

MODELO CANADIENSE DE TERAPIA OCUPACIONAL A PROPOSITO DE TRES CASOS CLINICOS

OCCUPATIONAL THERAPY CANADIAN MODEL. THREE NEW CASES

Palabras clave: Práctica centrada en el cliente, Medio ambiente, Espiritualidad, Terapia ocupacional.

Keys words: Client-centred practice, Environment, Spirituality, Occupational Therapy.

DECS: Terapia no Dirigida, ambiente, Espiritualidad, Terapia ocupacional.

Mesh: Nondirective Therapy, Environment, Spirituality, Occupational Therapy



Autoras:

Dña. Rebeca Huerta Mareca

Terapeuta Ocupacional. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

Dña. Carmen Diaz-Mor Prieto

Terapeuta Ocupacional. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

Como citar este documento:

Huerta Mareca R, Díaz-Mor Prieto C. El Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional, a propósito de tres casos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [fecha de la consulta]; 5(8): [14 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso2.pdf>

Texto Recibido : 01/02/2008

Texto Aceptado: 30/06/2008

Introducción

Éste artículo tiene como finalidad subrayar como el modelo canadiense (Simó S. y Urbanoswski R., 2006), en rehabilitación física, es de especial utilidad, frente a otros modelos y registros, ya que su metodología y fines hacen que sea un instrumento práctico, de aplicación rápida y sencilla, contrastado, validado y fuente de información intrínseca del usuario.

Primero se hará una breve descripción del modelo y se detallaran los aspectos más relevantes del mismo.

En este modelo el paciente se implica desde la primera entrevista. En su desarrollo, hay otros aspectos que son importantes. El modelo se preocupa por "spirituality" (Unruh M., 2002) entendiendo la espiritualidad como los principios fundamentales de la persona, su moral.

RESUMEN

La Unidad de Rehabilitación física del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo cuenta con dos terapeutas ocupacionales y se atienden a pacientes adultos con patologías del miembro superior y a niños en la modalidad de Atención Temprana. Estos últimos acuden a dos sesiones semanales de tratamiento, mientras que los adultos lo hacen diariamente, de lunes a viernes- siendo el tratamiento mínimo de veinte sesiones. Todos los pacientes son derivados por el médico rehabilitador. El objetivo de éste artículo es revisar el modelo canadiense (Simó S. y Urbanowski, 2006) y aplicarlo a la práctica clínica en un marco de rehabilitación tradicional, en la que el paciente es derivado desde el centro de Salud por el médico de familia o desde el centro de especialidades, éste acepta la derivación y recibe el tratamiento sin conocer los objetivos de su recuperación. La metodología empleada se basa en la lectura y análisis de artículos científicos consultados en la base de datos de Medline y Cochrane (Canadian journal of occupational therapy 2001-2004) en los que se aplica el modelo canadiense, (Simó S. y Urbanowski R., 2006) además de seguir un modelo de práctica en unidades de rehabilitación con pacientes de demandas análogas. Según estas directrices, aplicamos el modelo en tres casos clínicos, valoración según modelo canadiense (Simó S y Urbanowski R., 2006), pacto de objetivos, desarrollo de programa, evaluación de resultados (Law M., 1998) y conclusiones.

SUMMARY

In the department of Physical Rehabilitation in the Xeral Calde Hospital of Lugo are two occupational therapists and are attended adults patients with pathologies of upper members and children in early attention. Children have two sessions every week and adults are attended every day from Monday to Friday, and at least during twenty sessions. The doctor of physical medicine derives every patient to the department. The aim of this article is make a revision of the Canadian model (Simó S. y Urbanowski, 2006) and carry it out to the clinic practice in a framework of traditional rehabilitation, the patient is derived from primary attention by the family doctor or specialized attention, this, accept the derivation and accept the treatment without knowing the aim of the process of rehabilitation. We follow a methodology based on reading and analysing the scientific articles (Canadian journal of occupational therapy 2001-2004), where the Canadian model is applied. Furthermore we follow a model of practice in the department of rehabilitation with patients with analogous demands. Following these guidelines, we apply the model in three clinic cases, evaluation under Canadian Model (Urbanowski R., 2006), aims negotiation, program development, results valuation (Law M., 1998), and conclusions.

