender órdenes escritas simples puede evaluarse haciendo que el paciente lea y ejecute directivas de uno o dos pasos. Es importante que el terapeuta

ocupacional no proporcione ninguna señal gestual durante esta evaluación para determinar con precisión si aquel puede seguir la directiva escrita. Si no puede leer, la orden puede darse verbalmente. Los deterioros en la planificación motora a menudo coexisten con trastorno del lenguaje y debe ser descartados como factores de interferencia. La capacidad para iniciar u obedecer directivas gestuales debe ser evaluada si el paciente no puede cumplir órdenes verbales de un solo paso. Durante esta evaluación puede necesitarse las señales táctiles.

Si el paciente no muestra fiabilidad en las respuestas afirmativa y negativa y es capaz de llevara cabo órdenes de un solo paso, no se puede evaluar con precisión las capacidades de proceso cognitivos-perceptivas a través de métodos formales.

En todas las evaluaciones, las directivas deben ser breves, ir acompañadas por gestos y tener a los menos tres ensayos con correcciones y asistencia antes de la prueba real para asegurarse de que el paciente comprende las directivas.

Trastornos sensoriales

Las evaluaciones de un paciente con una pérdida sensorial (visión o audición) es un desafío para los terapeutas ocupacionales. Su evaluación debe centrarse en la modalidad sensorial que está indemne modificando las evaluaciones existentes o seleccionando aquellas que no evalúen la modalidad sensorial deteriorada. Po ejemplo, se le puede proporcionar al paciente con un trastorno de la audición las directivas escritas para que las siga y se le presenta al paciente con alteraciones visuales estímulos agrandados. El análisis cualitativo y las observaciones clínicas son necesarios para interpretar su desempeño. La documentación

de los resultados debe describir claramente las modificaciones y el medio de evaluación.

3.1.1 Interpretación y documentación de los resultados

Las diferencias en el propósito de la evaluación se reflejan en la documentación. El enfoque que asume un terapeuta ocupacional del proceso de evaluación de la disfunción cognitivo-perceptivo guía el proceso de la documentación. Cuando el método de evaluación incorpora fundamentalmente técnicas de screening cognitivas estáticas o un enfoque específico del déficit, la documentación habitualmente incluye una declaración en relación con el propósito de la evaluación, el nombre, una breve reseña de la evaluación. Cuando se ha llevado a cabo una evaluación interaccionar dinámica, la documentación refleja el enfoque sobre la comunicación de las condiciones de la actividad que influyeron en los síntomas cognitivo-perceptivos y en la conciencia que tiene el paciente de sus trastornos, así como el uso de estrategias de procesamiento. La documentación describe cada actividad y las condiciones que incrementaron o disminuyeron los síntomas; la respuesta del paciente a las señales; su conciencia o su capacidad de detectar, predecir. Controlar, explicar o corregir, así como un resumen para establecer relaciones con actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego y ocio y participación social.

Relación de los resultados con la función

Los terapeutas ocupacionales tienen experiencia para analizar el desempeño de una persona en las actividades cotidianas y para identificar los facilitadores o las barreras cognitivo- perceptivos contra su participación en ocupaciones significativas. Los terapeutas son capaces de rela-

cionar el efecto potencial de los deterioros cognitivo-perceptivos identificados con las demandas del desempeño en las actividades. Deben definir ampliamente el concepto de función y considerar el efecto de los deterioros cognitivo-perceptivos observados sobre las múltiples actividades necesarias para la participación efectiva del paciente tanto en los roles ocupacionales presentes como futuros y en el impacto posterior de estos deterioros sobre la salud, el bienestar y la satisfacción vital.

Se debe evaluar el desempeño en las actividades en distintos contextos que se asemejan más estrechamente a las demandas del comportamiento en el mundo real. Los terapeutas han de considerar que el ambiente hospitalario estructurado, aunque no familiar, puede facilitar o impedir el desempeño. La documentación de las connotaciones funcionales de los deterioros cognitivo-perceptivos es vital para que los terapeutas ocupacionales demuestren su valiosa contribución para el equipo de asistencia de la salud en la evaluación y la rehabilitación de la disfunción cognitivo-perceptiva.

Establecimiento de los objetivos

Las metas que abordan los deterioros cognitivo-perceptivos y su influencia en el desempeño de las actividades requieren los mismos componentes que cualquier finalidad. El objetivo debe describir el comportamiento, las condiciones bajo las que se debe mostrar el comportamiento y el nivel esperado de desempeño. Se debe documentar metas cognitivas que aborden una mejor conciencia de la seguridad y un desempeño independiente y seguro de las actividades funcionales.

Los objetivos cognitivo-perceptivos a largo plazo han de estar dirigidos a las áreas cognitivo-perceptivas genera-

les y el nivel funcional del desempeño; por ejemplo, “La persona demostrará mayor conciencia de los trastornos de manera que pueda usar con éxito estrategias compensatorias para alcanzar independencia en auto cuidados en el momento del alta”. Las metas a corto plazo típicamente se dirigen a habilidades de proceso cognitivo-perceptivas más específicas que son pasos necesarios para lograr un mejor desempeño funcional; por ejemplo: “Como requisito para la independencia en habilidades básicas de auto cuidados, el paciente mostrará la capacidad para usar un enfoque de exploración organizado con el fin de localizar determinados elementos de un conjunto (cajón, estante de la nevera, agenda telefónica, etc.) cinco veces durante una sesión de 30 minutos, al cabo de 2 semanas”. O “como requisito para la independencia en la comunidad, el paciente mostrará una mayor atención simultánea, como evidencia de su capacidad para desempeñar tareas culinarias de múltiples pasos solo con una o dos señales verbales al cabo de 2 semanas”. Las metas cognitivas, deben ser conductuales y estar claramente escritas, de modo que si se las recibe otro terapeuta sabrá en que momento se ha logrado el objetivo establecido.

3.2 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN INTERACCIÓN Y FACTORES SOCIOEMOCIONALES.

Distinción entre habilidades y factores

Las habilidades son comportamientos observables que tienen propósito funcional y se manifiesta durante la participación ocupacional. Los factores son funciones y estructuras corporales subyacentes que residen en el interior de una persona y tiene la posibilidad de influir en el desempeño ocupacional. Los factores son funciones que forman

parte de la persona. Mientras que las habilidades son acciones con propósito y observables que aquella utilizada para participar en la ocupación.

Definiciones

Las habilidades de comunicación e interacción son actos observables o procesos que tramiten tanto intenciones como necesidades y coordinan el comportamiento social durante las interacciones con los demás. Los factores socioemocionales son el temperamento y personalidad, la energía y el impulso y funciones emocionales.

Importancia de las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales para la terapia ocupacional.

El primer paso en la evaluación es desarrollar un conocimiento del paciente como individuo y como ser ocupacional. Los terapeutas que usan un enfoque centrado en la persona dirigen la evaluación y la intervención en las prioridades y los valores personales. Este enfoque necesita un conocimiento de la identidad de la persona.

La identidad es una teoría del individuo que describe e interrelaciona sus elementos, características y experiencias. La identidad puede considerarse como la historia vital en evolución que narra un individuo para darle sentido y definirse a sí mismo. Los terapeutas ocupacionales a menudo obtienen historias que pueden guiar el razonamiento clínico, la identidad de una persona, o su sentido del yo, puede verse amenazado por el envejecimiento, o la enfermedad mental. Como la reconstrucción de una identidad satisfactoria con frecuencia forma parte de sentirse sano, todos los terapeutas ocupacionales deben prestar atención a las identidades potencialmente vulnerables de sus pacientes. Los profesionales necesitan prestar atención a las habili-

dades de comunicación/interacción porque es a través de ellas que una persona trasmite su identidad y sus necesidades, pensamientos, y emociones, a los otros. Además, las habilidades de comunicación/interacción son necesarias para desempeñar las muchas ocupaciones que se cumplen en presencia de otros o con la cooperación de éstos.

Los factores socioemocionales, como personalidad y la energía y el impulso, también afectan a la elección del individuo y a la experiencia subjetiva de ocupaciones, así como la persistencia en sustento del comportamiento ocupacional. Por estas razones, las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales deben tenerse en cuenta en todas las evaluaciones de terapia ocupacional. No deben considerarse cuestiones que solo son importantes para los terapeutas que tratan a pacientes con diagnóstico psiquiátricos.

Cuando evalúa a un paciente, el terapeuta ocupacional decide que exámenes y métodos usará basándose en las necesidades articuladas por el paciente. El terapeuta podría decidir evaluar las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales formalmente, o puede evaluarlos de modo informal y simplemente anotar estas habilidades y factores como facilitadores o barreras del desempeño ocupacional. También puede usar la información aportada por otras disciplinas, como asesoramiento en rehabilitación, para guiar la planificación de la intervención en terapia ocupacional. Por tanto se debe considerar las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales, pero es posible que no puedan evaluarse formalmente, en cada evaluación de terapia ocupacional.

Evaluación de las habilidades de comunicación/interacción

Al evaluar las habilidades de comunicación/interacción, el terapeuta determina si le permiten al paciente cumplir con éxito y personalmente las interacciones sociales dentro de las ocupaciones. Durante la evaluación, el terapeuta debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Está satisfecho el paciente con su desempeño ocupacional y sus relaciones interpersonales?
- ¿Otras personas están satisfechas con las interacciones del paciente y las relaciones con éste?
- ¿Las habilidades de comunicación/interacción facilitan el cumplimiento efectivo de las ocupaciones?
- ¿Las habilidades de comunicación/interacción estimulan las relaciones interpersonales eficaces y satisfactorias?

Las dos primeras preguntas evalúan si el paciente y otras personas están satisfechos con las relaciones interpersonales y el desempeño real de las ocupaciones. Las respuestas a estas preguntas determinan si existe necesidad de evaluar formalmente las habilidades de comunicación/interacción. Las dos últimas preguntas se centran en cómo las habilidades propiamente dichas contribuyen a las relaciones efectivas o no y al desempeño ocupacional. Las respuestas a las dos últimas preguntas ayudan al terapeuta ocupacional a determinar las habilidades que pueden requerir una intervención terapéutica.

Modelos de habilidades de comunicación/interacción en terapia ocupacional.

Los terapeutas ocupacionales solo recientemente han comenzado a desarrollar un lenguaje para describir las habilidades de comunicación/interacción en cuanto que se relacionan con el desempeño ocupacional. El modelo de

interacción social, describe el proceso de recibir, interpretar, planificar y ejecutar el comportamiento social. En este modelo, los órganos sensoriales, las capacidades cognitivas, el estado emocional, los rasgos volitivos y el estilo interactuar influyen en las habilidades de representación social. Las habilidades de representación social se refieren a la producción observable del proceso de interacción social e incluyen habilidades de reconocimiento, de transmisión de oportunidad y de coordinación.

Taxonomía de las habilidades de comunicación y de interacción

La taxonomía considera las habilidades en cuanto se relacionan con tres dominios que deben manejarse durante las interacciones: corporalidad, intercambio de información y relaciones.

Corporalidad

La corporalidad se refiere al uso del cuerpo para comunicarse con los otros. Esta dimensión de las habilidades de comunicación/interacción comprende contactos (tocar o tener contacto físico con los otros), mirada (uso del movimiento ocular y la mirada para comunicarse), los gestos (uso de los movimientos corporales para indicar, demostrar y agregar énfasis), las maniobras (mover el cuerpo en relación con los otros), las orientaciones (posición del cuerpo en relación con una tarea o con los otros) y posturas (adaptar posiciones físicas).

Intercambio de información

El intercambio de información es el acto de dar y recibir información dentro de una ocupación. Las habilidades de intercambio de información son: articular (producir una palabra clara e inteligible), afirmar (expresar deseos, rechazos y solicitudes), pedir (solicitar información), partici-

par (iniciar interacción), expresar (mostrar afecto/actitud apropiados), modular (mostrar inflexión de volumen y vocal en las palabras), compartir (proporcionar información fáctica o personal), hablar (hacerse entender a través del lenguaje) y sostener (mantener la palabra durante el tiempo apropiado).

Relaciones

Las relaciones denotan el mantenimiento de vínculos apropiados dentro de una ocupación. En esta categoría se encuentran las habilidades como colaborar (coordinar acciones con otras personas para alcanzar una meta), conformarse (observar las normas sociales), concentrarse (dirigir el comportamiento y la conversación a la acción social continua), relacionarse (intentar establecer una relación con los otros) y respetar (adaptarse a las respuestas y las solicitudes de los otros).

Evaluaciones en el adulto

La evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción es un instrumento observacional que hace referencia a criterios que se basan en la taxonomía. Estas habilidades está diseñada para evaluar las habilidades de comunicación/interacción de los adultos que padecen una enfermedad física o mental. Cuando usa las habilidades, el terapeuta observa a una persona participando en una ocupación que requiere la interacción con los otros y lo evalúa en cada una de las 20 habilidades enumeradas en la taxonomía, utilizando una escala de cuatro puntos.

La escala de Interacción Social es un examen de la competencia social. Se utiliza para evaluar el comportamiento social demostrado durante una entrevista semi estructurada. Los profesionales evalúan las habilidades de interac-

ción en cinco situaciones sociales.

3.2.1 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES SOCIOEMOCIONALES

Definiciones

Temperamento y personalidad

El temperamento se refiere a la disposición constitucional de una persona que la estimula a reaccionar ante las situaciones de una manera particular. La personalidad describe el conjunto de características que envuelven a una persona singular. Los investigadores de la personalidad generalmente usan el modelo de los cinco factores como sistema coherente para la organización y la descripción de los rasgos de personalidad en adultos. Los cinco factores son constantes de rasgos a lo largo de los cuales se evalúa una persona. Estos son los cinco factores:

- Neuroticismo: relacionado con preocupación, inseguridad, autoconciencia, y estrés emocional crónico; en el otro extremo se encuentra la estabilidad emocional.
- Extraversión: Los extravertidos se describen como sociables, divertidos, amigables y charlatanes; el polo opuesto se denomina introversión.
- Apertura a la experiencia: El factor más difícil de describir e interpretar; se caracteriza por originalidad, imaginación, osadía y demostración de intereses amplios; se relaciona con la inteligencia, pero es independiente de ésta.
- Afabilidad: Relacionada con rasgos como confianza, calidez y simpatía; en el extremo opuesto del espectro está el antagonismo.
- Escrupulosidad: Habitualmente trabajador, ambi-

cioso, energético y perseverante; en el polo opuesto se encuentra la falta de dirección.

