

EL MODELO CANADIENSE DEL PROCESO DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE PROCESS MODEL – C.O.P.P.M.

Salvador Simó Algado, Diplomado en Terapia Ocupacional, Licenciado en traducción e Interpretación, Estudiante de Doctorado en Educación.

Profesor de Terapia Ocupacional de la Universitat de Vic. Coordinador del grupo de investigación Ciencia de la Ocupación. Contacto: salvador.simo@uvic.es

Reg Urbanowski, Diplomado en Terapia Ocupacional, Doctor en Educación.

Profesor de Terapia Ocupacional de la Dalhousie University

RESUMEN

En este segundo artículo exploraremos el Modelo Canadiense del Proceso del Desempeño Ocupacional (C.O.P.P.M.) que nos guía en el proceso de la intervención, así como el Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.O.P.M.), que nos ayuda a valorar la auto-percepción del cliente sobre su desempeño ocupacional y su satisfacción. Ambos han sido desarrollados por los terapeutas canadienses para llevar a la práctica la filosofía de una terapia centrada en el cliente. Un caso práctico es desarrollado.

Conceptos centrales: Modelo Canadiense del Proceso del Desempeño Ocupacional, Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional, práctica centrada en el cliente, capacitando para la ocupación, proceso de intervención, escalas de valoración, empoderamiento.

ABSTRACT

In this second article we explore the Canadian Occupational Performance Process Model (C.O.P.P.M.) that guides us in the intervention process, and the Canadian

Occupational Performance Measure (C.O.P.M.) which helps us to evaluate the client's self-perception of his/her occupational performance and satisfaction. Both have been developed by Canadian occupational therapists to develop the client centred approach. A case example is developed.

Key terms: Canadian Occupational Performance Process Model, Canadian Occupational Performance Measure, client centered practice, evaluation tools, process of intervention, enabling occupation, empowerment.

1. EL MODELO CANADIENSE DEL PROCESO DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL (CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE PROCESS MODEL – C.O.P.P.M.)

El C.O.P.P.M. da respuesta a la pregunta: ¿Cómo debe ser el proceso de intervención en Terapia Ocupacional para ser coherente con una práctica centrada en la persona? No sólo nos asegura seguir las raíces humanistas de la profesión sino que además se trata de un modelo procesal internacionalmente conocido, lo que facilita el trabajo inter y transnacional, al ser un idioma compartido. Así por ejemplo hace un par de años participamos en una investigación sobre la Terapia Ocupacional y los niños supervivientes de la calle. El equipo estaba formado por terapeutas ocupacionales de 8 países. Nos basamos en el C.O.P.P.M. como modelo procesal, modelo conocido por todos.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO

- Refleja los valores de la Terapia Ocupacional.
- Aplica el C.M.O.P.
- Guía y desarrolla el proceso de colaboración.
- Integra teoría y práctica.
- Es flexible y dinámico.
- Se orienta a la acción.
- Se dirige a los objetivos de la persona o de la comunidad.

~~Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.~~

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 2 de 18

- Se puede aplicar en diversos medios.
- Facilita la evaluación.

COMPAÑEROS EN EL PROCESO

Los clientes pueden ser muy variados, individuales y colectivos. Es fundamental la participación activa de la persona. Cuando la persona no posee capacidad de decisión, se puede desarrollar ésta de forma gradual, o se puede trabajar con los familiares de la persona. Este proceso no le quita responsabilidad al terapeuta ocupacional, debe ser conocedor de las habilidades terapéuticas, uso del self y desarrollar la atmósfera terapéutica. El proceso se basa en las siguientes fases:

1. Nominar, validar y priorizar las áreas del desempeño ocupacional con las que vamos a trabajar. Búsqueda de los problemas presentes con la persona

Establecemos un proceso de negociación, puede ser con una persona, grupo, comunidad, empresa... Esta fase es muy importante ya que marca la relación terapéutica, es fundamental el poner las bases para una relación de colaboración.

Para obtener la información que precisamos contamos con:

- C.O.P.M. (*Canadian Occupation Performance Measure*, Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional) detecta la evolución en la percepción de la persona de su realización y su satisfacción ocupacional. Vamos a hablar de este instrumento más adelante.
- Historia clínica - ocupacional.
- Entrevistas semiestructuradas.
- Visitas a la comunidad.
- ...