El concepto de "spirituality" con dimensión religiosa (Whalley Hammell K., 2001) genera desacuerdos en la comunidad de terapeutas ocupacionales canadienses, ya que inmiscuirse en las creencias religiosas del paciente puede invadir la privacidad del mismo, así que lo definen como las propias convicciones personales.

BREVE RESUMEN DEL MODELO CANADIENSE (MORUNO P., 2003)

Entre 1983 y 1993 La Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional, en colaboración con el Ministerio de la Salud Nacional y el Bienestar Social, publica lo que posteriormente será el modelo canadiense de rendimiento ocupacional basado en una práctica centrada en el cliente y en el rendimiento ocupacional.

Esta es una guía detallada para la práctica clínica en la que no se desarrollan protocolos o directrices de actuación. Su intención es promover una práctica clínica basada en la reflexión aplicando la teoría a la práctica unido a la experiencia profesional.

Marco de referencia

El modelo canadiense de rendimiento ocupacional hace hincapié en las personas como seres espirituales, con capacidad para determinar, elegir y participar en ocupaciones en su entorno habitual. La espiritualidad de la que hablamos en este modelo no implica necesariamente sentimientos religiosos. A través de la consecución del equilibrio ocupacional, la persona puede expresarse y desarrollarse como ser único.

El punto de vista definido para el modelo es una visión holística (Polonio B., 2001) de la persona, considerada ésta en un todo que adquiere sentido en su relación con el entorno humano y no humano (Polonio B., 2001).

1. Entorno Humano y No humano.

El ambiente no humano comprende el entorno físico de los objetos y las ideas elaboradas por el hombre u ordenadas por el mismo. El entorno físico se compone de objetos y condiciones físicas. El ambiente no humano contribuye a dar sentido de seguridad, bienestar y posición a la persona dentro de un grupo o una comunidad.

El ambiente humano se refiere a los contextos grupales y culturales. Encontramos en el ambiente humano a los individuos (terapeuta y paciente) y a los grupos /familia, (compañeros, amigos, equipo, etc.). Junto a éstos, están las variables que comprenden la identidad de una persona. Los ambientes humanos comprenden también aquellos contextos elaborados u ordenados por las personas, como son el ambiente social y cultural.

Ambiente social: Como una matriz de personas con las cuales se relaciona una persona.

Ambiente cultural se refiere a las estructuras sociales, creencias, percepciones, valores, costumbres, normas y expectativas que son conocidas y compartidas por un grupo de personas, y que pasan de una generación a otra a través de la educación formal e informal.

Principios fundamentales del modelo

El concepto central del modelo canadiense es el rendimiento ocupacional. Lo definimos como el resultado de la relación dinámica que se establece a lo largo de la vida entre la persona, el entorno y la ocupación. Entendemos que un cambio en el equilibrio dinámico tiene como fruto cambios en el resto de los componentes que lo forman. El rendimiento ocupacional está asociado al desarrollo evolutivo de la persona, a la integridad del sustrato biológico y a los condicionantes del medio en que cada sujeto se desenvuelve.

Las dimensiones del rendimiento ocupacional son:

- Afectiva.-Comprende todas las funciones sociales y relacionales de la implicación en ocupaciones.
- Cognitiva.-Comprende todas las funciones intelectuales
- Física.-Comprende todas las funciones sensoriales, motoras y sensorio-motoras

En este modelo hay que tener en cuenta:

La ocupación: Ésta hace referencia al conjunto de actividades y tareas de la vida cotidiana al cual los individuos y las diferentes culturas dan un nombre, una estructura, un valor y un significado. La ocupación comprende todo aquello que hace una persona para cuidar de ella misma, divertirse y contribuir a la construcción social y económica de la colectividad .Nos permite descubrir como la persona organiza el día en día, qué actividades son prioritarias, qué rol desempeña en su familia, en la sociedad, cuáles son sus inquietudes personales y culturales, y favorece el sentimiento de control de la realidad, ya que expresa sus necesidades.