Otras funciones

Las funciones de energía e impulso se refieren a mecanismos psicológicos o fisiológicos que hacen que una persona intente satisfacer las necesidades y los objetivos de manera persistente. Se incluyen funciones como motivación, apetito, vitalidad y uso compulsivo de sustancias. Las funciones emocionales son funciones mentales que se relacionan con sentimientos y componentes afectivos de la mente. Los aspectos a considerar son el alcance, la pertinencia y la regulación de las emociones, como tristeza, felicidad, amor, miedo, enojo, odio, tensión, ansiedad, alegría y pena.

Evaluación e importancia para la terapia ocupacional

Un terapeuta ocupacional tendrá que considerar el nivel de extraversión de una persona cuando determina el equilibrio de las sesiones de intervención grupales e individuales. Un introvertido probablemente esté menos estimulado cuando se le rodea de otras personas y puede querer pasar más tiempo realizando ocupaciones solitarias o con una sola persona que un individuo extravertido.

Es importante reconocer que la intervención de terapia ocupacional no está dirigida a modificar o manipular los factores socioemocionales, esto es, no apropiado establecer una meta de resultado relacionado con procurar que alguien sea más extrovertido. Sin embargo, los terapeutas ocupacionales podrían utilizar información relativa de los factores socioemocionales para planificar la intervención o educar a una persona. Por ejemplo podrían ayudarla a comprender de qué modo los factores de la personalidad, como la extroversión o el abrirse a los demás,

contribuyen a la selección de las ocupaciones que mejor contribuyen a su bienestar.

Puntos claves a considerar en la evaluación de las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales

1. Las habilidades de comunicación/interacción.

Estas son específicas de la cultura. Cada cultura tiene su propio conjunto de reglas de exhibición; éstas son las normas presupuestas que gobiernan el modo en que las personas expresan las emociones e interactúan entre sí. Los terapeutas deben interpretar las habilidades de comunicación/interacción de una persona desde la perspectiva de su propia cultura, y no desde la del terapeuta.

2. La evaluación

Es un proceso interactivo, dinámico y complejo que no está moldeado tanto por el paciente como el terapeuta. Los terapeutas deben tomar conciencia de sus conjeturas y comprender cómo influyen en la interpretación de las acciones de sus pacientes. También deben estar al tanto de lo que los psicólogos sociales denominan el efecto de la expectativa: las expectativas de éxito o fracaso de un evaluador pueden comunicarse sutilmente a otra persona, lo que tiene repercusión en el comportamiento de ésta, de tal modo, si el profesional desea que un paciente se esfuerce en una tarea particular, es posible que no esté comunicando verbalmente esas expectativas a la persona y que influyan de manera negativa en su desempeño.

3. Las interacciones sociales.

En las interacciones sociales cotidianas, los seres humanos

se forman impresiones de los otros rápidamente y con frecuencia de forma inconsciente. Estas primeras impresiones se convierten en los pilares a partir de las cuales se elaboran los juicios posteriores. Los terapeutas deben hacer un esfuerzo consciente para considerar esas primeras impresiones como hipótesis y no como juicios infalibles y seguros.

Algunas enfermedades crean comportamientos que son malinterpretados fácilmente por otras personas. Por ejemplo para el observador inexperto el síntoma de Bradicinesia (lentitud del movimiento) de la enfermedad de Parkinson puede padecer una muestra de indecisión, renuncia o pereza. Los adultos tienden a usar señales no verbales más que verbales para determinar el significado social del comportamiento, especialmente cuando los mensajes no verbales y verbales se oponen entre sí. Se presentan conflictos entre el mensaje verbal y no verbal si la persona afirma en un tono lento y cansado “No pensaba ir a la terapia ahora” y es lento para comenzar a levantarse de la silla. En esta situación, es un error natural pero la fatal del terapeuta sería atribuir la parsimonia del paciente a falta de motivación, más que reconocerlo como un signo de una enfermedad neurológica.

También es importante recordar que la evaluación, de modo que los terapeutas siempre deben estar atentos a una nueva información que pudiera contradecir las impresiones iniciales que ha recibido el paciente.

4. El contexto

El comportamiento social es modelado por la situación en la cual sucede. No obstante, los psicólogos sociales han observado que las personas tienen a subestimar la influencia de la situación como interpretan los comportamiento

de éstos es una función directa de los rasgos y la personalidad. Esto se conoce como “error fundamental de atribución”. Los terapeutas deben tener presente este aspecto de la naturaleza humana cuando se evalúan las habilidades de comunicación/interacción.

Los métodos de evaluación deben permitirle al terapeuta observar la participación del paciente en ocupaciones en múltiples ambientes y con distintas personas para que pueda determinar de qué modo influye el contexto en el uso de las habilidades.

Ventajas y desventajas de la comunicación brindada por el paciente

Los terapeutas ocupacionales recomiendan el uso de enfoque centrados en el paciente o centrados en la persona para la evaluación y la intervención. Esto comprende hablar con ellas, sus familias y aquellos que prestan apoyo para obtener una perspectiva de cada persona y de sus necesidades ocupacionales.

En el área de las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales, es importante que los terapeutas sean conscientes de las limitaciones de la comunicación realizada al paciente. Es posible que el éxito percibido por la persona en la comunicación no responda al éxito real con el que es evaluado por sus compañeros. Esto no quiere decir que un terapeuta debe privarse de interrogar a una persona sobre su percepción de las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales; la percepción que tiene el paciente sobre estas cuestiones siempre es importante. Sin embargo el terapeuta debe usar un lenguaje que la persona pueda comprender, es decir, no debe preguntar sobre su temperamento sino sobre las manifestaciones conductuales del temperamento.

Y el terapeuta ha de completar los métodos de comunicación brindados por el paciente con oportunidades para participar con las personas en ocupaciones de modo que pueda apreciar realmente las habilidades que usa.

Los terapeutas ocupacionales están interesados en el modo en que las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales sustentan o dificultan el desempeño ocupacional de una persona. Estas habilidades y factores son aspectos importantes de una evaluación holística en terapia ocupacional.

Puede evaluarse de modo formal o informal, según las necesidades y las prioridades del paciente. Cuando evalúan las habilidades de comunicación/interacción y los factores socioemocionales, los terapeutas deben tener presente las normas culturales y las características contextuales que influyen en la interacción social. También deben tener claro que los programas de intervención de terapia ocupacional pueden dirigirse a mejorar las habilidades de comunicación, pero nunca han de orientarse a modificar o manipular los factores socioemocionales.

3.3 EXPECTATIVAS DEL AMBIENTE DE DESEMPEÑO: AMBIENTE DESPUÉS DEL ALTA

Se debe considerar los ambientes una vez que se da el alta de los pacientes cuando se establecen los objetivos y se seleccionan intervenciones que sean relevantes para el ambiente en el que las personas finalmente desempeñaran tareas. El ambiente humano es fundamental para las personas que requieren asistencia después del alta. Algunas personas solo necesitan servicios de apoyo, como ayuda para hacer las compras o la limpieza de la casa. Aquellas que tienen importantes limitaciones en las actividades y una cognición intacta pueden requerir una asistencia física

considerable, pero pueden quedarse solos una vez que se completan las actividades de la vida diaria, que han comido y que se movilizan en sus sillas de ruedas. Se deben explorar los ambientes en los que se desempeñen las actividades. Las adaptaciones para el sanitario, como asientos elevados y apoyabrazos, se usan cuando la movilidad está limitada.

CAPITULO 4. LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL ADULTO MAYOR.

4.1 IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

1. Selección de un enfoque de intervención
Los enfoques de intervención para la limitación en el desempeño de las actividades se clasifican en tres amplias categorías: compensación, restablecimiento y educación. Los marcos de referencia tienden a concentrarse en la compensación o el restablecimiento. El marco de referencia de la rehabilitación se basa en técnicas compensatorias para adaptarse o compensar los deterioros que dificultan el desempeño de las tareas y es un enfoque compensatorio. Los marcos de referencias biomecánica de integración sensorial son enfoques de restablecimiento porque se aplican a restablecer las capacidades que están deterioradas, con la presunción de que los beneficios obtenidos en las capacidades genéricas serán trasladados a las tareas cotidianas. Los enfoques compensatorios como restaurador deben combinarse con un enfoque educacional para asegurar la transferencia del programa a actividades funcionales.

2. Compensación

El desempeño de las actividades puede aumentarse mediante una compensación para limitaciones en las actividades en lugar del restablecimiento de las capacidades previas. Esto con frecuencia es necesario cuando el restablecimiento no es una opción.

Se dispone tres estrategias de intervención bajo el enfoque compensador. Se puede alterar el método de la actividad o de tarea, se puede adaptar los objetos de las tareas o se puede modificar el ambiente. Las combinaciones de estos métodos permiten aumentar al máximo el desempeño del paciente.

3. Adaptar los objetivos de las tareas o prescribir dispositivos de asistencia

Los objetos usados para la tarea pueden modificarse con el propósito de facilitar el desempeño; por ejemplo, se pueden construir mangos en los utensilios para las personas que tiene menor rango de movimiento de los dedos. En muchas tareas, la adaptación de los objetos no altera significativamente el método de tarea, de modo que la necesidad de aprendizaje es menor que cuando se modifica el método. Si este es el caso, se reduce la necesidad de la práctica. Los ejemplos de adaptaciones simples son utensilios con mangos agrandados o extendidos, una tabla para cortar y cordones elásticos para el calzado. Sin embargo algunas adaptaciones de tareas alteran el desempeño en las tareas y requieren un buen aprendizaje.

4. Modificar el ambiente de la tarea

La modificación del ambiente puede usarse para facilitar el desempeño en las tareas, cuando se modifica el ambiente, la demanda de aprendizaje de un método alternati-

vo o el uso de objetos adaptados para las tareas.

Las modificaciones ambientales pueden ser permanentes, como instalar una rampa para silla de ruedas, colocar un pasamanos o una barra desde el suelo hasta el techo en el baño, colocar hacia atrás las cañerías de agua que están bajo el lavabo para que pueda acomodarse una silla de ruedas, aumentar la luz disponible, retirar las puertas del armario para facilitar el acceso e instalar un marco de asiento en el excusado.

5. Restablecimiento.

Un enfoque del restablecimiento habitualmente se concentra en la intervención en el nivel de deterioro con el objetivo de restablecer las capacidades que son necesarias para las tareas funcionales. Se puede utilizar la intervención para restablecer capacidades como fuerza, resistencia, rango de movimiento, memoria reciente, contraste visual figura-fondo e intereses. Cualquiera que sea el marco de referencia específico o la técnica utilizada, siempre se debe fijar el nexo entre el deterioro y las limitaciones resultantes en la actividad. Los pacientes también deben ser educados sobre la relación entre sus capacidades intrínsecas y las tareas cotidianas que persiguen para que puedan comprender cómo la intervención conducirá finalmente a un mejor desempeño de la tarea.

Todos los programas de intervención diseñados para restablecer o establecer capacidades intrínsecas deben proporcionar a las personas unas oportunidades estructuradas de trasladar los beneficios logrados en estas capacidades a tareas funcionales importantes. Esto asegura que el resultado de la intervención sea funcional y ayuda a mantener dichos beneficios a través de un incremento en la capacidad y una reducción del deterioro, al brindar la oportuni-

dad de la práctica dentro de la rutina diaria. Por ejemplo, la intervención que lleva a una mayor capacidad de flexión del hombro derecho debe acompañarse de tareas funcionales que requieren movimiento en el rango recién adquirido, como el uso de la extremidad superior derecha para alcanzar los armarios de la cocina o reanudar la práctica de natación.

La intervención dirigida al restablecimiento con frecuencia es más eficiente para las personas en las que algunos deterioros afectan a muchas tareas y en las que algunos deterioros afectan a muchas tareas y en las que es posible esperar que las capacidades disminuidas mejoren la mayoría de las actividades de la vida diaria a causa de la imposibilidad de alcanzar su rostro, cabeza y tronco.

Las tareas se pueden adaptar fácilmente usando dispositivos alargadores para todas las tareas de actividades de la vida diaria (cubiertos, cepillo de dientes, peine, cepillo, esponja para el baño). Aunque las adaptaciones de los objetos de las tareas acrecienta su desempeño en las actividades de la vida diaria a corto plazo, el objetivo a largo plazo de restablecer las capacidades.

La naturaleza de la capacidad específica que necesita restablecimiento justifica la atención porque el restablecimiento de algunas capacidades no produce la generalización de las habilidades recibidas a las actividades funcionales. Las habilidades visuoperceptivas, como exploración visual, percepción figura-fondo, discriminación derecha-izquierda y orientación topográfica, son tratadas a menudo con ejercicios fuera del contexto de las actividades diarias.

De acuerdo con la naturaleza de la discrepancia en el desempeño y el grado de deterioro, el tiempo de intervención necesario cuando se usan enfoques de restablecimiento

puede ser prolongado que el requerido para los enfoques compensadores. Además los pacientes deben saber que el periodo de rehabilitación puede ser más extenso y que el cumplimiento con un programa domestico es vital para obtener beneficios.

6. Intervención integradora para deterioros y limitaciones en las actividades

Un programa diseñado permite a las personas ser más funcionales mediante el uso de estrategias compensatorias al tiempo que trabajan para restablecer capacidades funcionales. Es necesario que el terapeuta ocupacional reduzca la aplicación de estrategias compensadoras a medida que las personas mejoran el desempeño de las actividades.

7. Educación del paciente o de quien se ocupa de su cuidado

La instrucción de un grupo es eficaz y cuando está bien estructurada, puede facilitar el aprendizaje a través de la interacción con los demás pacientes. Para el grupo de personas que ejercen cuidados, el contacto con otras personas que están experimentando problemas similares en ese rol puede proporcionar un apoyo emocional útil y la oportunidad de una resolución constructiva de los problemas grupales.

Se necesita algún tipo de instrucción individualizada para completar las instrucciones de grupo, de modo que la información puede ser adaptada para satisfacer las necesidades específicas de cada persona. Por ejemplo se le enseñaría cómo aplicar técnicas adecuadas de levantamiento de los objetos y las dimensiones de su propio hogar. Pueden haber casos en que la instrucción debería ser individualizada para las actividades de aseo, por ejemplo ducharse.

La educación y el entrenamiento individual de paciente o persona a cargo de la atención hace posible que el terapeuta ocupacional obtenga una retroalimentación inmediata del paciente a medida que progresa la sesión y modifique en concordancia el grado y el enfoque del aprendizaje. Los terapeutas pueden preparar el material que facilite el proceso de aprendizaje como material escrito o videos que son de enseñanza eficaz.

8. Entrenamiento de los encargados del cuidado

Además de evaluar la capacidad de aprendizaje de los pacientes, es necesario evaluar la de quienes lo cuidan. En muchas ocasiones la persona a cargo de la atención es un miembro de la familia que aún afronta el impacto emocional de enfrentarse a una discapacidad, sea la madre de un niño con parálisis cerebral o el marido de una mujer que ha sufrido un ACV.

