

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2018

Adaptación ocupacional en personas con artritis reumatoidea

Bidart, Gabriela

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

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/279>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Adaptación ocupacional en personas con Artritis Reumatoidea



*Tesis de grado presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y
Trabajo Social para optar al título de
Licenciada en Terapia Ocupacional.*

Autoras:

Gabriela Bidart

Andrea Guerra

Marcela Trubiano

MAR DEL PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

AGOSTO 2018

DIRECCIÓN:

NOMBRE Y APELLIDO Silvia Edith Cunietti

GRADO ACADÉMICO Lic. Terapia Ocupacional

CODIRECCIÓN:

NOMBRE Y APELLIDO Claudia Margarita Miranda

GRADO ACADÉMICO Mg. Lic. en Terapia Ocupacional

ASESORA METODOLÓGICO

NOMBRE Y APELLIDO Deisy Krzemien

GRADO ACADÉMICO Dra. en Psicología

TESISTAS:

Gabriela Bidart

Andrea Guerra

Marcela Trubiano

Agradecimientos:

Agradecemos a todas aquellas personas que formaron parte de nuestra investigación en nuestra tesis de grado, para optar el título de Licenciadas en terapia Ocupacional.

A nuestra Directora, Lic. En TO Silvia Cunietti y Co-directora, Mg Claudia Miranda, por sus aportes a nivel teórico, apoyo y acompañamiento a lo largo de nuestro trabajo. Y a nuestra Asesora Metodológica, Dra. En Psicología, Deisy Krzemien, por su rigurosidad metodológica, su compromiso, responsabilidad y apoyo constante hacia nosotras y la investigación.

Damos gracias también a la Lic. en TO Ofelia Xifra, que con tanta humildad, amabilidad y predisposición nos recibió y brindó la población de estudio solicitada.

Fundamentalmente a las mujeres que formaron parte de nuestra investigación, por su participación y buena predisposición en la investigación, lo cual sin ellas no hubiera sido posible realizarla.

Gabriela: Se lo dedico a mis padres por el esfuerzo y sostén a lo largo de los años. A mi familia y amigos por el apoyo de siempre, a mis amores Omar Y Agustina por la paciencia, contención y alentarme a no bajar los brazos. A mis padrinos por creer siempre en mí y acompañarme desde donde estén...A mis compañeras de tesis Andrea y Marcela por el aguante en esta última etapa.

“Lo único imposible, es aquello que no intentas...”

¡A todos... GRACIAS TOTALES!!!

Andrea: Se lo dedico a mi familia, mis hijas María Eugenia y María Emilia y mi compañero Juan Manuel, por entenderme y acompañarme en este camino que es la finalización de una etapa y el comienzo de otra... A mi papá Juan Carlos, que desde donde esté, él fue parte de mis sueños y proyectos, un gran motivador, ejemplo de vida y te llevo siempre en mi corazón...A mi suegra Graciela por alentarme a retomar mis estudios, enseñarme que nunca es tarde y por tanto amor ...A mi suegro Omar siempre al pie del cañón... Agradecer a mis amigas que las he encontrado a lo largo de esta carrera maravillosa, siempre con palabras de apoyo y cariño...A mis amigas y compañeras de tesis Marcela y Gabriela, por la contención, el aguante y el cariño de siempre...y recordar que...

“Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida. Detrás de cada logro, hay otro desafío...”-
Madre Teresa de Calcuta.

Marcela: Se lo dedico a mis padres por ser mi sostén y pilares durante tantos años. A mi hijo Lautaro por su paciencia y por acompañarme constantemente en este proyecto tan importante para mí. A mi hermana por estar siempre a mi lado y alentarme para seguir adelante. A mis compañeras tesistas Andrea y Gabriela por compartir esta última etapa juntas, por los momentos y desafíos superados que nos llevaron a andar este largo camino hacia la finalización de nuestro sueño, la culminación de nuestros estudios.

“Cuando quieres realmente una cosa, todo el Universo conspira para ayudarte a conseguirla”-
Paulo Coelho

¡Gracias, simplemente gracias!!