El entorno: Se define como los contextos y situaciones que se manifiestan en el exterior de individuo y que suscitan respuestas de su parte. El modelo clasifica el entorno respecto a atributos culturales, institucionales, físicos y

sociales. El paciente es el principal protagonista del modelo, el terapeuta ayuda a definir las necesidades del cliente en materia de rendimiento ocupacional, a planificar de forma conjunta los objetivos, a seguir teniendo en cuenta sus opiniones y aportarle la información necesaria para realizar sus elecciones personales.

El abordaje terapéutico se efectúa a través de una secuencia de etapas a demanda, seguido de una evaluación, planificación de un programa, intervención del alta, seguimiento y evaluación de los resultados del tratamiento:

1. Definición, validación, y ordenación según prioridades, de las dificultades en materia de rendimiento ocupacional.
2. Selección de abordajes teóricos.
3. Determinación de las dimensiones de rendimiento ocupacional y de las condiciones ambientales.
4. Determinación de las capacidades y potencialidades del usuario y del terapeuta ocupacional.
5. Negociación de los resultados diana (objetivos prioritarios) y elaboración de planes de intervención.
6. Desarrollo del plan de intervención
7. Evaluación de los resultados del usuario, que incluye una escala de satisfacción de los logros obtenidos. Para cada uno de los objetivos pactados el usuario puntúa tanto en rendimiento como en satisfacción del 1 al 10, siendo 1 cuando no es capaz de realizar la actividad y 10 cuando lo realiza perfectamente. En lo relativo a satisfacción: 1 significa que no le satisface nada y 10 que está completamente satisfecho según el C.O.P.M. (Canadian Occupational Performance Measure) (Law M. y otros, 1998)

CASOS PRACTICOS¹

Primer Caso:

En el primer caso, Pedro tiene 63 años, está jubilado como albañil. Sufrió un accidente cerebro-vascular a consecuencia de una estenosis en la carótida, con antecedentes de hipertensión arterial. Por todo ello actualmente padece una hemiparesia izquierda.

En la primera entrevista informal a la que asiste Pedro acompañado de su esposa se le pide que ponga de manifiesto, cuáles son sus preocupaciones, necesidades e intereses. La esposa responde a todas las preguntas, explica que no camina y que no hace absolutamente ninguna de las actividades de la vida diaria. A Pedro no le deja intervenir en ningún momento.

Este tipo de reacciones son típicas en la cultura de este grupo de edad en la que nos movemos. Las mujeres dan por asumido que tienen la obligación de hacer las tareas de auto-cuidado de sus familiares enfermos, y además los varones creen que son ellas las que tienen la obligación de hacer estas tareas. Los terapeutas deben tener en cuenta este entorno cultural (O'Brien P., 2002). Se eligió abordar este caso desde el modelo canadiense como método de trabajo, ya que resulta imprescindible un compromiso por parte de la persona y del familiar. Sobre todo del familiar. Se le pide a Pedro que enumere actividades que le gustaría recuperar. Señala como objetivos el baño, el uso del retrete y el vestido. Se siguen las pautas del modelo canadiense y también se utiliza la evaluación Barthel, que sirve como registro más específico.

Se identifican los componentes de actuación y las condiciones ambientales, en este caso se hace un estudio detallado del cuarto de baño y del dormitorio, se le dan indicaciones para colocar unas barras para el baño, para facilitar las

¹ Los tres nombres de persona con los que denominaremos a los casos prácticos, son nombres ficticios.

transferencias. A su esposa se le explica que debe apoyarlo, pero que aunque sea muy duro, debe ayudarlo estando vigilante y no realizando la tarea.

Es una persona de carácter amable, que sigue con agrado las instrucciones que se le proporcionan. Posee además una situación económica saneada que le permite hacer reformas en la casa. En el miembro superior izquierdo presenta buena destreza pero él afirma que no tiene fuerza.

El mayor problema es su esposa que aunque asegura comprender las indicaciones, en numerosas ocasiones sigue realizando estas tareas.