Si trabajamos con comunidades también nos interesa: su historia, su realidad cultural, política (movimientos sociales, de represión política, guerras...)... por ello

nos adentramos en disciplinas como la sociología, la historia, la filosofía, o la antropología.

El problema surge cuando la perspectiva de la persona y la del terapeuta no es la misma, imponiéndose un proceso de negociación.

2. Seleccionar un enfoque teórico

Buscamos un sistema teórico para guiar la intervención. El modelo también nos orienta en la valoración. Los terapeutas ocupacionales deben conocer varios modelos y enfoques teóricos para aplicar aquellos más apropiados para la persona, no adaptarla al marco que conocemos.

3. Identificar los componentes de la función ocupacional y de las condiciones ambientales

Cada persona refleja una problemática única, en unas condiciones únicas. Los métodos de evaluación pueden ser cualitativos o cuantitativos. En este punto podemos utilizar el Modelo Canadiense del Desempeño Ejecución Ocupacional. Nunca podemos olvidar el identificar los componentes medioambientales.

4. Identificar fortalezas y recursos

Las etapas 1 y 3 sirven para conocer la problemática de la persona, en el ámbito de áreas y de componentes. Fiel a la filosofía humanista este punto sirve para analizar las fortalezas y los recursos. Las fortalezas se analizan en el ámbito afectivo, cognitivo y físico. También debemos analizar los recursos de la persona, a nivel del medioambiente (familiar, comunitario...).

Este punto es vital, partimos de las fortalezas y de los recursos de la persona, para abordar sus problemas. Requiere que el terapeuta sea capaz de ver esas fortalezas y recursos, que muchas veces no son evidentes.

5. Negociar los objetivos de intervención, desarrollar un plan de acción

Los objetivos expresan las ocupaciones que el cliente considera importantes. No se centra tanto en los componentes de actuación, que es donde los terapeutas hacían énfasis (por ejemplo: ampliar el arco de recorrido).

Los terapeutas siempre se focalizan en las posibilidades existentes. Vamos del presente al posible futuro. Por eso decimos que la Terapia ocupacional no es solo sobre hacer, sino sobre ser y llegar a ser (Wilcock, 1998). Debemos ser conscientes de que a veces la persona no es consciente de ese futuro posible, o por el contrario, quiera conseguir algo que sea imposible (por ejemplo volver a caminar, si físicamente es inviable).

Si la persona no puede elegir por sí misma, se negociará con un representante, por lo general de la familia, o puede ser un cuidador, una persona cercana que realmente conozca sus fortalezas y su problemática ocupacional.

Debemos ver cuando es el momento de negociar los objetivos. Es obvio que la persona debe poseer capacidad de insight para ello. Establecemos los objetivos con el cliente, y trazamos las estrategias que vamos a seguir para conseguirlos.

Una vez decididos los objetivos se establece un plan de acción detallado: cómo vamos a conseguirlos (a través de que formas ocupacionales, establecemos un cronograma...)

6. Implementar planes a través de la ocupación

Nos debemos adaptar continuamente a la persona, observando la evolución e introduciendo los cambios necesarios. Puede ser que la situación de la persona varíe, por ejemplo que tenga otro accidente cerebrovascular, o que sufra una depresión durante la intervención. También puede suceder que la estrategia elegida (la intervención) no sea la más adecuada, y debemos reformularla.

En esta fase casi siempre debemos realizar una valoración intermedia. Los métodos pueden ser cualitativos o cuantitativos. Podemos utilizar escalas como el ACIS (Forsyght, Salamy, Simon y Kielhofner, 1995), la valoración de la habilidades de comunicación e interacción social); o el AMPS (Fisher, 1994), la escala de valoración de las habilidades motoras y de procesamiento, propios del Modelo de

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 5 de 18

la Ocupación Humana; o la Escala de Knox (1997), por citar algunos instrumentos propios de la Terapia ocupacional. Estas escalas también las hemos podido utilizar en el punto 3.

7. Evaluar los resultados de la intervención

Es fundamental valorar los resultados del proceso. Podemos utilizar la misma batería de escalas de valoración que hemos aplicado en el punto número 6 o ampliarla. Los métodos pueden ser cualitativos o cuantitativos.