INDICE

Introducción	9
 Presentación	
Tema.....	13
Problema.....	13
Hipótesis.....	14
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Estado Actual	16
 Marco Teórico	
 Capítulo 1: Modelo de Ocupación Humana	
Concepto Modelo de Ocupación Humana.....	23
 Capítulo 1.2: Conceptos básicos de la Ocupación Humana 24	
Volición.....	24
Habituaación.....	26
Capacidad de desempeño.....	27
Ambiente.....	27
 Capítulo 1.3: Dimensiones del quehacer 28	
Participación Ocupacional.....	28

Desempeño Ocupacional.....	29
Habilidades.....	29
Capítulo 1.4: Consecuencias del quehacer.....	30
Identidad Ocupacional.....	30
Competencia Ocupacional.....	30
Adaptación Ocupacional.....	31
Construcción de la vida ocupacional.....	31
Capítulo 1.5: Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional. (OPHI-II)	32
Capítulo 2: Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (AOTA).	
Generalidades del Marco de Trabajo.....	35
Dominio.....	37
Proceso.....	39
MOHO y el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional.....	41
Capítulo 3: Artritis Reumatoidea	
Concepto de Reumatismo.....	45
Concepto de Artritis Reumatoidea.....	45
Etiología.....	46
Patogenia.....	46
Formas de comienzo.....	48
Cuadro clínico.....	48

Principales síntomas.....	49
Manifestaciones articulares	50
Manifestaciones extraarticulares.....	53
Evolución y Pronóstico.....	55
Tratamiento.....	56
Intervención del Terapeuta Ocupacional en Artritis Reumatoidea.....	59
Evaluación.....	60
Objetivos.....	61
Educación.....	62
Equipamiento ortésico.....	64
Adaptaciones.....	65
Aspectos Metodológicos	
Definición operacional de variables.....	67
Dimensionamiento de la variable.....	68
Tipo de Diseño	73
Muestra	74
Técnicas de recolección de datos.....	75
Procedimiento de recolección de datos.....	78
Análisis de datos	79

Resultados	80
Discusión	108
Conclusiones	115
PARTE IV: ANEXO	
Instrumento Cuestionario Sociodemográfica.....	116
Consentimiento informado.....	117
Entrevista semiestructurada OPHI II.....	118
Instrumento OPHI-II.....	128
BIBLIOGRAFIA	144

Introducción

Esta investigación surge a partir de la inquietud de poder analizar y describir cuál es el grado de adaptación ocupacional de las personas que padecen Artritis Reumatoidea (AR), debido al desarrollo de la patología.

La AR es la enfermedad más habitual dentro de los reumatismos, conociendo que es una enfermedad multisistémica, crónica, de larga evolución y caracterizada por períodos de remisión y exacerbación.

Debido a que la mayoría de estas enfermedades se inician en la juventud o en la vida media de la persona ocasionan a lo largo de su vida diversas dificultades en la participación y desempeño ocupacional y esto conlleva a cambios de hábitos, volitivos, ambientales, donde la persona logrará o no la adaptación ocupacional.

Como sucede en cualquier enfermedad crónica, la AR supone un cambio en la forma en que el individuo se relaciona, tanto consigo mismo como con los de su ambiente del que forma parte y en los que desarrolla su vida cotidiana. Las limitaciones funcionales y deformidades producidas por los procesos inflamatorios se hacen evidentes después de los cinco años de iniciada la enfermedad. Estas alteraciones son el resultado final de un proceso que comienza con la erosión progresiva del cartílago articular y del hueso, por lo tanto, requiere un intenso proceso adaptativo por parte del paciente, así como de su entorno más íntimo.

La enfermedad representa una considerable amenaza a la estabilidad física y emocional del paciente, poniéndose a prueba en forma continua la autoestima, autoeficacia, e incluso la identidad y roles del sujeto.

Las patologías reumáticas representan un alto porcentaje en consultorios o Centros de atención especializados. La Terapeuta Ocupacional (TO) ocupa un lugar imprescindible como

parte de un equipo multidisciplinario, encargado del tratamiento de pacientes con AR y tiene como objetivo estudiar la ocupación humana en las áreas de autocuidado, actividades instrumentales, educación, descanso y sueño, productividad, participación social y tiempo libre u ocio, así como los componentes y las conductas necesarias para la ejecución que estas funciones requieren, teniéndose en consideración las limitaciones impuestas por la patología.

La participación implica ser parte de algo, intervenir o compartir en un proceso, denota decisión y/ o acción de la persona en el ámbito de situaciones reales de vida y en los contextos que son habituales. Participar hace referencia a la confrontación de las actividades diarias y el entorno que ajusta el logro de las ocupaciones valoradas.