Negociamos los objetivos y desarrollamos planes de acción. El primer objetivo es acceder al retrete de forma independiente y realizar la higiene íntima. Para ello damos instrucciones para realizar transferencia en el departamento y se diseña la colocación de barras. El segundo objetivo de Pedro es realizar el vestido de forma independiente. Con este fin planificamos por etapas la ejecución del vestido, y además se le muestran actividades para mejorar la destreza del miembro superior. Considera como tercer objetivo realizar el baño de manera independiente. Para ello la intervención se hará en la modificación del entorno, trabajo de transferencia y estimulación de la sensibilidad del brazo izquierdo para discriminar la temperatura del agua.

Para conseguir la implementación de estos objetivos, realizamos el entrenamiento en la sala de terapia ocupacional, (Willard and Spackman - Hopkins H. y Smith H., 1998) para hemiparesia del lado izquierdo. Se realizan también actividades para mejorar la destreza de los miembros superior para mejorar el auto cuidado.

Por ultimo se lleva a cabo la evaluación que se efectúa aproximadamente una vez al mes (ver tabla nº1).

OBJETIVOS	1ª E			2ª E	
	I	P	S	P	S
1. Acceder al inodoro e higiene íntima	10	1	3	6	6
2. Vestido	8	1	1	5	7
3. Aseo	8	1	1	6	5

Leyenda: P= performance desempeño, realización; S= satisfaction satisfacción; I= importance importancia; E= evaluación. Tabla nº1 Huerta Mareca R, Diaz-Mor Prieto C. 2008

Resultado de las puntuaciones:

$$P = 1^{\text{a}} \text{ Evaluación } 3/3 = 1 \qquad S = 5/3 = 1,7$$

$$P = 2^{\text{a}} \text{ Evaluación } 17/3 = 5,7 \qquad S = 18/3 = 3$$

Según el modelo canadiense (Simó S. y Urbanowski R. 2006) la intervención ha sido satisfactoria, ya que ha mejorado a dos puntos de una a otra intervención.

Es muy importante tener en cuenta la cultura. En este caso el papel de la esposa es fundamental, ya que si no se negocian con ella los objetivos que se entrenan en el departamento, no se realizarían en el hogar.

Segundo Caso:

Miguel tiene 50 años, y es representante comercial. Tiene lesión medular C4 incompleta por fuerte traumatismo. Ingresa en la unidad de lesionados medulares. Su evolución es favorable y es remitido a la unidad de terapia ocupacional de su localidad. En el momento de llegada a la unidad es independiente en auto cuidado, manos funcionales, con trastornos en sensibilidad, y precisa reeducar la función manual, la mano izquierda es más espástica. Las directrices son claras: mejorar la funcionalidad de la mano, la sensibilidad y las actividades de autonomía personal. Se hace una evaluación desde un punto de vista biomecánico (Polonio B., 2004) y se plantea un tratamiento en función de los déficit, actividades que mejoren la destreza de la

mano y la sensibilidad. Se le da prioridad a las actividades de destreza y sensibilidad.

Poco antes de la revisión, en una charla informal, el paciente manifiesta desencanto, considera que no se ha hecho nada por él, que no le han puesto ningún tratamiento. Además manifiesta que no tiene fuerza, siente que no es capaz de defenderse ante un ataque, (comenta que le han atracado en el pasado varias veces, y supo defenderse), le asusta que si le ocurriera ahora no sería capaz de hacerlo. También nos cuenta que le gustan los deportes de contacto. Se siente muy limitado en su vida diaria.

El partir de un modelo biomecánico (Polonio B., 2004) nos ha dificultado establecer una relación de confianza en la que la persona nos cuente cuales son sus miedos y por lo tanto sus preocupaciones, valorar su entorno. Nos demuestra que hemos omitido mucha información y que necesitamos comprobar cuáles son sus principales necesidades, el modelo canadiense nos habría permitido obtener esa información y juntos marcar objetivos, implicarlo en su proceso y que no se sintiera sujeto pasivo.