Cuando los cuidadores están colaborando en un programa de intervención general, se les debe aclarar la estrategia de resultado y de la intervención general. Para los programas de restablecimiento, los pacientes pueden necesitar asistencia con la implantación de ejercicios específicos o la gradación de las actividades de una forma que ayudará a restablecer las habilidades.

El entrenamiento de los cuidadores para asistir a las personas con las actividades funcionales debe centrarse en la seguridad de ambos. El terapeuta ocupacional debe destacar los componentes de la actividad que promueven la seguridad, como poner los frenos de la silla de ruedas o sujetar la rodilla del paciente para impedir que se flexione cuando se traslada hasta la silla de ruedas y desde ésta.

9. Desarrollo gradual del programa de intervención
Los programas de intervención nunca deben ser estáticos. Es importante hacer progresar a la persona hacia los resultados establecidos de la intervención. Cuando el plan de intervención utiliza tanto restablecimiento como compensación, el programa puede graduarse reduciendo la cantidad de adaptaciones de la tarea y ambientes a medida que se restablecen las capacidades del paciente.

La intervención para limitaciones en la actividad puede graduarse modificando muchos parámetros de la actividad, como incrementar el nivel de independencia, asumir mayor responsabilidad por la seguridad, aumentando la satisfacción personal y disminuir la duración o la aparición de comportamientos aberrantes en las tareas.

10. Graduar la progresión de las tareas desde las más fáciles hasta las más difíciles

Esta progresión estará vinculada con las limitaciones de la actividad de la persona. Manejar dinero puede ser relativamente fácil para un paciente con cuadriplejía una vez que domina el uso de un elemento para escribir, pero colocarse una prenda en los miembros inferiores es mucho más difícil. Por el contrario, un paciente con un traumatismo craneal que condujo a un deterioro cognitivo importante y habilidades motoras relativamente conservadas es probable que se encuentre que poner unos pantalones es relativamente fácil, pero manejar dinero es extremadamente difícil.

11. Aumentar la complejidad en la tarea

En lugar de progresar solo desde las actividades más fáciles hasta la más difícil, la intervención también puede graduarse aumentando la complejidad dentro de una acti-

vidad, o haciéndola progresar desde las formas más simples a las más complejas. La preparación de un sandwich simple hasta comidas más complejas.

Existen tres enfoques amplios de la intervención en terapia ocupacional: compensación, restablecimiento y educación. La necesidad de establecer resultados elegidos como objetivo en el desempeño de las actividades que tengan en cuenta el valor de la actividad, la seguridad en el desempeño de la actividad y la adecuación en el desempeño de la actividad.

La adecuación del desempeño de la actividad incluyó los parámetros de dificultad, dolor, fatiga y disnea, duración (eficiencia), estándares sociales, satisfacción, experiencia, recursos y comportamientos aberrantes en las tareas. También se presentaron otros factores que influyen en los resultados elegidos como objetivo y en la elección del enfoque de la intervención, como la capacidad de aprendizaje del paciente, su pronóstico, el tiempo asignado para la intervención, la disposición al alta y su capacidad para cumplir con las rutinas o técnicas.

4.2 INTERVENCIONES PARA LA VIDA DIARIA.

El terapeuta ocupacional y el paciente deben elaborar cuidadosamente una intervención que satisfaga las necesidades individuales y las metas de aquél. Las estrategias de intervención específicas disponibles para el terapeuta ocupacional son innumerables. Sin embargo, antes de seleccionar estrategias de intervención, el profesional debe determinar el enfoque apropiado de la intervención para cada persona. Se puede seleccionar distintos enfoques, que puede utilizar solos o combinados.

Debido a la complejidad del comportamiento humano, el empleo de estrategias de intervención estandarizadas

(es decir, no individualizadas) probablemente no podrás abarcar las necesidades de la mayoría de las personas. Las estrategias de intervención estandarizadas pueden hacer más fácil y rápida la planificación de la intervención para el profesional de terapia ocupacional, pero esto, puede ir en detrimento de la persona, cuyo potencial tal vez no sea reconocido.

La sección está dividida en dos sub secciones principales. En la primera, se pasan revista y se analizan los parámetros empleados para describir y medir el desempeño en la actividad en relación con el establecimiento de los resultados objetivo de las intervenciones. Definir los resultados deseados de la intervención constituye un requisito necesario para la planificación de la misma porque, como reza el siguiente adagio, “sí no sabes a dónde vas, no sabrás cómo llegar allí ni cuándo has llegado”. En cada uno de los enfoques, se describen estrategias para promover el desempeño independiente, seguro y adecuado de las tareas.

Parámetros para establecer los resultados elegidos como objetivo de las intervenciones

El primer paso crítico en la planificación de una intervención es establecer resultados razonables, alcanzables y funcionales, u objetivos que se van a lograr a través de la terapia ocupacional. Esto requiere el análisis del perfil de evaluación juntamente con factores adicionales que influyen en el resultado, la capacidad de aprendizaje del paciente, su pronóstico, el tiempo asignado para la intervención, la disposición del paciente en el momento de alta y capacidad de la persona para cumplir con las nuevas rutinas o técnicas.

Influencia de los parámetros de las tareas en la planificación de las intervenciones

La adecuación del desempeño de tareas involucra dificultad, dolor, fatiga y disnea, duración (eficiencia), estándares sociales, satisfacción, experiencia, recursos y comportamientos aberrantes de las tareas. Una evaluación amplia aborda todos los parámetros, y cada uno de ellos se considera desde la perspectiva del ambiente de desempeño conocido o anticipado antes de que finalicen las decisiones relativas a resultados y estrategias de intervención.

La identificación de las restricciones en los roles sociales de una persona y las actividades que comprometen esos roles son un componente esencial de la evaluación de terapia ocupacional y debe ser la primera consideración para establecer los resultados. La evaluación utilizada de arriba hacia abajo, comienza con la participación en roles sociales de la persona, que incluye el valor relativo que tiene cada rol en la vida de ésta, los roles que están más restringidos y las prioridades del paciente para reanudar estos roles después del alta. Dado que las actividades y las tareas específicas que constituyen un rol varía mucho de una persona a otra, deben ser identificados por las personas. Por ejemplo, dos jóvenes con lesiones medulares semejantes pueden identificar que un rol vital importante en ambos es ser padres de un hijo. Sin embargo, las actividades que definen un rol de padre pueden ser muy diferentes. Las estrategias de intervención deben ser diferentes en ambos casos para que cada uno de los pacientes reasuma con éxito su rol de padre.

1. Valor

El valor que las personas asignan a una actividad dada influye en la motivación para participar en cualquier intervención dirigida a mejorar el desempeño de esa actividad.

Dado que muchas intervenciones de terapia ocupacional requieren la adquisición de nuevas habilidades a través de la práctica, la motivación puede influir mucho en el resultado funcional final. Las personas para las que tienen valor la actividad que se está tratando durante una intervención es poco probable que continúen con el programa doméstico necesario para mejorar la habilidad en esa actividad. Los terapeutas ocupacionales deben trabajar dentro de los valores definidos por sus pacientes. Esto requiere un enfoque cooperativo entre la persona y el terapeuta ocupacional a medida que establecen los detalles del plan de intervención. Las prioridades de las actividades que serán incluidas en una intervención deben ser determinadas por el paciente bajo la guía del profesional, quien necesita obtener los datos suficientes sobre los valores y las preferencias de aquél para diseñar un plan individualizado. Los cuidados personales están altamente valorados por la mayoría de los adultos, debido a la dependencia de otros que acompaña a la disfunción de los roles. Sin embargo las personas con limitaciones graves de las actividades pueden necesitar o desean aceptar la asistencia de otras actividades de la vida diaria, de modo que puedan conservar la energía para desempeñar otras actividades.

Algunas personas pueden identificar resultados razonables para la intervención, pero establecen prioridades que vuelven al proceso de intervención ineficiente y potencialmente inefectivo. Sobre todo en el tratamiento de trastornos graves de inicio súbito (accidentes cerebro vasculares, lesión traumática), el entrenamiento en cuidados personales a menudo ayuda a las personas a desarrollar capacidades y habilidades para resolver problemas que más adelante pueden ser aplicados a actividades de mayor complejidad que los cuidados personales. Cuando las actividades y los

roles más valorados se encuentran por encima del nivel potencial de habilidades de las personas, el terapeuta ocupacional las ayuda a reconcentrar sus prioridades de modo que el plan de intervención sea realista y los resultados sean alcanzados.

2. Independencia.

El parámetro más comúnmente considerado en las intervenciones de terapia ocupacional es la independencia en el desempeño de las actividades. Esto puede lograrse de distintas formas, como el cambio de los materiales de la actividad, la enseñanza de técnicas adaptadas (comenzar a vestirse por la extremidad deteriorada antes que por la sana y prescribir tecnología de asistencia).

El terapeuta ocupacional también puede estructurar el desempeño de las actividades de modo que se preste progresivamente menos asistencia humana y a medida que tiene lugar la recuperación de la función. Por ejemplo, en tanto que aumente la fuerza muscular disminuye la cantidad de asistencia física proporcionada por el terapeuta ocupacional.

Como alternativa, en lugar de modificar la cantidad de asistencia, puede cambiar el tipo de asistencia humana, con un reemplazo de la asistencia más potente por otras menos potentes. Por ejemplo, a medida que la fuerza muscular aumenta, las señales verbales pueden reemplazar a la asistencia física.

El desempeño en las actividades puede ser dividido en tres fases: iniciación, continuación, y conclusión de una tarea. La iniciación es un aspecto del desempeño de la actividad que con frecuencia se pasa por alto cuando se establecen los objetivos de la intervención, en parte porque es difícil de evaluar y tratar. Se espera habitualmente que los

adultos inicien de manera independiente las actividades de cuidados personales y de administración doméstica.

Los deterioros para la iniciación de la actividad pueden ocurrir como resultado de muchas enfermedades y trastornos, como demencia, depresión, esquizofrenia, traumatismo craneoencefálico o accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson.

Los miembros de la familia encuentran frustrante tener que dar indicaciones a una persona con un deterioro para la iniciación de cada aspecto de una rutina diaria. Además, la falta de iniciación limita gravemente la capacidad de la persona para encontrar y mantener un empleo y participar en ocio y en roles y relaciones sociales. El entrenamiento en el uso de recordatorios, como cuadernos, lista de control y tarjetas. La percepción de la propia eficacia es decir; las ideas de las personas sobre su capacidad para desempeñar actividades de cuidados personales.

Las personas pueden sobrestimar o subestimar su nivel de habilidades. La preocupación primaria de las personas que sobreestiman su nivel de habilidades es la seguridad. Aquellos que subestiman su nivel de habilidades pueden imponerse limitaciones en las actividades aun cuando tengan la capacidad para ser seguros, independientes y adecuados en el desempeño de una actividad.

3. Seguridad

Durante la evaluación de terapias Ocupacional se recomienda analizar por separado dos parámetros del desempeño en la actividad seguridad e independencia, para cerciorarse de que los déficit en la seguridad se identifican claramente. Sin embargo, como la seguridad es una cualidad de la interacción persona, tiempo, ambiente, no puede observarse ni tratarse aisladamente de la independencia.

Las personas pueden ser independientes pero no seguras. Cuando se establece un riesgo aceptable, es útil estimar el nivel de comodidad que tiene la persona con el riesgo, su capacidad para analizar los riesgos asociados con una actividad particular y diseñar un plan para manejarlo, y su capacidad para implementar el plan expeditivamente a pesar del déficit.

Los pacientes de terapia ocupacional tiene capacidades variadas para adaptarse a situaciones de por sí peligrosas o que plantean peligros inesperados. A veces puede ser necesario sacrificar el nivel de independencia en el desempeño de las actividades por la seguridad. Una persona que es independiente en la de ambulación, pero tiene reacciones de equilibrio lentas y deficientes puede tener la necesidad de limitar la marcha a las superficies lisas y niveladas. Esta restricción puede reducir significativamente la independencia en la movilidad comunitaria. La incapacidad para adaptarse a hechos inesperados (recuperar el equilibrio después de ser amputado) hace necesario restringir la independencia para aumentar al máximo la seguridad.

El análisis de la orientación en el riesgo del paciente puede proporcionar ideas útiles sobre tendencia a participar en comportamientos peligrosos antes de la discapacidad. Las personas que tienden a sobrestimar sus capacidades pueden presentar a los terapeutas con problemas de seguridad que merecen atención. Las actividades que desempeñaban antes pueden seguir siendo percibidas como realizables, a pesar de las limitaciones recientemente adquiridas que las vuelven inseguras.

La naturaleza de la actividad y las consecuencias de la capacidad limitada para desempeñar la actividad son consideraciones importantes. Las actividades que requieren movilidad, como la de ambulación y el traslado, son ejem-

plos frecuentes de actividades que pueden ser inseguras cuando las intentan aquellos con una habilidad insuficiente. La consecuencia probable del déficit de habilidad en este caso es una caída y este déficit puede conducir a un desempeño insatisfactorio pero no representa ningún peligro. Por ejemplo, las limitaciones en la actividad de comer pueden llevar a que el paciente manche su ropa, pero es poco probable que sufra un daño al hacerlo, al menos que la comida esté muy caliente o la deglución esté alterada. También se debe tener en cuenta el ambiente donde se desempeña la actividad cuando se considera la seguridad. La intervención para limitaciones en el desempeño seguro de las actividades habituales está dirigida a adaptar la actividad o el ambiente de modo que el desempeño pueda mejorarse.

La educación de los pacientes y de quienes lo cuidan debe ser un componente de la intervención con fines de seguridad, porque las personas vuelven a aprender actividades familiares con niveles reducidos de capacidad a menudo dentro de ambientes de desempeño nuevo y familiares.

4. Adecuación

Varios aspectos del desempeño de las actividades contribuyen a la educación o la calidad de la acción o el resultado. La mayoría de los recursos de evaluación estandarizados no incluyen medida de adecuación, aunque estos parámetros pueden ser instrumentales para motivar a las personas a llevar a cabo las actividades. Estos es importante para las personas que son independientes y seguras en su desempeño, pero que se sienten insatisfechas con el proceso o resultado.

Se analizan nueve parámetros de educación: dificultad, dolor, fatiga y disnea, duración, estándares sociales, satis-

facción, experiencia, recursos y comportamiento aberrantes en las tareas. Algunos de estos parámetros pueden ser independientes en una sola persona. Por ejemplo, el dolor puede conducir a cambios en la duración del desempeño de la actividad, así como la capacidad para cubrir los estándares normativos y la satisfacción personal.