Una estrategia posible es utilizar el C.O.P.M, lo podemos aplicar al inicio de la intervención y al final (también podemos realizar una valoración intermedia con este instrumento, en el punto 6).

2. EL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL (*CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE - C.O.P.M.*)

Es un instrumento de evaluación individual diseñado para detectar el cambio en la autopercepción del cliente sobre su desempeño ocupacional en el tiempo, a nivel de realización y de satisfacción.

- Identifica las áreas problemáticas.
- Evalúa la actuación y la satisfacción relativa a esas áreas.
- Mide los cambios en la percepción de la persona sobre su actuación.

La ocupación humana es paradójica, al ser un fenómeno universal, el ser humano es un ser ocupacional por naturaleza, pero al mismo tiempo única, la misma ocupación no tiene el mismo significado ni es experimentada de la misma forma por dos personas distintas. Por ello este instrumento de valoración es único,

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 6 de 18

al permitirnos adentrarnos en el mundo subjetivo de la persona y conocer la evolución en su percepción sobre cómo realiza las ocupaciones y la satisfacción que experimenta.

El valorar la satisfacción es otro rasgo definitorio de esta escala. El nivel de realización y de satisfacción ocupacional que experimenta una persona pueden ser similares, o no. En mi propio caso, si tuviera que valorar mi realización jugando a fútbol, por ejemplo, mi valoración sería de un 5 o 6. En cambio mi nivel de satisfacción en esta forma ocupacional sería de 8 o 9.

Esta escala tiene la gran virtud de adentrarse en el mundo subjetivo de la persona, como hemos dicho, un mundo cualitativo, pero de convertir los resultados a nivel cuantitativo. Esto facilita de forma extrema el proceso de medir la evolución y presentar los resultados de la intervención.

RELACIÓN ENTRE EL MODELO Y LA ESCALA

MODELO CANADIENSE DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DESEMPEÑO C.M.O.P.	OCUPACIONAL CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL C.O.P.M.
1. Comprende ocupaciones de ocio, autocuidado y productividad.	1. Posee las mismas áreas.
2. La ejecución ocupacional es un fenómeno de la experiencia, más que observable.	2. a. C.O.P.M. pide a los clientes su opinión sobre las áreas ocupacionales. b. El cliente identifica los problemas. c. El cliente clasifica los problemas según su importancia. d. El cliente evalúa su nivel de función.
3. La ejecución está influenciada por los roles y el medio.	3. El cliente identifica los factores ambientales y relacionados con sus

roles que interfieren en su éxito.

4. La ocupación es inherente al 4. Se puede aplicar a todos los hombre, sin distinción de sexo, raza o clientes, aunque deba adaptarse. discapacidad.

5. La ejecución implica la realización 5. C.O.P.M. mide el desempeño y la misma y la satisfacción que conlleva. satisfacción.

HISTORIA DE LA MEDIDA

Se empezó a desarrollar en 1980 por la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional.

CARACTERÍSTICAS

- se basa en un modelo de Terapia Ocupacional.
- se basa en las áreas de autocuidado, ocio y productividad.
- reconoce los componentes de realización como fundamentales.
- incorpora los roles de la persona.
- considera la importancia de las áreas para la persona.
- mide los problemas identificados por la persona.
- incorpora una re-evaluación de los problemas identificados.
- se centra en el medio de la persona.
- considera la satisfacción de la persona.
- implica a la persona en el proceso desde el principio.
- incrementa su involucración en el proceso.
- puede ser utilizada a través de los niveles de desarrollo.
- permite que si la persona no puede suministrar la información lo hagan personas cercanas.
- permite ver la evolución en el uso de actividades con significado.

VALIDEZ

Todos los estudios realizados dan confirman la validez de la medida de valoración.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 8 de 18

ADMINISTRACIÓN

Se trata de una entrevista semiestructurada, toma de 20 a 30 minutos. Los pasos son:

1. Identificar los problemas en la función ocupacional

Es una entrevista semiestructurada, por ello el terapeuta ocupacional debe desarrollar sus habilidades de entrevistar. Es vital que la persona examine detenidamente su función ocupacional.

Las primeras preguntas se basan en las ocupaciones que la persona necesita realizar, mientras que las segundas se basan en la satisfacción que expresa en su realización ocupacional.