Tercer Caso:

El caso que vamos a llamar Ana se trata de una niña que en la actualidad tiene 12 años y 7 meses, escolarizada desde los 6 años en Colombia, aunque lleva un retraso de 3 cursos con respecto a los niños de su misma edad cronológica. Le gusta ir al colegio. Ana padece una enfermedad congénita, mielomeningocele e intervenida a los dos días de nacimiento. Padece hidrocefalia, que se interviene a los 22 días de nacer, colocándole una válvula de derivación peritoneal. Con vejiga neurógena, usa pañal y sonda vesical para el total vaciado de la vejiga y toma furantoina para evitar infecciones de orina. El cuadro clínico que presenta es de paraplejia L3-L4, escoliosis (giba dorsal derecha) -en lista de espera para intervención-, hiperlordosis lumbar, crisis comiciales hasta el año 2004, está

medicada con Valproato (Depakine^R solución) y en la actualidad no ha presentado crisis.

Antecedentes Familiares:

La madre tiene 32 años y es su sexto embarazo. Refiere que el embarazo fue especialmente malo y se sintió mal desde el primer mes. Otras características: Embarazo a término, nacimiento eutócico y lactancia materna.

Usa silla de ruedas no sólo debido a la paraplejia, sino también a la rotación de pies por la posición que adquirió con una silla tipo de paraguas con respaldo y asiento blando sin apoya-piés. Vive en un segundo piso sin ascensor. No tiene silla adaptada.

Antecedentes sociales:

Esta niña nace en Colombia en una familia de recursos medio-bajos (O'Brien P., 2002), de hecho la madre tiene que emigrar a España para mejorar su estatus económico. Se establece en España y consigue la nacionalidad. Cuando considera que está en una situación económica más favorable, decide traer a Ana a España a finales del 2004. Por esta época se pone en contacto con atención temprana y se inicia el proceso de rehabilitación en Julio de 2005.

Después de la entrevista personal y recogida de datos de otras fuentes procedemos a denominar y priorizar los temas ocupacionales, utilizando para ello el COPM (Canadian Occupational Performance Model) (Simó S. y Urbanowski R., 2006). Hablando con la madre de Ana y con la niña nos manifiestan sus preocupaciones y preferencias. A Ana le gustaría peinarse sola para hacerse peinados divertidos e ir a su gusto. A su madre le gustaría que tuviera mas autonomía para que a ella le quedase más tiempo libre para poder atender a su trabajo. Dar nombre a aquellas cosas que le podían dar satisfacción le permitió a Ana darse cuenta de sus dificultades.

Para poder elegir las actividades y objetivos en los que vamos a trabajar, en este caso seleccionamos el enfoque teórico del desarrollo (Polonio López B. 2001).

Se identifican los componentes de actuación y las condiciones ambientales. Usamos la escala Barthel para auto-cuidado, y el listado de intereses para ocio y productividad (Romero D. y Moruno P., 2003). Lleva retraso de un curso en el colegio respecto a niños de su edad aunque esto no le preocupa y en la clase obtiene notas medias. Disfruta leyendo, dibujando y haciendo collares con bolitas de colores. No tiene grupo de amigos de iguales para poder hacer actividades comunes, aunque en el colegio le asignan una persona para que la acompañe y la introduzca en la clase.

Ana es una niña tenaz y preocupada por su imagen corporal, lo que le va a ayudar a conseguir mejorar su auto cuidado. Los recursos que tiene a su alcance, en el momento de la intervención, es un colegio adaptado sin barreras arquitectónicas y con cuidador.

Se pactan los objetivos terapéuticos con Ana y su madre, a pesar de que entran en un conflicto de intereses por el grado de importancia en cada objetivo, se consigue establecer una jerarquía en los mismos (ver tabla nº2).

Objetivos	I	P
1 Comer sola	10	1
2 Vestirse	9	1
3 Transferencias silla-cama	9	1
4 Peinarse	9	1
5 Ir al cuarto de baño, usar el inodoro y limpiarse sola	7	1

Leyenda: **I:** importancia. En una escala de 1 (escasa importancia) a 10 (muy importantes) **P:** realización (Performance) o desempeño. Escala de 1 (no lo realiza) a 10 (consigue realizar la actividad con total independencia). Tabla nº2 Huerta Mareca R, Díaz-Mor Prieto C. 2008

Para conseguir los objetivos establecidos se le entrena en el departamento de terapia ocupacional una hora a la semana, con una revisión de objetivos al mes. Como herramienta terapéutica utilizamos actividades lúdicas; hacer menús con comida de juguete, cortando y pinchando con plastilina y usando cubiertos sin adaptar. Para la cuchara se usan líquidos de diferente densidad y colores,

además de legumbres secas, etc (Hopkins H.L. y Smith H.D., 1998). También se recurre a actividades en colchoneta. El objetivo número 5 no se entrenó directamente en el departamento. Se les dieron directrices a la niña y a su madre. Trabajaban en casa y se analizaban las dificultades y su posible solución.