5. Dificultad

Es importante incorporar en los objetivos de la intervención la facilidad percibida con la que una persona completa una actividad y la dificultad proyectada que persistirá después de la intervención. El terapeuta ocupacional debe determinar el pronóstico de la dificultad funcional. Los pacientes establecen las prioridades de la intervención en parte ponderando el nivel proyectado de dificultad dentro del contexto de valor es decir, cuantas dificultad desean tolerar para ser independiente en una actividad.

También se debe considerar la frecuencia con la que se desempeña una actividad cuando se establece los objetivos de la intervención que reflejan el nivel de dificultad. En general, para las actividades que deben realizarse habitualmente, se requiere un mayor nivel de eficiencia y facilidad del desempeño, mientras que para las actividades que se realizan solo ocasionalmente puede ser aceptable un menor nivel de eficiencia o facilidad del desempeño. Sin embargo, también se ha de tener en cuenta el riesgo asociado con un menor estándar de desempeño.

6. Dolor

El dolor, sea durante una actividad o después de ésta, también puede influir negativamente en el desempeño, aun cuando la actividad se completa de manera independiente. Se debe considerar el origen del dolor y su pronóstico

cuando se establecen objetivos y se selecciona un enfoque de intervención. El rol del terapeuta ocupacional es integrar modalidades efectivas del tratamiento del dolor con el desempeño de las actividades de la vida diaria para mitigarlo, lo que aumente la educación del desempeño.

En los pacientes con ciertos trastornos, el dolor es una señal para detener el movimiento o la actividad. Por ejemplo una persona con artritis reumatoide que padece de desgaste de la cápsula articular, el dolor puede indicar que la acción está produciendo una mayor destrucción de las superficies óseas y acelerando la deformidad articular. La modificación de las actividades es una estrategia de intervención importante en estos casos, además se deben establecer objetivos que reflejen la capacidad del paciente para cumplir con las tareas mientras respeta el dolor alterando el desempeño para evitar un deterioro mayor.

7. Fatiga y disnea

La fatiga, la sensación de cansancio experimentada durante una actividad o después de ésta, y la disnea. Respiración dificultosa o laboriosa, pueden interferir con el desempeño en las actividades. El análisis de la actividad tiene en cuenta el esfuerzo necesario para realizar una tarea y su duración, además toda la rutina diaria de la persona debe examinarse para ponderar las demandas de energía de una actividad. Examina con un paciente las demandas físicas de sus actividades preferida puede ayudarles a que establezcan una prioridad en las actividades para poder obtener resultados apropiados.

El terapeuta ocupacional ayuda a la toma de decisiones sobre las opciones para la adaptación de las actividades que pueden reducir las demandas de energías, ahorrándola para otras tareas.

Es importante considerar el diagnóstico cuando se formulan los objetivos de la intervención en relación con la fatiga y la disnea. El esfuerzo excesivo puede intensificar los síntomas o incluso el proceso de la enfermedad como en las cardiopatías y la esclerosis múltiple. Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica es probable que empeoren, por lo que es apropiada las adaptaciones de las actividades que tiendan a una declinación en la función. Sin embargo, con una paraplejia secundaria a una lesión medular, la fatiga por escasa resistencia probablemente sea el resultado de tener que usar y desarrollar los músculos más pequeños de las extremidades superiores en la tarea de movilizarse en silla de ruedas para compensar a los músculos más grandes de las extremidades inferiores que se usaban antes en la de ambulación.

8. Duración

El tiempo necesario para completar las actividades se consideran habitualmente un reflejo de la eficacia. Aunque medir el tiempo del desempeño puede ser una actividad simple, a menudo es difícil interpretar los datos de manera significativa. La duración de las actividades de la vida diaria dependen mucho de la naturaleza de la actividad y lo objetos de las tareas que las personas eligen usar al desempeñar la actividad. La determinación de marcos temporales aceptables para actividades de la vida diaria específicas debe hacerse con los pacientes y otras personas significativas para esta y se debe reflejar en los resultados funcionales.

Cuando se realiza el desempeño en las actividades y el tiempo es demasía corto, entra en juego la inseguridad, la independencia y la adecuación. Las personas pueden correr un riesgo mayor cuando se apresuran las actividades.

Los pacientes también pueden descubrir los estándares del desempeño solo para realizar más rápidamente las actividades. También es necesario evaluar el desempeño en las actividades cuando el tiempo para realizarlas es excesivo, teniendo en cuenta la seguridad, independencia y adecuación.

Los pacientes que tienen una mala coordinación motora fina o un déficit de la sensibilidad pueden requerir más tiempo cuando usa un cuchillo afilado para controlar el manejo del utensilio y evitar lastimarse. También a de tenerse en cuenta los estándares sociales y culturales cuando se establecen objetivos para la duración de la actividad.

9. Satisfacción

Además de los estándares sociales, las personas tiene sus propios estándares de desempeño aceptable, y estos estándares también deben ser incorporados en objetivos funcionales. Las personas con deterioros adquiridos pueden establecer altos estándares de satisfacción para el desempeño de actividades que realizaban bien antes.

Cuando se establece la satisfacción de la persona, es necesario obtenerla de ella. Durante la evaluación y la intervención, el terapeuta debe realizar preguntas de final abierto y atender a los sentimientos de las personas sobre el desempeño en las actividades. Cuando intentan comprender la satisfacción o la insatisfacción que experimentan aquellas por las actividades, los terapeutas ocupacionales deben abstenerse de comunicar sus observaciones respecto del desempeño de los pacientes y sus proyecciones sobre cómo podría mejorarse el desempeño con entrenamiento.

10. Experiencia

Es importante considerar la información recopilada en la

evaluación relativa a la experiencia pasada y reciente con la actividad de una persona para establecer objetivos importantes y alcanzables e identificar estrategias de intervención eficaces para lograrlos. La experiencia reciente puede facilitar el progreso para restablecer la independencia en una actividad porque la persona está aprendiendo una nueva forma de realizarla en lugar de desarrollar una habilidad nueva.

A veces, los adultos también se enfrentan con la necesidad de aprender actividades nuevas. Algunas de estas actividades se relacionan con las habilidades necesarias para tratar los deterioros, siempre que una habilidad sea poco familiar para las personas, pueden ser necesario tiempo y educación de intervención adicional por parte del terapeuta ocupacional para la adquisición de las habilidades básicas.

11. Recursos

Los resultados funcionales establecidos deben poder lograrse dentro de los recursos sociales y económicos. El ambiente social es importante al considerar cuando es necesaria la asistencia humana para el desempeño de las actividades esenciales de la vida diaria.

12. Capacidad de aprendizaje del paciente

Se debe evaluar la capacidad de aprendizaje del paciente, porque la intervención a menudo requiere la adquisición de nuevos métodos para completar la actividad. Existen menos opciones de intervención para las personas con una discapacidad de aprendizaje limitada, y puede ser necesario que la duración de la intervención sea mayor. Las personas con una buena capacidad para el aprendizaje y abierta a métodos alternativos pueden ser capaces de enfrentarse a más déficit en las tareas debido a mayores op-

ciones de intervención y al menor tiempo requerido para el aprendizaje.

Es importante considerar la capacidad para el aprendizaje en una continuidad porque las personas pueden caer entre los extremos, y la capacidad puede ser mejor para algunas tareas que para otras. Una persona puede ser capaz de aprender la adaptación relativamente simple de las tareas de usar un control manual para conducir la silla de ruedas, pero no puede dominar un sistema de control ambiental más complejo, incluso uno que se base en los mismos movimientos usados para controlar el control manual.

13. Pronóstico de los deterioros

Se debe examinar el potencial del paciente para mejorar el déficit de la función y la estructura corporal dentro del contexto de cualquier enfermedad o trastorno existente y los deterioros resultantes. Primero el terapeuta debe considerar cualquier precaución o contraindicación de conformidad con el diagnóstico que pueda impedir el uso de ciertas estrategias de intervención; segundo, se debe considerar el pronóstico de la mejoría de los deterioros, dado el diagnóstico del paciente. Se espera un deterioro creciente en las afecciones progresivas, como la enfermedad de Alzheimer, la esclerosis lateral amiotrofia y la artritis reumatoidea.

Los terapeutas ocupacionales deben evaluar cada deterioro separadamente, porque es posible que las enfermedades progresivas no afecten la forma directa a todas las estructuras y funciones corporales. Normalmente las personas que han sufrido ACV pueden experimentar cierto retorno espontáneo de la función motora en las primeras etapas de recuperación. Los resultados proyectados de la intervención tienen en cuenta las mejorías características para el

diagnóstico.

14. Tiempo para la intervención

El límite de tiempo proyectado para la terapia ocupacional puede estar influido por múltiples factores, como el pronóstico funcional, la motivación del paciente para mejorar los recursos económicos de éste.

4.3 INTERVENCIONES PARA MEJORAR LAS HABILIDADES Y CAPACIDADES PERSONALES

Reeducación Sensorial

La reeducación sensorial es una combinación de técnicas que se emplean para enseñar a quienes tienen lesiones de los nervios periféricos cómo interpretar y hacer usos funcionales anormales que los nervios lesionados transmiten al encéfalo. La reeducación sensorial también ayuda a estos pacientes a aprender a interpretar el perfil alterado de impulsos que alcanzan el nivel consciente. La repetición, la práctica y el uso estructurado de la mano afectada son aspectos integrales de la reeducación sensorial.

Reeducación sensorial y lesión de los nervios periféricos

Aun cuando la reinervación en la periferia puede producirse, nunca se alcanza la función anterior a la lesión, sobre todo a los adultos con una laceración del nervio. Los nervios periféricos no se regeneran, pero las estructuras físicas establecidas durante la regeneración están afectadas de las siguientes formas:

- La regeneración de los axones pueden estar bloqueada por el tejido cicatricial o comprimido por la formación de neuronas.

- Los órganos terminales sensoriales, que se encuentran en los pulpejos de los dedos, pueden sobrevivir después de año de desnervación; sin embargo los tubos endoneurales (que contienen los fascículos nerviosos) se retraen y ellos hace difícil que los fascículos en regeneración penetran en el tubo correspondiente.
- Las lesiones de los nervios motores tienen el problema agregado de la atrofia muscular y la fibrosis resultantes, sobre todo si la denervación excede los seis meses. El sistema nervioso central (SNC), específicamente la corteza somato sensitiva, está afectado por la pérdida de inervación periférica o la reinervación imperfecta.

Objetivos de la reeducación sensorial

El objetivo final de la reeducación sensorial es mejorar o aumentar la sensación útil. Las metas son la prevención de quemaduras y otras lesiones y la mejoría del uso funcional de la mano. El primer nivel de reeducación sensorial es enseñar al individuo cómo compensar la falta de sensibilidad protectora. Esto comprende el reconocimiento de la temperatura (con frecuencia el único deterioro sensitivo del que la persona es consciente) y el reconocimiento de la presión. Los umbrales disminuidos de la presión táctil combinado con una menor aferencia propioceptiva afectan al uso de la mano. Estos individuos usan una fuerza excesiva durante la presión y manipulación de las herramientas y los objetos para obtener retroalimentación sensitiva. Con el tiempo, esa fuerza excesiva causa lesiones por sobre uso de los músculos, tendones y articulaciones.

En las neuronas, con la enfermedad de Hansen (lepra), son frecuentes las lesiones por sobre uso. Las personas con lesiones de los nervios periféricos también son más susceptibles a las lesiones cutáneas. El daño de las fibras nervio-

sas autónomas de los nervios periféricos lleva a la pérdida de la transpiración, lo cual hace que la piel se vuelva seca y por tanto más susceptible a las lesiones. La piel seca y resquebrajada se rompe más fácilmente que la piel normal, que se mantiene hidratada por el sudor.

Además de usar estrategias de prevención contra las lesiones, los pacientes con pérdida sensitiva son más funcionales si pueden aprender cómo usar su cuerpo sin confiar en las aferencias visuales. Por ejemplo la extracción de tornillos de las cubiertas sin la visión puede ser una tarea laboral necesaria cuando las manos están trabajando en el interior o por detrás del equipo. Otro ejemplo es que la mayoría de los adultos deben ser capaces de sentir las llaves o las monedas para identificarlas y sacarlas del bolsillo o del bolso.

Evaluación relacionada con la reeducación sensorial

Antes de realizar una intervención de reeducación sensorial, los terapeutas ocupacionales necesitan realizar una evaluación cuidadosa de la piel y los músculos desnervados por el daño. La evaluación de reeducación sensorial son la hipersensibilidad y la estereognosia.

- **Hipersensibilidad**

Quienes se están recuperando de lesiones de los nervios periféricos experimentan grados variables de hipersensibilidad durante la reinervación. Una explicación puede estar relacionada con la representación cortical agrandada de las regiones cutáneas adyacentes que representan los nervios no lesionados. Si la hipersensibilidad es grave, puede ser un detrimento serio para la reeducación sensorial. Por tanto los terapeutas ocupacionales deben evaluar el grado de

hipersensibilidad para determinar si un paciente es concreto es apropiado para el entrenamiento en reeducación sensorial.

Los individuos con hipersensibilidad grave deben recibir entrenamiento de desensibilización antes de comenzar un programa de reeducación sensorial. La desensibilización comprende la aplicación graduada y repetitiva de estímulos físicos en la parte corporal afectada. Por ejemplo, se puede solicitar primero que toquen objetos blandos, como pelotas de algodón o una toalla de tala afelpada. Cuando tocar estos objetos se vuelve tolerante, se les solicita que pasen los objetos blandos sobre la piel afectada de manera rítmica y lenta. Para progresar aun más, el individuo sigue la misma secuencia con objetos duros y lisos, como libros, mangos de herramientas o cubiertos. Finalmente, debe poder tocar objetos duros y ásperos, como papel de lija, sin sentir malestar.

- **Estereognosia**

La estereognosia es la capacidad de reconocer los objetos familiares mediante la explotación táctil. Es el nivel máximo de función sensitiva discriminativa. Como tal, constituye un indicador importante del éxito de un programa de reeducación sensorial. La estereognosia requiere la integración de sensibilidad térmica, Propiocepción, textura, peso y reconocimiento de la forma.

Puesto que tanto la reeducación sensorial como la desensibilización afectan a la reorganización de la corteza somatosensitiva, estos dos tratamientos pueden tener resultados casi idénticos en el nivel de funcionamiento.

Intervenciones de reeducación sensorial

Las personas para la reeducación sensorial son los pacientes con buena función cognitiva y altos niveles de motiva-

ción. El primer nivel de reeducación sensorial es enseñarle al paciente cómo compensar la falta de sensibilidad protectora (sensibilidad ternoalgésica) usando la vista y reclutando cualquier función sensorial residual. Para asistir de estas técnicas compensadoras, las personas deben después participar en un programa que combina la estimulación sensitiva graduada y el uso de la mano comprometida en actividades funcionales.