La escala se divide en tres áreas.

- se recomienda aplicarla tan pronto como sea posible.
- no es necesario rellenarla de una sola vez.
- si los objetivos identificados por la persona no son realistas, se empieza un proceso de discusión con la persona.
- lo mismo con la toma de riesgos y seguridad.
- si la capacidad de insight de la persona es dudosa, debemos validar su entrevista con personas de su alrededor conocedoras de su función ocupacional.
- si la persona no puede responder, por problemas cognitivos o la edad, se puede aplicar con los cuidadores. Se ha aplicado con niños de 7 años, es bueno tener su punto de vista.
- si el paciente identifica áreas fuera de nuestro conocimiento debemos mandarlo a otro servicio.
- por supuesto hay situaciones en las que no se puede aplicar.
- se puede aplicar a la persona y cuidadores y comparar los resultados.

2. Valorar la importancia

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 9 de 18

Se valoran con una escala de 1 (no muy importante) a 10 (extremadamente importante): así establecemos las prioridades de intervención.

La aplicación de la medida ahorra tiempo a largo plazo, al focalizarse en las necesidades reales de la persona.

3. Registro

Se eligen las 5 áreas que la persona ha elegido como prioritarias, es una recomendación (5).

Dentro de los problemas identificados la persona vuelve a valorar de 1 a 10:

- Cómo la persona valora su realización de esta ocupación en este momento.
- Cómo la persona valora la satisfacción que experimenta al hacerlo.

La valoración total se obtiene sumando los valores de desempeño por un lado, y dividiéndolo por el número de problemas, al igual que hacemos con la satisfacción. Estamos validando la percepción de la persona y su evolución, no comparándola con otro grupo.

La investigación demuestra que las ganancias de más de 2 puntos son clínicamente importantes. C.O.P.M. no implica el no realizar más valoraciones.

4. Se vuelve a valorar

Juntamente con la persona, para ver la evolución de las áreas problemáticas. Si no se identifica ningún problema más el proceso concluye. El intervalo de tiempo depende de las necesidades de la persona. Se puede realizar una valoración intermedia.

3. CASO PRÁCTICO

Allison Jones, 28 años

- Admitida en el hospital por alteración en el estado de ánimo.
- Presenta alteración en sus ocupaciones cotidianas a causa de su ánimo deprimido y sus pensamientos compulsivos.

FASE 1. NOMINAR Y PRIORIZAR LOS TEMAS OCUPACIONALES

Se utilizó C.O.P.M. Sus prioridades eran:

Tema de realización ocupacional.	Actuación	Satisfacción	Importancia
Excesiva atención en las actividades de AVD. "Siento que me paso la vida en el baño arreglándome"	1	1	10
Indecisión sobre su futuro y posible cambio de carrera. "Me mido a mi misma en términos de productividad y mi status financiero en comparación con los demás"	2	2	9
Mi participación en ocupaciones sociales y físicas ha disminuido.	2	2	6

FASE 2. SELECCIÓN DEL ENFOQUE TEÓRICO

El terapeuta ocupacional sigue los conceptos de una práctica centrada en la persona y del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, además de :

- psicoemocionales (técnicas cognitivas y conductistas)
- sociales y ambientales.

FASE 3. IDENTIFICAR LOS COMPONENTES DE ACTUACIÓN Y LAS CONDICIONES AMBIENTALES

AUTOCUIDADO: Atención excesiva a la higiene personal. Se relaciona con:

- Pensamientos obsesivos sobre la apariencia.
- Evaluarse en función de variables externas: *"si no soy atractiva no encontraré pareja", "me estoy volviendo vieja, todos mis amigos se han casado, mi edad trabaja contra mí"*.
- Pensamiento radical y falta de unos mecanismos positivos.

PRODUCTIVIDAD: Indecisión y posible cambio de carrera.

- Habilidad de resolución de problemas, carece de equilibrio en su pensamiento: *"pienso en lo peor, lo personalizo todo", "evito las cosas o las abandono cuando aparecen problemas"*.
- Poca claridad en sus intereses con relación a sus objetivos ocupacionales y capacidades.
- Frustración por no haber desarrollado educación secundaria y pensar que ahora es demasiado vieja. Estas consideraciones son muy importantes al formar parte de una familia con un alto nivel de consecución.