Se evalúan los resultados a partir de COPM (Canadian Occupational Performance Measure (Law M., 1998) (ver tabla nº3 y 4)

OBJETIVOS	1ª Evaluación			2ª Evaluación	
	I	P	S	P	S
1 Comer sola	9	1	3	7	7
2 Vestirse	8	1	2	6	8
3 Transferencias silla-cama	8	1	3	5	6
4 Peinarse	8	1	1	7	8
5 Ir al cuarto de baño, usar el inodoro y asearse	7	1	4	5	6

Leyenda: **I**: importancia, **P**: realización o desempeño (Performance), **S**: satisfacción. Tabla nº3 Huerta Mareca R, Diaz-Mor Prieto C. 2008

En la 1ª Evaluación:	Realización (performance): $6/5 = 1,2$ Satisfacción: $13/5 = 2,6$	En la 2ª Evaluación:	Realización (performance): $30/5 = 6$ Satisfacción: $35/5 = 7$
----------------------	--	----------------------	---

Tabla nº4 Huerta Mareca R, Diaz-Mor Prieto C. 2008

Interpretamos los resultados de la siguiente forma: En la primera evaluación no conseguía los objetivos y no se sentía conforme. En la segunda vemos claramente que es más independiente y ella se siente más satisfecha.

El proceso de rehabilitación continúa, estableciéndose nuevos objetivos en terapia ocupacional, además de solicitar la intervención de la trabajadora social de área para la adaptación del domicilio o el traslado a otro que reúna las condiciones necesarias sin barreras arquitectónicas.

El trabajar desde el modelo canadiense en éste caso nos ha permitido un trabajo de campo con la participación activa de la usuaria, sabiendo ésta en todo momento qué se esperaba de ella y evaluando desde si misma sus progresos.

CONCLUSIONES

En estos casos en los que hemos aplicado el modelo canadiense el resultado ha sido satisfactorio. Existen otros caminos que no hemos explorado y siempre nos quedará la duda de si llegaríamos a las mismas conclusiones.

El propio modelo nos sirvió para establecer el contrato terapéutico, de esta manera la persona "se hace cargo" de su rehabilitación, sabiendo lo que se espera por su parte. Al establecer los objetivos en el contrato terapéutico, sabe donde puede llegar, como la luz al final del túnel.

El conocer los valores y deseos de las personas nos facilita acceder a su intimidad haciéndonos participes de su vida privada. La persona es considerada como un ser único y no sólo una patología, de ésta manera se favorece la relación terapéutica.

Bibliografía

- Hopkins HL, Smith HD. Willard/Spackman, terapia ocupacional. 10 ed. Madrid: Panamericana; 1998.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure. Ottawa-Ontario: CAOT; 1998.
- O'Brien P, Dyck I, Caron S, Mortenson P. Environmental análisis: Insights from sociological and geographical perspectives. Can J Occup Ther, 2002; 69 (4): 229-38.
- Polonio López B. Terapia ocupacional en discapacitados físicos. Ed 1ª. Madrid: Panamericana; 2004.
- Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Ed 1ª. Madrid: Panamericana; 2001.
- Romero Ayuso D, Moreno Miralles P. Terapia ocupacional, teoría y técnicas. Ed 1ª. Barcelona: Masson; 2003.
- Simó S, Urbanowski R. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I-II. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [-01/01/08-]; 3 (1): [27 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7/pdfs>
- Unruh AM, Vernsel J, Kerr N. Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution. Can J Occup Ther, 2002; 69 (4): 5-19
- Whalley Hammell K. Intrinsicity: Reconsidering spirituality, meaning(s) and mandates. Can J Occup Ther, 2001 68, (3): 186-194.