De Las Heras expone que la participación repetida lleva por resultado a la adaptación ocupacional y mediante está, el individuo puede desarrollar sus componentes de identidad y competencia ocupacional. Para lograr la adaptación ocupacional es necesario que el ser humano reconozca y actualice su identidad ocupacional y su competencia con respecto al ambiente que lo rodea.

Es a partir del conocimiento del Modelo de Ocupación Humana (MOHO), específico de Terapia Ocupacional, que se origina nuestro interés en medir y analizar la adaptación ocupacional de personas que padecen AR en la ciudad de Mar Del Plata.

El MOHO se basa en la creencia de que la ocupación es crucial para el individuo, comprendiendo al ser humano como un sistema abierto y dinámico, teniendo en cuenta la importancia del comportamiento ocupacional como un proceso organizador, siempre en desarrollo, que interactúa con el contexto en todo momento a través de la ocupación. Por lo tanto, es conveniente comprender la historia del sujeto, porque esa historia ha conformado a esa persona y creado una trayectoria continua de la vida en la cual está ubicada.

Según el MOHO la participación ocupacional se refiere a la participación en el trabajo, el juego o las actividades de la vida diaria que son parte del contexto sociocultural propio y que son deseadas o necesarias para el bienestar personal. La participación ocupacional implica hacer cosas con significado personal y social. (Kielhoffner, 2008)

Entendiendo la ocupación como aquellas actividades de la vida diaria organizadas y dotadas de valor y significatividad por el sujeto y la cultura en la que se incluye; Es todo aquello que el ser humano realiza para ocuparse a sí mismo, incluyendo el cuidado de otros, las actividades de ocio, así como el trabajo o cualquier actividad productiva que permita contribuir al mantenimiento y crecimiento en su entorno.

Es a través de la búsqueda y lectura de las diferentes herramientas de evaluación del MOHO, consideramos que la OPHI II (Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional- Segunda versión) permite recoger información acerca de la adaptación ocupacional de la persona.

Como complemento del Modelo de Ocupación Humana es importante tener en cuenta los aportes y actualizaciones realizadas por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en su última publicación del Marco de Trabajo. El mismo fue desarrollado para articular la contribución de la Terapia Ocupacional en la promoción de la salud y la participación de las personas, organizaciones y poblaciones hacia un compromiso con la ocupación. Este documento de la AOTA se divide en dos secciones: dominio y proceso de la terapia ocupacional, estas conducen a los profesionales de la terapia Ocupacional a enfocarse en el desempeño de las ocupaciones que resultan de la interacción dinámica de la persona, el contexto y las ocupaciones. Teniendo en cuenta que para el Marco de Trabajo el término ocupación, incluye: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio o tiempo libre y participación social. (Álvarez et al.,2010).

Como futuras terapistas ocupacionales debemos fomentar la participación ocupacional significativa, por medio de la aplicación de recursos terapéuticos específicos de nuestra disciplina, para lograr la reconstrucción de la adaptación ocupacional en personas con AR.

Basándonos en el Modelo de Ocupación Humana creemos que la Terapia Ocupacional es la profesión de la salud que promueve el proceso de cambio y reconoce a la persona como agente facilitador del mismo. Centrarse en la vida ocupacional de la persona significa facilitar el desarrollo de una participación ocupacional relevante y significativa, además de proveer un proceso de construcción de la narrativa ocupacional que le brinde oportunidades para lograr sus metas personales y para negociar con las restricciones ambientales que se presenten. También se busca desarrollar el sentido de control y confianza en el desempeño propio para promover el proceso de la identidad y competencia ocupacionales.

Para finalizar compartimos el concepto de Terapia Ocupacional según Carmen De Las Heras donde define:

“Terapia Ocupacional es una disciplina que trabaja en conjunto con las personas y colectivos que presentan o no discapacidad y con sus ambientes social y físico facilitando su autodeterminación y competencia en la participación y desempeño en diferentes roles y actividades significativas del día a día, con el fin de que logren reafirmar, incrementar, mantener, reorganizar o reconstruir sus vidas ocupacionales satisfactorias en forma digna, potenciando así su bienestar y calidad de vida.” (De Las Heras de Pablo, 2015).

Tema

Adaptación ocupacional en personas con Artritis Reumatoidea.

Problema

¿Cuál es el grado de adaptación ocupacional en personas con Artritis Reumatoidea con una evolución mínima de cinco años de la enfermedad?