OCIO: Participación en las actividades sociales y físicas ha disminuido.

- Por cambio a una nueva ciudad.
- Cambios en su red de apoyo externa que ha disminuido.
- Sentimientos de no ser válida y de menosprecio.

Al analizar los componentes y las condiciones ambientales el terapeuta anota:

- El estilo de pensamiento es obsesivo, se menosprecia, piensa sobre el pasado y se compara con el exterior. Estas influyen negativamente en su autoestima.

FASE 4: IDENTIFICAR RECURSOS Y FORTALEZAS

Las fortalezas personales son:

- Sinceridad, honestidad, amabilidad.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 12 de 18

- Un buen sentido del humor.
- Talento musical, toca muchos instrumentos y ha viajado al extranjero con grupos.
- Buenas habilidades de vendedora.

Los recursos son:

- El apoyo de la familia.
- Seguridad familiar.

FASE 5: NEGOCIAR LOS OBJETIVOS Y DESARROLLAR LOS PLANES DE ACCIÓN

Se discutieron los objetivos planteados en la fase 3. Después de identificar los objetivos más importantes se pasó a discutir cómo conseguirlos, y establecer los plazos.

El terapeuta ocupacional había pensado en planes para dirigir a la persona a través de.

- La persona (por ejemplo habilidades de pensamiento, sentimientos, y hacer).
- La ocupación (pensar en las ocupaciones, graduarlas, adaptarlas).
- Medio ambiente (adaptación, consejo...).

OBJETIVO 1. SOBRE ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE HIGIENE

Objetivos propuestos:

- Aprender como integrar técnicas cognitivas en la ocupación, a través de completar 3 registros de pensamientos en un formato escrito, y fomentar el uso de esta técnica en las ocupaciones que provoquen estrés o ansiedad.

El registro de pensamientos es una técnica cognitiva en la que la persona registra situaciones concretas, los pensamientos automáticos y los sentimientos que se asocian a ellas. Así la persona toma conciencia de su forma de pensamiento.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 13 de 18

- Aprender al menos 2 técnicas de relajación que pueda realizar en ocupaciones en las que antes ha mostrado ansiedad.
- Diferenciar entre los componentes internos y externos de la autoestima.
- Realizar una lluvia de ideas en las que piense ocupaciones que pueden aumentar su autoestima e involucrarse en dos de ellas.
- Reducir la cantidad de tiempo que permanece arreglándose.
- Participar en la valoración final al final de la admisión hospitalaria.

PLAN DE ACCIÓN:

- Después de hablar con el terapeuta ocupacional, Allison decide atender sesiones en manejo de estrés, relajación, estilo de vida saludable. Estos grupos se diseñan para facilitar a sus participantes para desarrollar estrategias de afrontar situaciones (*coping*), y se relacionan con el desempeño ocupacional y la autoestima.
- También se deciden sesiones de terapia cognitiva con el terapeuta. El objetivo es que utilizará técnicas para investigar sus procesos de pensamiento y la búsqueda de un pensamiento más equilibrado.
- El terapeuta ocupacional fomentará que Allison utilice su sentido del humor para mantener una perspectiva más equilibrada.
- Como manifestaba descontento por el tiempo que permanecía ante el espejo se decide que ella registraría el tiempo que pasa en esta ocupación.

OBJETIVO 2: INDECISIÓN SOBRE SU FUTURO PROFESIONAL Y POSIBLE CAMBIO DE TRABAJO (PRODUCTIVIDAD)

Objetivos propuestos:

- Tener información concreta sobre 2-3 posibilidades vocacionales.
- Posibilitar el conocer otros trabajos a través de trabajo voluntario, y de conocer los programas vocacionales y académicos.

PLAN DE ACCIÓN:

- Participará en la elaboración de baterías vocacionales y en pruebas de aptitud. Así ganará información sobre el mundo laboral y sus deseos.
- Para trabajar con su pensamiento carente de equilibrio se introducirán técnicas cognitivas en la realización de ocupaciones.

OBJETIVO 3. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES SOCIALES Y FÍSICAS

Objetivos propuestos:

- Identificar dos ocupaciones de recreación que ella desea incorporar.