Las sesiones de terapia dedicada a la estimulación sensitiva debe durar 10-15 minutos para lograr una concentración óptima por parte del paciente. Una secuencia sugerida de actividades es la siguiente:

1. Iniciar la localización táctil de movimiento, ya que reaparece antes que la localización táctil fija. El terapeuta toca el dedo o una zona de la mano del paciente con un pulpejo o el extremo del borrador de un lápiz. Esto se hace primero con los ojos de la persona abierto y luego, en el mismo lugar, con los ojos cerrados. Con los ojos cerrados, el paciente se concentra en recordar las imágenes sensoriales y visuales de la aplicación e intenta señalar el área de la piel que se acaba de tocar.
2. Progresar hasta la localización del tacto constante.
3. Trabajar sobre el tacto discriminativo para ayudar a los pacientes a determinar las similitudes y diferencias táctiles entre los objetos. Se puede utilizar tela, papel de lija, metal (áspero y liso) o madera.
4. La estereognosia se trata al final por medio de una práctica estructurada y repetitiva en el reconocimiento de objetos graduados y significativos con la vista tapada.

La mejoría funcional mas notable en la sensibilidad se produce en los individuos que usan activamente la extremidad afectada durante sus actividades y rutinas ocupacionales diarias, como actividades de la vida diaria y trabajo. El uso de la extremidad afectada en las actividades de ocio también ayuda a normalizar las aferencias sensitivas.

Las actividades de ocio significativas pueden ofrecer un alto nivel de motivación, de modo que podrían sustituir tanto a la simulación de las actividades de la vida diaria como el trabajo al principio del tratamiento. Si los individuos están desalentados o son autocríticos con su desempeño ocupacional. Las actividades con propósito, como las artesanías o los juegos con los que están familiarizados, pueden estimular el uso de la mano, dado que no debe existir una expectativa preconcebida para el desempeño. Si el objetivo es reincorporarse al trabajo, la terapia debe comenzar con las demandas laborales críticas, que permiten que la vista sustituya a la sensibilidad imperfecta. Los terapeutas pueden después introducir gradualmente demandas laborales críticas que requieren oclusión visual para favorecer el uso de la mano.

La reeducación sensorial después de las lesiones de los nervios periféricos puede impedir la discapacidad al ayudar a los individuos a adaptarse a la sensibilidad posterior a la lesión y usarla durante las actividades cotidianas.

4.4 JUEGO Y OCIO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Se usa el juego y ocio como alicientes o recompensas para motivar a los individuos a participar en actividades terapéuticas o recompensarlos por su participación en la intervención. El ocio también se utiliza como reforzador, sobre todo cuando la participación en actividades de ocio específicas es la culminación de las sesiones de interven-

ción en las que las personas planificaron y organizaron estas actividades.

El juego y ocio como medio se refiere a su uso en la intervención como medio o modalidades terapéuticas para lograr metas específicas de la intervención. La participación de los individuos en el juego y el ocio es el método o el proceso a través del cual se produce el cambio y para lograr el cambio en los factores y las habilidades de desempeño del individuo

El juego y el ocio como medios se emplean con frecuencia para abordar los deterioros en las funciones y estructuras corporales de la persona y sus limitaciones en las habilidades de desempeño. Los terapeutas hacen participar a sus pacientes en actividades de juego y ocio y están diseñadas para facilitar el logro de las metas de la intervención relacionadas con esos deterioros y limitaciones.

Los terapeutas ocupacionales emplean las actividades de ocio, por ejemplo, el juego o artesanía, como medio para mejorar la destreza manual de sus pacientes, incrementar su atención en la tarea, desarrollar sus habilidades sociales o intensificar sus sentimientos de auto eficiencia y autoestima.

Se pueden dirigir al cambio en dos áreas específicas de la ocupación: juego y ocio. Se utilizan para tratar las limitaciones en el desempeño en juego y ocio del individuo. Los terapeutas impulsan a que las personas participen en actividades de juego y ocio para lograr metas de intervención relacionadas con su competencia en estas actividades y su experiencia en ellas.

La intervención proporciona oportunidades para que los individuos practiquen actividades específicas de juego y ocio, exploren otras nuevas o aumenten su experiencia mientras participan en ellas. El juego como modalidad

terapéutica para aumentar los resultados motores, sensoriales o psicosociales y actúa como medio para facilitar el desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas, psicológicas, sociales y espirituales. El terapeuta ocupacional emplea las actividades de ocio, por ejemplo, juegos o artesanía, como medio para mejorar la destreza manual de sus pacientes, incrementar su atención en la tarea, desarrollar sus habilidades sociales o intensificar sus sentimientos de auto eficiencia y autoestima.

El juego y el ocio como medios pueden dirigirse al cambio en dos áreas específicas de la ocupación; juego y ocio. Se utilizan para tratar las limitaciones en el desempeño en juego y ocio del individuo (aquello que hacen realmente y su experiencia mientras lo hacen). Los terapeutas impulsan que las personas participen en actividades de juego y ocio para lograr metas de intervención relacionadas con su competencia en estas actividades y su experiencia en ellas. La intervención proporciona oportunidades para que los individuos practiquen actividades específicas de juego y ocio, exploren otras nuevas o aumenten su experiencia mientras participan en ellas.

Cuando las personas comunican problemas con su experiencia de juego y ocio, los terapeutas pueden diseñar y adaptar las actividades de juego y ocio y los ambientes en los que ocurren para facilitar la experiencia de juego, afecto positivo, el significado personal y la satisfacción global con su experiencia de juego y ocio. Por ejemplo una persona de la tercera edad que las actividades culinarias ya no eran satisfactoria y personalmente significativa tras el deterioro físico causado por un accidente cerebro vascular. El terapeuta adaptó la actividad culinaria y diseño el ambiente para facilitar el desempeño de tal forma que aumentara su experiencia de ocio al cocinar. En lugar de

enfocar intervención en las funciones y estructuras de su cuerpo y en sus habilidades de desempeño en el contexto de mejoramiento del control motor, el terapeuta utilizó la actividad de cocinar de esa persona como medio para permitirle recuperar la experiencia de ocio.

Juego y ocio como fines: participación en juego y ocio

El juego y ocio como fines en la participación de las personas en estas actividades como la meta o el resultado de la intervención. La intervención se centra en su capacidad para participar en ocupaciones de juego y ocio que se esperan y encuentran disponibles para personas de la misma edad.

Los terapeutas estimulan el juego y el ocio de los pacientes como fines que se alcanzan a través del uso de los siguientes métodos terapéuticos: áreas de ocupación como medios, enseñanza y educación, resolución de problemas y diseño y modificación ambiental.

El juego y el ocio como medios pueden usarse para facilitar el juego y el ocio como fines. Son medios para abordar los deterioros y las limitaciones en las funciones y estructuras corporales, las habilidades del desempeño en el juego y ocio. Otras áreas de ocupación también son medios para aumentar el juego y el ocio como fines. Por ejemplo, se pueden hacer participar a los adultos mayores en actividades de la vida diaria, como vestirse o la función esfinteriana, o actividades instrumentales de la vida diaria, para mejorar su capacidad de participar en el juego y el ocio en la casa o comunidad.

Enseñar las habilidades que se requieren para la participación en juego y ocio, como el modo de arrojar y atrapar una pelota o cómo tener acceso a oportunidades de ocio, enseñar cómo utilizar equipos adaptados.

El juego y ocio en la intervención pueden ser alicientes o

recompensas, medios o fines. Como alicientes, motivan a los individuos a participar en actividades terapéuticas; como recompensas refuerzan su participación en la intervención. Son medios terapéuticos para lograr las metas de la intervención relacionadas con el deterioro y las limitaciones de los individuos en las estructuras y funciones corporales, las habilidades de desempeño en juego y ocio. Juego y ocio como fines son las metas los resultados de la intervención cuando los terapeutas fomentan la participación en el juego por su propio bien y no como un medio para alcanzar otro fin.

4.5 PROGRAMAS DE EJERCICIOS ESPECÍFICOS

El ejercicio en terapia ocupacional se usa para facilitar el funcionamiento sensitivo motor con el fin de desempeñar ocupaciones seleccionadas. El ejercicio terapéutico se define como “cualquier movimiento corporal o contracción muscular para prevenir o corregir un deterioro físico, mejorar la función musculoesquelética y mantener el estado de bienestar.

El terapeuta ocupacional considera el grado muscular y los niveles de resistencia muscular, las precauciones para el movimiento, el pronóstico y las demandas de la actividad de las áreas preferidas de ocupación del individuo. Los programas de ejercicios empleados en terapia ocupacional pueden describirse como pasivos, activos isotónicos asistidos, activos isotónicos, isométricos sin resistencia, isotónicos con resistencia, isométricos con resistencia e isocinéticos.

Ejercicio pasivo

El ejercicio pasivo comprende el rango de movimiento

pasivo y el estiramiento pasivo del tejido blanco. No hay ninguna contracción muscular activa. Por tanto estas actividades no se emplean para lograr el fortalecimiento. El propósito es lograr flexibilidad articular con un estiramiento máximo de las fibras musculares para impedir cualquier pérdida de rango de movimiento activo. El estiramiento se realiza de forma opuesta a la comprensión y se completa lentamente para permitir que las estructuras comprimidas se alarguen sin romperse. Cuando solo está afectada una extremidad superior, se puede lograr el rango de movimiento pasivo y el estiramiento usando poleas sobre la cabeza; la extremidad afectada a través del rango de movimiento disponible.

El rango de movimiento pasivo y el estiramiento deben realizarse con precaución cuando hay inflamación, retroalimentación sensitiva limitada para la detección del dolor e inmovilización prolongada, porque puede provocar una osteoporosis o desgarros de tendones y ligamentos. También se deben posicionar las articulaciones para evitar el desarrollo de deformidades, junto con un programa de ejercicios pasivos.

Ejercicio activo isotónico asistido.

El ejercicio activo isotónico asistido requiere contracciones musculares isotónicas. Se usa para las personas que tienen grados musculares vestigiales, escasos y regulables menos.

El paciente mueve activamente la articulación tan lejos como sea posible y después, algún tipo de fuerza exterior, ayuda con la movilización de la articulación a través del resto del rango del movimiento.

El ejercicio activo asistido en un plano con eliminación de la gravedad se utiliza cuando los grados musculares van

de vestigiales hasta peor menor, mientras que el ejercicio activo asistido en un plano en contra de la gravedad es apropiada para los grados musculares regular menos. A medida que el paciente recupera más fuerza, existe menos necesidad de ayuda exterior. La persona participa en un programa de ejercicios asistidos activos hasta lograr el rango de movimiento activo completo.

Ejercicio activo isotónico

El ejercicio activo isotónico también requiere contracciones musculares isotónicas; sin embargo, el individuo se mueve completamente a través del rango del movimiento disponible sin ninguna asistencia o fuerza adicional aplicada a la articulación. Un individuo que tiene grados musculares escasos a regular puede participar en este tipo de programa.

El ejercicio activo en un plano con eliminación de la gravedad se emplea cuando los grados musculares regulares son escasos a regular menos, y el ejercicio activo en un plano contra la gravedad es apropiado para los grados musculares regulares. El objetivo es incrementar la fuerza al aumentar la frecuencia, las repeticiones o la duración de los ejercicios o al modificar el plano en el que se realizan los ejercicios.

Ejercicio isométrico sin resistencia

Los ejercicios isométricos sin resistencia son útiles cuando el rango de movimiento activo no es posible o está contraindicado después de una operación o una recidiva de artritis reumatoidea. El individuo contrae el músculo, aumentando la tensión, y mantener la articulación en una posición estable aproximadamente durante 5 segundos. Luego el músculo se relaja y se repite el procedimiento.

La contracción muscular isométrica produce un aumento tanto en la presión arterial sistólica como diastólica.

Ejercicio isotónico con resistencia

Una vez que el individuo pueda mover la articulación a través del rango de movimiento completo contra gravedad, el paso siguiente para mejorar la fuerza y la resistencia muscular es añadir una carga adicional al músculo. Durante los ejercicios de fortalecimiento isotónico con resistencia, se aplica la carga a la contracción muscular usando algunos elementos diferentes, como pesos y pesas, resortes, poleas, bandas de goma, masilla para ejercicios, maquinas de fortalecimientos objetos cotidianos. El individuo debe tener grados musculares de regular más para participar en este tipo de programas. Se usan contracciones musculares isotónicas que pueden ser de naturaleza concéntrica o excéntrica.

Hay dos programas de ejercicios con resistencia especializada: el método de DeLorme de ejercicios progresivos con resistencia y la técnica de Oxford de ejercicios regresivos con resistencia. Estos ejercicios deben realizarse una vez al día, cuatro o cinco veces por semana. En el método de DeLorme, se le permite al musculo un periodo de calentamiento que conduce a una contracción muscular completa. El primer paso consiste en determinar la carga o el peso máximo que puede levantar el individuo a través de la totalidad del rango de movimiento para 10 repeticiones. La técnica de Oxford es básicamente el enfoque inverso del método de DeLorme. Se comienza con un peso máximo y se levanta una carga menor tras cada serie de 10 repeticiones, pero el musculo se fatiga con más contracciones; por tanto no puede contraerse eficazmente para responder a las cargas aumentadas. Este enfoque tal vez sea más útil al comienzo de la terapia, hasta que el musculo pueda in-

crementar el reclutamiento de unidades motoras.

Ejercicio isométrico con resistencia

En el ejercicio isométrico con resistencia no hay ningún movimiento articular, porque el músculo se está contrayendo isométricamente contra cierta fuerza adicional. La fuerza exterior puede aplicarse por el terapeuta ocupacional que se opone a la contracción sostenida, o el individuo puede sostener un peso distalmente mientras mantiene una posición articular próxima estable. Estos ejercicios tienen los mismos usos y precauciones que los ejercicios isométricos sin resistencia.

4.6 OPCIONES DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

El terapeuta ocupacional identifica el déficit de fuerza a través del análisis del desempeño ocupacional y la evaluación de los factores personales. Se diseña un plan de intervención centrado en la persona para afrontar el déficit en las áreas de ocupaciones. El profesional y el paciente desarrollan un plan de actividades y métodos que forman parte de una serie continua. Esta serie representa cuatro enfoques caracterizados por los tipos de actividades empleados durante la recuperación. Ellos son métodos auxiliares que permiten actividades, actividades con propósitos y desempeño y roles ocupacionales. Los terapeutas pueden usar cualquiera de estos tipos de intervención para abordar los deterioros de la fuerza según la gravedad del déficit y la repercusión sobre las áreas de desempeño.