Hipótesis

Las hipótesis básicas de este trabajo suponen que:

- 1- Existirá, un mayor grado de afectación en las tres subescalas (identidad, competencia ocupacional y ambientes de comportamiento ocupacional) de la adaptación ocupacional, a mayor tiempo de evolución de la enfermedad en personas con AR.
- 2- Existirá un aumento de cambios desfavorables en el grado de adaptación ocupacional en las cinco áreas temáticas: elecciones de actividad/ ocupacionales, eventos de vida crítico, rutina diaria, roles ocupacionales y contextos ocupacionales (entorno) en función del tiempo de evolución de la enfermedad en personas con AR.
- 3- Se observará en las tres subescalas (identidad, competencia y ambientes de comportamiento ocupacional) de la adaptación ocupacional, un mayor grado de limitaciones y un menor grado de potencialidades ocupacionales en personas con AR.
- 4- Las personas con AR que tengan un ambiente físico y social más favorable exhibirán mayor nivel de adaptación ocupacional.

Objetivo general

Describir y analizar el grado de adaptación ocupacional que presentan las personas con Artritis Reumatoidea con una evolución mínima de cinco años de la enfermedad.

Objetivos específicos

- Determinar el grado de adaptación ocupacional de la muestra en cada reactivo de las tres subescalas: 1. Identidad Ocupacional, 2. Competencia Ocupacional y 3. Ambientes de Comportamiento Ocupacional, según el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Indagar sobre la adaptación ocupacional en relación con las cinco áreas temáticas, elecciones de actividad/ocupacionales, eventos de vida críticos, rutina diaria, roles ocupacionales y contextos ocupacionales(entorno), según el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Conocer las potencialidades y limitaciones ocupacionales en las tres subescalas de la adaptación ocupacional.
- Identificar la influencia del ambiente físico y social en la generación de oportunidades y presiones en la adaptación ocupacional.

Estado Actual

Realizamos la búsqueda bibliográfica inicial exhaustiva a través de distintas fuentes en nuestra ciudad: Biblioteca Central de la Universidad de Mar del Plata, Biblioteca de la Facultad de Cs. De la Salud y Trabajo Social y la Biblioteca del Centro Médico de esta ciudad, se rastrearon los mismos conceptos a nivel nacional e internacional, permitiendo búsquedas de investigaciones de distintas disciplinas relacionadas con la salud humana, el cual no arrojó datos positivos y no se ha hallado antecedentes del tema en cuestión.

Se realizó un rastreo bibliográfico en distintas bases de datos como MEDLINE, SCIELO, LILACS, PUB MED, DIALNET, SECYT, SAGE PUBLICATION, SCOPUS y OTSEEKER.

Específicamente para el modelo de Ocupación Humana, continuamos con el Clearinghouse del MOHO de la Universidad de Illinois en Chicago, mediante el mismo hemos buscado evidencias científicas referidas a nuestro tema a investigar y adquirido el instrumento de evaluación OPHI-II, donde clarifica que la OPHI-II está basada en conceptos del Modelo de Ocupación Humana, que se enfoca en la motivación, desempeño y organización de la adaptación ocupacional pasada y presente en la vida diaria de la persona.

También nos comunicamos por medios electrónicos con Carmen Gloria de las Heras (Nacionalidad Chilena), referente latinoamericana del Modelo, quien nos ha aportado clarificación, señalamientos y sugerencias sobre la terminología actualizada en el MOHO. Nos ha esclarecido en cuanto al OPHI-II, sobre la puntuación de las escalas, donde habla de cuatro niveles de función ocupacional, que en la actualidad este término equivale al término adaptación y participación ocupacional en la nueva edición del MOHO.

En estas fuentes consultadas no hallamos ningún estudio que reúna la temática de nuestra investigación: utilización de la entrevista histórica del desempeño ocupacional (OPHI-II) en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR).

Investigamos en revistas especializadas, tesis y trabajos de investigación. En la Revista Argentina de Reumatología de la Sociedad Argentina de Reumatología, la exploración en su buscador no arrojó resultados, introduciendo MOHO y Modelo de ocupación humana al 15 de abril de 2017.