PLAN DE ACCIÓN:

- Allison rellenará un "*Pie of life*" y "*Leisure Needs and Interview Survey*". Después de identificar las ocupaciones significativas, se buscan los recursos en los centros de la comunidad y otros recursos.
- Allison decide participar en el grupo musical, donde participará en las actuaciones sociales del grupo musical. Se reutiliza su fortaleza para paliar su miedo a contactar con otros.

FASE 6. IMPLEMENTAR LOS PLANES A TRAVÉS DE LA OCUPACIÓN

El plan de acción se desarrolló, se utilizaron técnicas de rol play, parada de pensamientos y creatividad ante las situaciones estresantes. Allison participó en el grupo de estilo de vida saludable...

El proceso se centró en la ocupación propositiva. Se enfatizan con ella ocupaciones significativas de productividad y ocio.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Simó, S.; Urbanowski, R.

Originales: El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional II

Página 15 de 18

FASE 7. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación se realizó unas 4 semanas después. Se volvió a utilizar la C.O.P.M, para comparar la realización I/II y la satisfacción I/II.

Objetivo 1: Higiene personal.

Realización I	Realización II
1	6
Satisfacción I	Realización II
1	7
Mejora: 50 % en realización- 60% en satisfacción.	

“En realidad completé más de tres registros de pensamientos. Me ayudaron a comprender que era muy dura conmigo misma. Estaba sentada, haciendo nada y hablándome a mi misma sin intentar nada. El registro de pensamientos me dio confianza y motivación para realizar actividades que quería realizar. ¡Qué buen feedback fue ser activa de nuevo!”

Objetivo 2: Productividad.

Realización I	Realización II
2	4
Satisfacción I	Realización II
2	3
Mejora: 20 % en realización- 10% en satisfacción.	

“Me siento bien porque tengo mucho más claro lo que quiero hacer. Estoy segura que las ventas será algo que me gustará y en lo que seré buena. Voy a hacer algún trabajo voluntario para explorar distintas áreas de ventas. He llamado a mi antiguo colegio para hacer algún curso. Esto me pone nerviosa porque me

acuerdo de mis hermanos y de lo exitosos que eran en la escuela. Voy a continuar utilizando el registro de pensamientos”.

Objetivo 3: participación en actividades sociales.

Realización I	Realización II
2	6
Satisfacción I	Realización II
2	8
Mejora: 40 % en realización- 60% en satisfacción	

“El tocar la guitarra fue el origen de mucha ansiedad. Utilicé técnicas de relajación. Sentí que volvía a ser mi vieja yo de nuevo. Estoy muy contenta al volver a jugar a voley de nuevo. Esto me esta dando confianza de nuevo. El otro día fui a un partido. Había un montón de gente. Hubo un montón de diversión y la gente se quedó para charlar al final del partido. Creo que pronto haré amigos en la ciudad. Además voy a hacer kayak.

Recordé que uno de mis amigos de la banda vive en esta área, llamé a sus padres para ponerme en contacto con él. Ya no me queda tiempo para preocuparme sobre mi aspecto, ¡la gente tendrá que aceptarme cual tal soy!”

Después de terminar en Terapia Ocupacional, escribió esta nota:

“Siento no poder despedirme de ti, mi avión sale muy pronto. Quería darte las gracias, me mostraste cosas que tenía que ver, espero que todo lo que he aprendido no lo olvide y que jamás vuelva a sentirme como antes. El mensaje es haz y no pienses demasiado. De todos modos: gracias de nuevo. Te veo en la vida. Cuídate”.

Sinceramente Allison

Bibliografía

Fisher (1994). Assessment of Process and Motor Skills manual. Fort Collins: Colorado State University.

Forsyght, Salamy, Simon y Kielhofner, (1995). A user´s guide for the assessment of the Communication and Interactional skills. Chicago: The University of Chicago Illinois.

Knox, (1997). Development and current use of the Knox Pre-school Play Scale. En L.D. Parham y Fazio (editors), Play in occupational therapy for children. Saint Louis: Mosby.

Wilcock, Ann (1998). An occupational perspective of health. Thorofare: Slack.

Artículo recibido el día 12 Diciembre 2005
Artículo aceptado para su publicación* 25 Febrero 2006
*Previamente fueron enviados a los diferentes comités para su revisión