En los primeros estadios de recuperación de la fuerza, el terapeuta puede utilizar métodos o procedimientos auxiliares que preparan al individuo para la participación en actividades significativas. La debilidad muscular, el dolor, el edema o las limitaciones en el rango articular del movi-

miento impiden un desempeño máximo en actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo y ocio. El terapeuta aborda el tratamiento de estos factores usando el ejercicio, el posicionamiento articular y la inmovilización, el control del edema, la estimulación neurosensorial y las modalidades de agentes físicos. Es importante que ayude al adulto mayor a desplegar los enfoques auxiliares en sus rutinas ocupacionales para lograr una cicatrización óptima y el control del dolor, así como promover un sentido de autoeficiencia.

El desafío para el terapeuta en los primeros estadios de la recuperación es identificar actividades que promuevan interés y mejorías cuantitativas en el movimiento. Se ha demostrado que el uso de objetos significativos en el tratamiento facilita más repeticiones y la duración del movimiento en comparación con el ejercicio de rutina aislado. Hacer que dos personas jueguen un partido de vóleybol estimula el rango de movimiento de las extremidades superiores, el fortalecimiento y la resistencia, así como la socialización y la concentración.

Actividades habilitadoras como ésta pueden considerarse como la transición hacia otras tareas más difíciles o complejas, también se pueden seleccionar actividades con propósito relacionadas con los intereses del individuo y que son compatibilizadas cuidadosamente con sus necesidades de terapia. Por ejemplo, una persona podría no tener una fuerza suficiente como para desempeñar las actividades previas a un trabajo de carpintería. Pero, al completar un proyecto simple en madera usando bloques lijados de diferentes pesos, el paciente puede aumentar la fuerza, lo que permite la reanudación futura de roles laborales significativos.

En los enfoques basados en la ocupación, el terapeuta ocu-

pacional ayuda al individuo a participar directamente en actividades, hábitos y rutinas identificados a partir del perfil ocupacional de la persona. Estas tareas se eligen para mejorar las áreas de ocupación y los roles específicos de esa persona. Se considera que ofrecer elecciones mejora la calidad del desempeño y estimula un sentido de autosuficiencia y dignidad. Las actividades en esta etapa pueden graduarse para aumentar en dificultad o se puede proporcionar equipo adaptado para facilitar la conclusión de las tareas.

Los individuos no siempre logran los resultados de las intervenciones designadas. La estrecha colaboración con la persona desde el comienzo la ayuda a asumir un rol activo en el proceso de intervención, que es fundamental para la afectividad y los resultados positivos. El terapeuta ocupacional debe proporcionar una información clara sobre el propósito y el beneficio de las intervenciones mientras estructura el ambiente para el éxito y la transmisión de las técnicas.

La fuerza muscular suficiente es importante para la participación satisfactoria en muchas actividades ocupacionales, los individuos pueden recuperar o aumentar al máximo la fuerza para desempeñar actividades que den significado a sus vidas. El enfoque que de cualquier programa de intervención de fortalecimiento en terapia ocupacional debe incorporar un abordaje centrado en el individuo para facilitar los resultados favorables para el compromiso y la participación ocupacional.

4.7 REENTRENAMIENTO Y REHABILITACIÓN COGNITIVO-PERCEPTIVAS

Revisión de los enfoques de intervención

Las dificultades cognitivo-perceptivas pueden afectar significativamente a la capacidad de una persona para desempeñar las tareas cotidianas, cumplir los roles anteriores y mantener relaciones personales y sociales. El objetivo de la intervención de terapia ocupacional con personas que presentan una disfunción cognitivo-perceptiva es disminuir las limitaciones de la actividad y aumentar la participación en las actividades diarias.

Existen diferentes perspectivas en relación con el medio por el que se puede lograr mejor. Por ejemplo, la intervención de terapia ocupacional puede destacar los deterioros subyacentes como un requisito previo para el desempeño ocupacional o puede dirigirse directamente a la actividad basada en la ocupación.

Capitalización de las ventajas: El enfoque funcional

El enfoque funcional aprovecha los valores de la persona para mejorar el desempeño ocupacional. Se pone en énfasis en la reducción de las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación más que en establecer las habilidades deterioradas. El enfoque funcional puede ser subdividido en tres técnicas de intervención diferentes: adaptación de la tarea o del ambiente, entrenamiento en tareas funcionales y compensación.

Adaptación de la tarea o el ambiente

La adaptación comprende el cambio, la alteración o la estructuración de las demandas de la actividad o del contexto para prevenir comportamientos desorganizados o accidentes, reducir las demandas cognitivas o perceptivas de una tarea, aliviar la carga para quienes ejercen cuidados y mantener el nivel de funcionamiento de las personas. Las

adaptaciones pueden ser fijadas, como instalar una alarma en una puerta para impedir las salidas, o pueden requerir la implementación y el seguimiento continuos, como seleccionar prendas de un armario todos los días. La implementación depende de la capacidad, la constancia y la fiabilidad de otra persona.

Un aspecto importante puede ser que alterar o estructurar las demandas de la actividad o el contexto con el fin de mantener las capacidades de desempeño de la persona. Por ejemplo, es posible que la persona no pueda atender la tarea de preparar una comida, pero puede ser capaz de realizar los componentes individuales para poner la mesa. La participación en componentes de actividad significativas puede mantener las capacidades de desempeño de la persona e impedir los comportamientos desorganizados. Las adaptaciones buscan cambiar la actividad o el contexto en lugar de la persona.

El enfoque consiste en proporcionar apoyo, educación y entrenamiento a quien dispensa cuidados, a su familia y no en el tratamiento directo del paciente. Las adaptaciones deben abordar los problemas y las necesidades identificados por el individuo u otras personas importantes y deben diseñarse en colaboración con ellos.

Entrenamiento en tareas funcionales

El entrenamiento específico en tareas comprende la repetición de rutina de una tarea específica con indicaciones que se reduce gradualmente. El énfasis está más en el dominio de una tarea específica que en las habilidades subyacentes necesarias para desempeñarla. Las técnicas conductuales que abarcan el esfuerzo positivo, el refuerzo contingente y el encadenamiento retrógrado, con frecuencia se incorporan el entrenamiento estructurado y repetitivo de una

secuencia de acciones. La intervención se basa en dividir una tarea funcional en pequeños subcomponentes y registrar sistemáticamente el número de estímulos o de asistencia necesario para cada subcomponente. La repetición de rutina de la actividad aprovecha el aprendizaje procesal o la memoria para el desempeño real de las tareas, no la memoria de un de un conjunto específico de tareas.

Un enfoque algo diferente de enseñanza de habilidades específicas de tareas incluye un aprendizaje sin errores. Además de recibir una secuencia decreciente de orientaciones, a la persona se le advierte los errores que se comenten durante el proceso de aprendizaje mediante ensayo y error. El entrenamiento en tareas funcionales requiere el aprendizaje del paciente; sin embargo, el aprendizaje es primitivo o asociativo. En el aprendizaje asociativo, los comportamientos del individuo son una respuesta directa a los estímulos ambientales, de manera que no puede tratar más que cambios menores en los estímulos de las tareas o el ambiente. En algunos casos el entrenamiento en tareas funcionales produce cambios importantes en las actividades de la vida diaria y laboral en pacientes con deterioros graves. La intervención abordada solo una tarea o rutina por vez. Puede requerirse mucho entrenamiento, tiempo y esfuerzo para lograr el éxito en una secuencia de tareas y un ambiente.

Tratamiento del deterioro

Los enfoques curativos ponen el énfasis en el restablecimiento de las habilidades cognitivo- perceptivas deterioradas. Se imponen exigencias directamente sobre las habilidades. Los enfoques curativos buscan modificar las habilidades de la persona en lugar de manipular las demandas o el contexto de la actividad.

Se a descrito tres enfoques curativos diferentes: el de Affolter, la corrección cognitiva y el enfoque multicontexto. Cada uno de estos enfoques refleja diferentes conceptualizaciones del deterioro cognitivo-perceptivo subyacente.

Déficit sensitivo motores: el enfoque de Affolter

Los enfoques sensitivo motores consideran los síntomas cognitivo-perceptivos como el reflejo de una asimilación e integración inadecuadas de la información vestibular, táctil, propioceptiva y cenestésica. Se basan en el hecho de que el desarrollo de las habilidades sensitivo motoras proporciona un fundamento para el desarrollo de habilidades cognitivo- perceptivas complejas.

El método de Affolter considera los problemas cognitivo-perceptivos como el resultado de aferencias táctiles-cenestésicas y la interacción ambiental inadecuadas. Se estima que el sistema perceptivo táctil-cenestésico es esencial para la “adaptación y el desarrollo de desempeños más complejos. Los individuos que fallan en los comportamientos complejos, recibirían una aferencia táctil-cenestésica inadecuada.

No se abordan las habilidades cognitivo-perceptivas específicas. Se destaca la mejoría del procesamiento de la información al guiar a la persona a través de las interacciones de resolución de problemas con tareas y el ambiente. Durante la guía, el terapeuta coloca su mano sobre el dorso de las manos del paciente y guía el movimiento a medida que éste realiza una actividad con propósito. Una guía efectiva da prioridad al contacto constante con superficies para aumentar al máximo tanto la aferencia táctil y cenestésica como la interacción con el ambiente en lugar de moverse en el espacio libre. Ejemplos de actividades

que pueden usarse son: pelar un plátano, cortar una manzana, marcar un número de teléfono y poner la mesa.

La guía permite al individuo experimentar un desempeño adecuado. El terapeuta no deja que el paciente fracase. La idea es que el aprendizaje tiene lugar a través de la repetición de experiencias favorables. Durante la guía no existe ninguna instrucción verbal ni retroalimentación. Los signos de eficacia de la guía incluyen una mayor capacidad de atención, un aumento del contacto ocular, cambios en las expresiones faciales y una mejor iniciación y resolución de los problemas.

El enfoque de Affolter difiere de los enfoques curativos tradicionales en que emplea actividades con propósito o basadas en ocupaciones. Se considera correctivo porque el tratamiento se dirige a mejorar las capacidades sensitivo motoras subyacentes para incrementar la capacidad de la persona de captar y procesar información.

El enfoque de Affolter proporciona una alternativa al tratamiento, sobre todo en pacientes que tiene afasia o apraxia. Aunque el enfoque de Affolter pone el énfasis en el aprendizaje sin errores y en las experiencias favorables, se debe tener en cuenta que en algunas situaciones el aprendizaje aumenta cuando se brinda a la persona la oportunidad de iniciar la actividad, cometer errores y aprender de éstos.

Rehabilitación cognitivo-perceptiva: entrenamiento en habilidades específicas

En los enfoques tradicionales de rehabilitación cognitiva, las habilidades cognitivas se conceptualizan en términos de habilidades corticales superiores y están divididas en subhabilidades, tales como atención, discriminación, memoria, secuenciación categorización, formación de conceptos y resolución de problemas. Las habilidades de nivel inferior son base de habilidades y comportamientos

más complejos. Por ejemplo las habilidades de atención se abordan antes que las habilidades cognitivo-perceptivas, como puede ser la resolución de problemas.

La intervención destaca la práctica de las habilidades cognitivas o perceptivas específicas que se han identificado como deficientes. Por ejemplo si el paciente muestra un deterioro de la atención selectiva, la intervención comprende la práctica repetitiva de ejercicios convencionales graduales para imponer demandas crecientes sobre la atención selectiva. En la corrección cognitivo-perceptivas subyacente tendrá mayor influencia sobre el comportamiento que el entrenamiento directo de las tareas funcionales, porque el aprendizaje se generalizará espontáneamente hasta una variedad más amplia de actividades.

La rehabilitación cognitivo-perceptiva se basa en la premisa de que la práctica directa de la habilidad deteriorada estimule la recuperación o la reorganización de esa habilidad. Aunque no está claro si la intervención de rehabilitación mejora la función, la conciencia y la introspección puede aumentar como resultado de esa intervención. Puesto que la rehabilitación subraya la práctica repetitiva de la habilidad deteriorada, la conciencia y el conocimiento que tienen los individuos de su déficit puede aumentar como efecto secundario. Esta conciencia es necesaria para sostener la participación y la motivación en el tratamiento y puede permitir que algunos adultos mayores inicien el uso de estrategias compensatorias.

Uso ineficiente de la estrategia de procesamiento: entrenamiento en estrategias

El entrenamiento en estrategias está dirigido a enseñar a las personas a cambiar su enfoque, estilo o técnica en una amplia variedad de tareas. En los enfoques dinámicos de la intervención, los problemas cognitivo-perceptivos son

conceptualizados en términos de deficiencias de la estrategia de procesamiento. Las estrategias de procesamiento se definen como unidades pequeñas de comportamiento que aumentan el procesamiento de la información y contribuyen a la eficiencia de desempeño ocupacional. Las deficiencias en las estrategias de procesamiento explican las dificultades en varias actividades diferentes. Por ejemplo la tendencia a centrarse exageradamente en los detalles puede interferir con la actividad de preparación de una comida, ir de compras.

4.7.1 TRATAMIENTO DE LAS FUNCIONES Y LAS HABILIDADES COGNITIVO- PERCEPTIVA

Esta técnica debe introducirse dentro el contexto de un programa de intervención adaptado a los intereses, las ocupaciones diarias y el estilo de vida del individuo. Cada área describe técnicas dirigidas tanto al cambio en la persona (entrenamiento en habilidades específicas y entrenamiento en estrategias) como al cambio en la tarea y el ambiente (adaptación) El entrenamiento en habilidades específicas generalmente usa ejercicios de rehabilitación al prepararse en actividades con propósito y basadas en ocupaciones. Comprende el uso del entrenamiento como una estrategia entre una amplia variedad de actividades con propósito y actividades de base ocupacional, mientras las adaptaciones está dirigida a modificar un contexto natural específico o una actividad de base ocupacional.

Aunque estas técnicas no forman parte de los análisis, la intervención debe incorporar simultáneamente ambas áreas para cubrir las capacidades de procesamiento de la información del individuo. Se debe incorporar la conciencia de las tácticas de auto seguimiento dentro de los enfoques de intervención que buscan cambiar al individuo,

porque el empleo eficaz de las estrategias exige conciencia y habilidades de auto seguimiento.

Desorientación

La desorientación y la confusión son síntomas de problemas atencionales y amnésicos graves y pueden entorpecer el desempeño en todas las tareas. La intervención puede abordarse desde diferentes perspectivas.

Entrenamiento en habilidades específicas

Los principios claves de la intervención son estructura y conciencia. La orientación de la persona se aborda antes que la orientación del lugar o del tiempo. Si el adulto mayor tiene dificultad se puede hacer preguntas como por ejemplo el nombre de sus nietos, mostrarles fotografías. Gradualmente se puede ampliar la cantidad y el tipo de información que se pide a la persona que recuerde. El énfasis está en aumentar la capacidad del individuo para recuperar hechos correctos de orientación a través de un interrogatorio repetido.

Entrenamiento en estrategias

El entrenamiento en estrategias para la desorientación consiste en enseñar al paciente a usar las indicaciones externas para reducir la confusión. Se le entrena para que busque indicios cuando se siente confuso o tiene dificultad para recordar información que le oriente. Por ejemplo, se puede colocar un póster de información que contenga orientación sobre una pared o un armario. También se puede colocar una pizarra que contenga fotografías y nombres de las personas de la familia, los acontecimientos vitales importantes, etc. Un calendario en la pared puede ser útil para orientar a la persona en el tiempo. Si tiene escasa atención selectiva, puede ser necesario que se coloque un

papel de gran tamaño con el día y la fecha renovados diariamente.

El terapeuta debe reforzar inmediatamente la iniciación o el uso de cualquiera de las señales externas elogiando al individuo. Cada vez que el paciente utiliza una señal externa lo debe registrar en una historia o un gráfico visual. Además se pueden emplear puntuaciones para reforzar las respuestas deseadas. Se debe registrar la frecuencia del uso de las indicaciones externas que se reducen gradualmente hasta internalizar la información sobre orientación. Además, se debe entrenar al paciente para que busque señales de orientación (relojes, calendarios, etc.) en diferentes ambientes.

Adaptaciones de la tarea o el ambiente

Se puede usar un reloj con alarma o un reloj de pulsera con sonido que infirme automáticamente la fecha y la hora para ayudar al paciente a mantener la orientación en el tiempo. Se puede colocar un rotulo grande de color con el nombre del paciente en la puerta para evitar que este entre en la habitación equivocada.

Además del uso de las señales externas, se puede adiestrar a quienes tienen a cargo los cuidados para que estructuren cada día con una rutina establecida. La repetición diaria del mismo esquema contribuirá a disminuir la confusión.

Entrenamiento en habilidades específicas

En el entrenamiento para la rehabilitación, se abordan los componentes específicos de la atención, de modo que las tareas de la intervención impongan gradualmente demandas mayores sobre la atención.

Además de las tareas de mesa y de rehabilitación, se han empleado también actividades motoras gruesas, como lanzar un balón o golpear un globo para mejorar el estado de

alerta y el tiempo de reacción.

Entrenamiento en estrategias

Es el entrenamiento de uso de una estrategia para controlar la aparición de síntomas relativos a la atención, como distracción fácil, impulsividad o una tendencia a perder el paso o concentrarse demasiado en los detalles. Las estrategias de intervención que pueden destacar son las siguientes:

- Realizar descansos en unas tareas cuando la concentración comienza a disminuir.
- Tratar de interpretar toda la situación antes de prestar atención a las partes.
- Controlar la tendencia a distraerse por pensamientos internos o estímulos externos
- Recordar mirar todo y buscar activamente para reunir información adicional antes de responder
- Autoinstrucción
- Estrategias de tratamiento de la presión temporal

Las autoinstrucciones consisten en enunciar cada paso de una tarea en voz alta para enfocar la atención en la tarea e inhibir las distracciones y los comportamientos estereotipados. La estrategia de entrenamiento puede integrarse a una amplia variedad de actividades cotidianas. Durante el desempeño de las actividades, el terapeuta le ayuda a controlar el uso de la estrategia o el comportamiento dirigido registrando la frecuencia con la cual la estrategia se inicia y se usa entre diferentes actividades.

Adaptaciones de la tarea o el ambiente

Las adaptaciones ideadas para reducir las demandas de la atención consisten en limitar la cantidad de información

que se presenta al individuo en cualquier momento. Los ejemplos son los siguientes:

- Simplificar las instrucciones de las tareas de modo que solo se presente un paso a la vez
- Reducir el número de elementos o elecciones presentados al paciente en cualquier momento
- Preseleccionar los objetos relevantes necesarios para las tareas
- Segmentación de la tarea o presentación de un solo componente de la tarea por vez. El esfuerzo o la reducción de las indicaciones visuales en el ambiente se pueden usar para fomentar los comportamientos deseados. Por ejemplo, limitar el desorden y la distracción, cerrar la ventana o apagar la radio pueden impedir que la persona se distraiga de una tarea. En la tarea de cepillarse los dientes, por ejemplo se debe retirar los elementos innecesarios, y los artículos requeridos para el uso deben destacarse con colores contrastantes. Los colores contrastantes de pasta dentífrica, cepillo de dientes y vaso proporcionan una indicación para que el paciente preste atención a los diferentes elementos.

Habilidades de base visual

El tratamiento de las habilidades visuales, como agudeza visual, sensibilidad al contraste, habilidades óculo motoras y campos visuales, generalmente comprende adaptaciones y compensación: sin embargo, pueden recomendarse ejercicios de rehabilitación para los individuos con déficit oculomotores o déficit de los campos visuales

Habilidades oculomotoras

Se han recomendado ejercicios oculares en el rango de

movimiento del músculo afectado en pacientes con paresia de los músculos oculares. Por ejemplo si está debilitado el músculo recto externo del ojo derecho, se le puede solicitar que mueva los ojos tanto como sea posible hacia la derecha y mantenga esa posición durante algunos segundos.

Adaptaciones de la tarea o el ambiente Agudeza visual

Los déficit de la agudeza visual se tratan a menudo con lentes correctivas; sin embargo, también pueden ser útil la adaptación del ambiente, sobre todo si las gafas no pueden corregir la agudeza. Las adaptaciones beneficiosas son las siguientes:

- Material de lectura con letras grandes
- Reloj de pared o reloj pulsera parlante
- Calculadora parlante
- Teléfono con números programados
- Teléfono con reconocimiento de la voz
- Retroalimentación de dial o botones numerados grandes
- Libros parlantes
- Adaptaciones para el ordenador (trabajar con fuentes grandes, uso de procesadores de texto parlantes)
- Agarradores coloreados en los armarios o los picaportes de las puertas
- Lupas

Además las luces halógenas y fluorescentes proporcionan una luz de alta intensidad con mínimo resplandor. El contraste entre los objetos de una tarea o el ambiente debe aumentarse siempre que sea posible. Por ejemplo, encontrar un cepillo de dientes blanco en un estante blanco es mucho más difícil que localizar un cepillo de dientes rojo

en un estante blanco. Echar café en una taza blanca puede ser mucho más seguro que hacerlo en una taza de color oscuro.

4.8 HABILIDADES DE DISCRIMINACIÓN VISUAL, VISUOESPACIAL Y DE CONSTRUCCIÓN VISUAL; DÉFICIT ESPECÍFICOS

Entrenamiento en déficit específico

El enfoque de rehabilitación de la percepción visual aborda los déficit en las habilidades visuoperceptivas específicas a través de ejercicios graduados en la mesa y las tareas de práctica. La práctica de identificar y emparejar objetos o diseños que tienen diferencias sutiles en tamaño, posición o forma, encontrar objetos dentro de un conjunto de otros elementos, identificar objetos parcialmente ocultos y copiar la posición y la disposición de los objetos o los diseños.

Entrenamiento en estrategias

Algunas estrategias susceptibles de aumentar al máximo la capacidad del individuo para procesar la información visual es considerar la totalidad antes de mirar las partes, enseñarles a dividir el espacio antes de localizar detalles, usar un dedo para seguir los estímulos visuales y fijar la atención en los detalles, cubriendo o bloqueando los estímulos visuales cuando se presenta demasiada información a la vez, verbalizando las características visuales sobresalientes o diferencias sutiles y visualizando mentalmente un elemento particular antes de mirarlo.

La intervención comprende la manipulación cuidadosa de los parámetros de la actividad, manteniendo constantes

los parámetros del paciente mientras se modifican sistemáticamente otros para destacar aspectos específicos del procesamiento visual en una amplia variedad de actividades cotidianas.

Adaptación de la tarea o el ambiente

Para atenuar los efectos de las dificultades visuoperceptivas es hacer más sobresalientes las características distintivas de los objetos con señales de colores. Un ejemplo es colocar cinta de color sobre los botones para utilizar los aparatos u utilizar señales de colores sobre los objetos para hacerlos más fáciles de localizar y discriminar ejemplo cinta de color rosa brillante en el envase de la medicación para la identificarla más fácilmente en el armario de las medicinas). Las señales como marcas o cintas de color en límites espaciales (apoya pies de la silla de rueda) reducen las demandas espaciales y facilitan la orientación y la alineación de las piezas entre sí. Los patrones, diseños y las decoraciones hacen más difícil seleccionar y reconocer características sobresalientes de un objeto.

Entrenamiento en habilidades específicas

Las técnicas que abordan la orientación de un objeto o una extremidad en el espacio o la oportunidad, la secuencia y la organización de los elementos motores se dirigen a mejorar el aspecto de producción de la planificación motora. Por ejemplo, si un patrón de movimiento se realiza de una manera dificultosa o torpe con fijación o movimientos innecesarios, el terapeuta puede proporcionar contacto físico para limitar los movimientos inapropiados o extraños mientras emplea simultáneamente métodos de guía para facilitar un patrón motor suave. Por medio de una práctica repetida en diferentes tareas, como alcanzar un objeto de

un estante o lavarse la cara, el paciente comienza a aprender los movimientos que se consideran correctos.

Habilidades motoras.

Entrenamiento en estrategias

Se puede instruir a la persona para que emplee señales verbales, visuales o táctiles para el movimiento. Por ejemplo, se les puede enseñar una estrategia de práctica mental. Antes de desempeñar una actividad, el adulto mayor imagina que la realiza de manera lenta, precisa y coordinada. Al solicitarle que organice un cuadro o una secuencia de acciones de la actividad puede aumentar la imaginación visual o la práctica mental.

Se puede usar estrategias de autoseguimiento para enseñarle a controlar la contracción simultánea innecesaria, las acciones incompletas o la dificultad para cambiar la dirección de los movimientos. También se le instruye al paciente a asociar el patrón de movimiento con una rima, un ritmo, un tono musical, una imagen visual o una palabra.

Adaptación de la tarea o del ambiente

La atención de las características clave de una actividad puede facilitar la acción y la planificación motora. Las técnicas que realzan dichas características son las siguientes:

- Cinta de color en la manija de un cajón, un cubier- to o el grifo para facilitar la presión correcta.
- Uso de un balón de colores fluorescentes para que sea más fácil de asistirlo o impulsarlo
- Uso de un clavo de color para facilitar el golpe con un martillo

La atención a una señal incorrecta o a las indicaciones me- nores importantes puede llevar a una persona a una res-

puesta motora inapropiada y puede interferir con las accio- nes. Por tanto, se deben evitar los patrones o diseños sobre utensilios, prendas de vestir u otros elementos. Además se debe reducir o eliminar el uso de herramientas.

Otras adaptaciones consisten en el entrenamiento del que presta cuidados para modificar las instrucciones de modo que la actividad se divide en una orden a la vez. Las órde- nes completas simples (“Levantarse”) pueden colocar la actividad en un nivel automático y reforzar eficazmente la planificación motora.

Se debe seleccionar con precaución un equipo de adapta- ción en el paciente apráxico. Por ejemplo, algunas adapta- ciones (como un gancho para abrochar botones, un abre- latas para una mano, un alcanzador, un aparato para atar cordones con una mano y una silla de ruedas que se ma- neje con una mano) pueden ser difíciles de utilizar para los pacientes con apraxia y pueden imponer demandas mayores en las capacidades de planificación motora. Otras adaptaciones como pantalón con cintura elástica, botones elásticos, cierres de hebillas y cintas, guantes para lavar, calzador para deslizar el pie y cordones elásticos) pueden implicar la tarea o el patrón motor necesario para manipu- lar o sostener objetos, reducir el número de pasos y facili- tar la función en el individuo con apraxia.

Memoria

Entrenamiento en habilidades específicas

Se han usado los ejercicios y las tareas de memoria para mesa u ordenador en un intento por mejorar la memoria. Aunque que se ha demostrado que la memoria aumenta con las tareas de entrenamiento específicas, no existe nin-

guna prueba de que la práctica repetitiva de listas de palabras u objetos se pueda aplicar a otro material. El déficit de la memoria pueden estar relacionados con otro déficit cognitivos, sobre todo con la atención.

Entrenamiento en estrategias

La estrategia de la memoria pueden estar dirigidas fundamentalmente a codificar operaciones (incorporar información) o a la fase de recuperación de la memoria (dejar salir la información). Las estrategias de codificación son las siguientes:

- Unir o agrupar elementos similares.
- El método de la narración o de conectar una serie de hechos o acontecimientos en un relato.
- Ensayo o repetición de la información en silencio.
- Poesía o recordar un hecho cambiándolo por una poesía.
- Imaginación visual.

Entre las estrategias de recuperación están las siguientes:

- Búsqueda alfabética o avanzar por el alfabeto letra por letra intentando encontrar la primera letra de un elemento olvidado.
- Retroceder sobre los propios pasos para encontrar un objeto que falta o recordar un acontecimiento.
- Pensar en información asociada para señalar el recuerdo de un hecho o un acontecimiento nuevo.

El entrenamiento en estrategias interna es mas apropiado en persona con déficit leve de memoria o aquellas que tienen otras áreas de cognición intactas. El paciente debe practicar usando una o dos estrategias de memoria intactas en una variedad de tareas diferentes, como recordar un número telefónico, los titulares o sucesos de las noticias,

elementos que es necesario comprar en un supermercado, historias o instrucciones para una actividad. Durante la práctica en diferentes tareas de memoria, se puede usar una variedad de técnicas de autoseguimiento.

Estrategias y auxiliares externos de la memoria

Los auxiliares externos como agendas, casetes y ordenadores almacenan información que la persona puede tener dificultad para recordar. Los auxiliares externos para la memoria comprenden:

- Cronómetros
- Casetes
- Dispositivos con alarmas reprogramadas o mensajes de alarmas
- Dispositivos electrónicos como buscas, teléfonos móviles y ordenadores de bolsillo
- Ordenadores
- Organizadores de pastillas
- Listas
- Planificadores diarios
- Agendas

La intervención es más eficaz cuando el paciente está motivado, comprometido en identificar el problema de memoria y es bastante independiente en la función diaria.

El uso efectivo de un auxiliar externo para memoria puede requerir un entrenamiento largo. El paciente debe practicar el inicio y el uso del auxiliar en situaciones diferentes. La estrategia de memoria externa más usada es la agenda ayuda-memoria. La agenda se debe diseñar teniendo en cuenta las necesidades y el estilo de vida del paciente:

- Hechos personales

- Nombres de personas que deben recordarse
- Calendario y programa
- Cosas para hacer 8 diariamente, en la semana siguiente)
- Registro diario de hechos importantes
- Conversaciones
- Acontecimientos importantes futuros
- Resumen de lecturas (artículos, periódico)
- Esquema de las medicaciones
- Direcciones de lugares a los que va con frecuencia

La agenda debe comenzar con una o dos secciones y debe aumentar gradualmente si el individuo puede manejarla.

Adaptaciones de la tarea o del ambiente

Las tareas y los ambientes pueden reorganizarse de modo que impongan menos requerimientos sobre la memoria:

- Tarjetas de señales o signos en lugares claves (ejemplo signo sobre la puerta para leerlo antes de salir: “Tome las llaves”)
- Marcación de cajones o armarios para disminuir la necesidad de recordar la localización de los elementos.
- Provisión de instrucciones paso a paso para reducir las demandas a la memoria
- Provisión de lista de control para poder mantener la hilación de las tareas.

Se puede entrenar a otras personas del entorno del paciente para que usen métodos que aumenten la probabilidad de que el paciente recuerde el material, como solicitarle que repita cualquier instrucción o la información importante en sus propias palabras; estimularlo a formular preguntas y presentar material en grupos pequeños, agrupaciones o categorías.

Funciones ejecutivas: funciones cognitivas de nivel supe-

rior

Entrenamiento en habilidades específicas

Las funciones ejecutivas se abordan mejor con tareas no estructuradas que requieren que el paciente inicie y planifique las metas, controle el tiempo, realice elecciones y establezca prioridades.

Entrenamiento en estrategias

El entrenamiento en estrategias de resolución de problemas comprende enseñarle al paciente a fragmentar las actividades complejas en pasos más pequeños y más manejables. Las estrategias también pueden dirigirse a ayudarlo a mantenerse centrado en los objetivos y en las intenciones. El objetivo de la intervención es reemplazar un enfoque impulsivo y desorganizado por un enfoque sistemático y controlado para planificar actividades, mantener las intenciones de los objetos y resolver problemas se refuerzan con el uso de técnicas:

- ¿Que necesito hacer?
- ¿Necesito más información?
- ¿Qué tengo que hacer a continuación?
- ¿Me estoy aferrando a un enfoque?
- ¿He identificado toda la información clave?
- ¿Comprendo el problema?
- ¿Cuáles son todas las soluciones posibles? ¿Elegí la mejor?

La intervención debe incorporar la práctica en la identificación de situaciones o actividades en las que puede ser útil el uso de una lista de control. Se puede dar al adulto mayor la oportunidad de practicar la misma actividad con el empleo de una lista de control establecida por el terapeuta.

La iniciativa decreciente, una de las características distintivas de la función ejecutiva, puede interferir significativamente con la capacidad para usar y aplicar una estrategia aprendida. Por ejemplo, una persona con déficit en las funciones ejecutivas puede usar una estrategia eficazmente cuando recibe señales, pero es posible que no la utilice de manera espontánea por un fallo para iniciar su uso.

Adaptaciones de la tarea o del ambiente

Las adaptaciones que disminuyen las demandas sobre las funciones ejecutivas y las habilidades de resolución de problemas son el entrenamiento de otra persona significativa para pre organizar una actividad o los materiales de la actividad. Por ejemplo, todos los elementos necesarios para el aseo personal pueden organizarse antes del mismo según la secuencia en la que se han de usar. Estas adaptaciones limitan la necesidad de la planificación y la organización.

Las personas que tienen dificultades con la iniciación, la organización y la toma de decisiones requieren estructuras. Una rutina diaria predecible y estructurada aumenta la capacidad del individuo para iniciar tareas y debe establecerla y controlarla una persona importante del entorno del paciente.

Habilidades de proceso.

Definición de las habilidades

Para desempeñar con éxito las ocupaciones diarias, el individuo debe realizar ciertas acciones. Los elementos observables de estas acciones, que tienen propósitos funcionales implícitos, se denominan habilidades.

Definición de las habilidades de proceso

Las habilidades de proceso son las que los seres humanos

usan para manejar y modificar las acciones al contemplar las ocupaciones diarias. Las habilidades de proceso son acciones observables relacionadas con las capacidades de atención, conceptuales, organizacionales, y adaptativas subyacentes de la persona. Están relacionadas con las habilidades cognitivas, pero no son las mismas. Las habilidades de proceso son acciones observables que llevan a cabo de una forma definitiva, lo que conduce al logro de una forma ocupacional. Las habilidades cognitivas son procesos subyacentes e inobservables, como memoria, atención y resolución de problemas, que varían según las habilidades de proceso y las tareas realizadas. Existen cinco dominios de habilidades de proceso y cada dominio tiene varias habilidades dentro de éste.

Conceptos clave en dominio de habilidades de proceso y otras habilidades

Energía.-Se refiere a la energía mental sostenida y apropiadamente asignada.

Marcha.- Mantiene un ritmo y un tiempo de desempeño durante toda una tarea.

Atiende.- Mantiene la atención concentrada en una tarea.

Conocimiento.- Es la capacidad de buscar y usar el conocimiento.

Elige.- Selecciona herramientas y materiales apropiados.

Usa.- Emplea herramientas y materiales según sus propósitos pretendidos.

Maneja.- Apoya, estabiliza y sostiene herramientas y materiales de una forma apropiada.

Tiene en cuenta.- Usa el desempeño de la tarea dirigido a los objetivos que se centra en completar la tarea pretendida.

Indaga.- Busca información hablada o escrita apropiada formulando preguntas o leyendo instrucciones.

Organización temporal.- Se refiere al comienzo, al ordenamiento lógico, a la continuación y al cumplimiento de los pasos y de las secuencias de acción de una tarea.

Inicia.-Empieza o comienza a hacer una acción o paso sin vacilación.

Continúa.- Realiza una secuencia de acciones de un paso sin una interrupción innecesaria y como una progresión suave sin interrupción.

Secuencia.- Realiza pasos en un orden eficaz o lógico para el uso eficiente de tiempo y energía.

Termina.- Finaliza o completa acciones o pasos únicos sin preservación, persistencia inapropiada o cese prematuro.

Organización del espacio y los objetos.- Se refiere a las habilidades para organizar el espacio y los objetos.

Busca/Localiza.- Busca y ubica herramientas y materiales a través del proceso de una búsqueda lógica.

Recoge.- Reúne las herramientas y los materiales necesarios o mal colocados.

Organiza.- Posiciona lógicamente o dispone espacialmente herramientas y materiales de una forma ordenada y en espacios de trabajo apropiados.

Restablece.- Devuelve y coloca herramientas y materiales y restablece los espacios de trabajo inmediatos a su estado original.

Navega.- Modifica el movimiento del brazo, el cuerpo o la silla de ruedas para evitar maniobrar alrededor de los obstáculos existentes que se encuentran en el recorrido del movimiento del brazo, el cuerpo o la silla de ruedas a través del espacio.

Adaptación.- Se relaciona con la capacidad para anticipar, corregir y beneficiarse con el aprendizaje de las consecuencias o los errores que surgen en el curso de la acción.

Nota/Responde.- Responde apropiadamente a señales am-

bientales y perceptivas no verbales que proporcionan retroalimentación en relación con la progresión de la tarea.

Acomoda.- Modifica la acción o la localización de los objetos dentro del espacio laboral en curso de anticipación o en respuesta a las circunstancias o problemas que podrían surgir en el curso de la acción o para evitar resultados indeseables.

Ajusta.- Cambia las condiciones ambientales en anticipación o en respuestas a circunstancias y problemas que surgen en el curso de la acción o para evitar resultados indeseables.

Se beneficia.- Anticipa y previene la recurrencia o la persistencia de circunstancias o problemas.

Intervenciones para mejorar las habilidades de proceso

La intervención se basa en los intereses del individuo, junto con los hallazgos de la evaluación del terapeuta, y comprende la planificación, la implementación y la revisión.

Etapa1: Plan de intervención Análisis de la actividad

Un análisis de la actividad antes de que el individuo desempeñe la ocupación es esencial cuando se trabaja en la mejoría de las habilidades de proceso. Para que el terapeuta ocupacional determine si está desempeñando eficazmente esas habilidades, el terapeuta debe conocer todos los aspectos de la ocupación.

Contexto

Cuando se intenta facilitar la mejoría en las habilidades de proceso, son extremadamente importantes las consideraciones de los contextos culturales, físicos, sociales, temporales y espirituales. El desempeño del individuo en las habilidades de proceso puede ser diferente en distintos contextos físicos o ambientales. La localización de la in-

tervención también influye en el grado en el que el individuo puede demostrar las habilidades existentes y puede aprender habilidades nuevas.

Determinación de las estrategias de intervención

Cuando planifica la estrategia de intervención para la facilitación del desempeño en habilidades de proceso, el terapeuta debe decidir si usará los enfoques de restablecimiento o adaptación o una combinación de ambos. El enfoque del restablecimiento se basa en restablecer o remediar los deterioros en oposición clara a la adaptación, que consiste en remediar la tarea o el ambiente.

Las decisiones relacionadas con los enfoques de la intervención están impulsadas por múltiples factores, como los marcos de referencias, cuestiones diagnósticas, el lugar de la asistencia y limitaciones pragmáticas (tiempo limitado de intervención y ambiente de la intervención). La ocupación se usa como medio cuando actúa como modo de agente de cambio terapéutico para corregir el déficit en las habilidades de proceso.

Etapa 2: Implementación de la intervención Restablecimiento

Si el enfoque la rehabilitación o la recuperación de las habilidades, el terapeuta ocupacional planea métodos para facilitar el desarrollo de las habilidades de proceso y el desempeño relacionado de la ocupación. Dentro de esta estrategia de intervención, el terapeuta ocupacional puede intentar modificar los procesos biológicos, psicológicos o neurológicos para facilitar un desempeño mejorado.

Las estrategias de restablecimiento también consiste enseñar las habilidades al individuo. Estas estrategias es apropiada cuando se trabaja en la mejoría de las habilidades

de proceso, porque el enfoque se asienta en los comportamientos cambiados y, por tanto, en las acciones reconocibles.

Los terapeutas ocupacionales tienen un rol importante ya que permiten los pacientes la oportunidad de aprender habilidades de proceso. Algunos pueden tener dificultades para desempeñar habilidades de proceso relacionadas con ciertas ocupaciones porque han tenido pocas oportunidades o ninguna en desempeñarlas. Cuando usan como intervención un entrenamiento en habilidades, puede ser necesario que los terapeutas ocupacionales aguarden mientras los pacientes se esfuerzan en el desempeño de cierta habilidad o mientras se toman un tiempo para imaginar cómo desempeñarlas.

Durante estas sesiones los terapeutas adoptan a menudo adoptan el rol de un entrenador durante el desempeño y determinan cuándo dar indicaciones, estímulos o demostraciones para mejorar el desempeño de las habilidades.

Compensación

Un enfoque de adaptación comprende adaptar los objetivos de las tareas, cambiar los métodos de las tareas, modificar el ambiente o el entrenamiento de la familia o de la persona que ejerce los cuidados. El terapeuta ocupacional puede esperar para introducir las técnicas de compensación hasta que se haya agotado las de rehabilitación/restablecimiento.

Sin embargo se pueden practicar inmediatamente las técnicas compensadoras si el practicante piensa que existen pocas posibilidades de rehabilitación/restablecimiento o si hay un tiempo limitado para que el paciente se desempeñe de manera independiente.

Etapa 3: Revisión de la intervención

Durante todo el entrenamiento en el desempeño de las habilidades, los profesionales de terapia ocupacional están evaluando continuamente la capacidad del individuo para desempeñar las habilidades de proceso.

Los terapeutas ocupacionales registran los éxitos de las personas y cuántas señales, estímulos, enseñanza y aliento se tuvo que dar durante el desempeño de las habilidades. Además, reflejan la cantidad de adaptaciones de la tarea o el ambiente empleado durante la construcción de las habilidades. Los terapeutas realizan estos análisis para decidir si el paciente esta progresando para analizar qué estrategias de intervención facilitaron la mejoría de las habilidades. Sobre la base de estos factores, deciden que estrategias usarán durante las sesiones anteriores de intervención. Si está indicado continuar con la mejoría en el desempeño, puede resolver la graduación de la tarea durante la sesión siguiente, para que constituya más un desafío de las habilidades de la persona. También puede determinar que está indicada una estrategia de compensación y puede intercambiarla con las estrategias de rehabilitación. Cualquier cambio en las estrategias de intervención se analizará con el paciente durante las sesiones futuras.

Se debe considerar mucho a factores cuando se planifican e implementan las intervenciones para facilitar la mejoría del individuo en las habilidades de proceso. El terapeuta ocupacional debe planificar intervenciones que sean significativas para el paciente y que favorezca la generalización del aprendizaje. Se puede utilizar tanto estrategias de restablecimiento como de adaptación para fomentar una mejoría en el desempeño de las habilidades de proceso e independencia en las ocupaciones deseadas.

CONCLUSIONES

La aplicación de técnicas terapéuticas ocupacionales dentro de lo que constituye la rehabilitación es de mucha importancia dentro del proceso de readaptación del adulto mayor.

La Terapia Ocupacional brinda la facilidad al adulto mayor a adaptarse al medio que lo rodea, ya que podrá darse cuenta de los logros que han tenido en el transcurso del tratamiento por medio de las actividades y que han desarrollado habilidades de autonomía en las distintas actividades de la vida diaria, necesarias para mejorar su calidad de vida y mantener la máxima independencia.

Las terapias grupales o recreativas son de gran importancia, ya que ayudan a mejorar la socialización e integración de su entorno, ayudando a restablecer la percepción y cognición.

BIBLIOGRAFÍA

- Terapia Ocupacional, 8va Edición, Editorial Médica Panamericana.
- Terapia Ocupacional, 10ma Edición, WILLARD & SPACKMAN, Editorial Médica Panamericana.
- Monografía SER, Jordi Carbonell Abelló, Editorial Médica Panamericana.
- JUNE GRIVEVE, Neuropsicología para Terapista Ocupacionales Evaluación de la percepción y cognición, Editorial Médica Panamericana, Madrid-España 2000.
- BEGOÑA POLONIA LOPEZ, Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz Conceptos fundamentales de terapia ocupacional, 1era Edición, Editorial Panamericana, Madrid- España2000.

WEBGRAFIA

- <http://www.Google.com>
- <http://www.monografias.com>
- <http://www.Terapiaocupacional.com>
- <http://www.ninds.gov/disorders/spanish/geriatria.htm#3>
- <http://www.nlm.gov.medlineplus/spanish/geriatria.htm>
- <http://www.ninds.nih.gov/disorders/spanish/geriatria.htm#glo>
- www.geriatria.com