En la revista Chilena de Terapia Ocupacional, en noviembre del 2005, los autores Allan, N; Wachholtz, D; Valdés, A. publican un estudio que se titula “Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados” el cual tiene como objetivo comprender cómo el proceso de jubilación influye en el desempeño ocupacional de los adultos mayores recientemente jubilados, se indaga entre otros conceptos, el de ocupación para poder asociar el desempeño ocupacional que adoptan los jubilados en las diversas áreas de desempeño (Actividades de la Vida Diaria, Productividad y Esparcimiento) desde el enfoque del Modelo de Ocupación Humana. Para identificar esta correlación fueron efectuadas entrevistas en profundidad a participantes de ambos sexos, utilizando un instrumento de evaluación creado a partir del OPHI-II. Los resultados obtenidos permiten observar que el proceso de jubilación no provocaría un desequilibrio ocupacional y que estos individuos lograrían adaptarse a dicho proceso, creando una nueva estructura en sus vidas y permitiéndoles alcanzar el nivel de competencia en las distintas ocupaciones en las que se involucran. Este estudio pretende ser un aporte, desde la Ciencia de la Ocupación y lograr para este grupo de individuos la orientación a promover la salud y el bienestar.

Otro de los aportes más significativos que avala los fundamentos filosóficos de la Terapia Ocupacional, expresados por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional es el siguiente:

“El hombre es un ser activo, cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad propositiva. Utilizando su capacidad para la motivación intrínseca el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica y sobre su entorno físico y social a través de la actividad propositiva. La vida humana es un proceso de continua adaptación. La adaptación es un cambio

en la función que promueve la supervivencia y la puesta al día. Existen factores biológicos, psicológicos y ambientales que pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento del ciclo vital, causando una disfunción. La actividad propositiva facilita el proceso adaptativo. La Terapia Ocupacional está basada en la creencia de que la actividad propositiva (ocupación), incluyendo sus componentes interpersonales y ambientales, puede utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y para promover el máximo nivel posible de adaptación.” “El MOHO señala que los ciclos adaptativos conducen a la Función Ocupacional, que se da cuando el individuo satisface las necesidades propias y las expectativas del entorno. Los ciclos desadaptativos generan un estado de Disfunción Ocupacional, que se da cuando las expectativas sociales y las necesidades propias de exploración y dominio no son satisfechas”.

El modelo propone un continuo que va del logro, la competencia y la exploración como elementos de funcionamiento adaptativo, a la ineficacia, incompetencia e impotencia dentro del funcionamiento desadaptativo.

Según G. Kielhofner, el ser competente es un motivo universal, energizado por el deseo de ser reconocido por nuestros pares como una persona adecuada. El ser competente significa adecuarse a las demandas de una circunstancia o tarea. La meta u objetivo de la competencia, es ser capaz de relacionarse de manera efectiva con el ambiente y mejorar o moldearse uno mismo y sus propias habilidades para el desempeño de acuerdo con el feedback recibido.

En el artículo de Lee, S. W., Taylor, R., Kielhofner, G., & Fisher, G. (2008). Theory use in practice: A national survey of therapists who use the Model of Human Occupation and *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 106–117 January/February 2008, Volume 62, Number 1 se releva un estudio realizado a Terapeutas que utilizan el Modelo de Ocupación Humana. Se tomó una muestra aleatoria sistemática de 1.000 Terapeutas y se les consultó en cuanto a las teorías que utilizan en su práctica. Aquellos que utilizan el MOHO, (430) se les envió un cuestionario detallado, de los cuales respondieron 259 terapeutas. Más del 80 % de

los encuestados indicó que utilizan MOHO en su práctica al menos en algún momento y lo utilizan como un enfoque holístico en cuanto a la ocupación, centrada en el cliente y basada en la evidencia práctica. A su vez, los conceptos del MOHO le resultaron útiles para la planificación y para su intervención en el tratamiento. El principal obstáculo mencionado para el uso de MOHO es la falta de conocimiento. Concluyeron que al ser más accesibles y disponibles los recursos a los Terapeutas, esto podría mejorar la utilización de los modelos conceptuales del MOHO.

En la misma investigación se señala que estudiosos contemporáneos en la terapia ocupacional están de acuerdo en que la ocupación debe ser el constructo central que subyace al campo y a su práctica citando los trabajos Christiansen, Baum y Haugen, 2004; Kielhofner, 2004; Wood, 1998; Yerxa, 1992.) Occupation focused. Alienta la práctica centrada en la ocupación, y no centrada en el deterioro, para permitir a los clientes darse cuenta de una participación significativa en las ocupaciones de su vida. (Christiansen, 1999; Clark, 1993; Kielhofner, 2002,2005; Ley de 1998; Townsend, 1997; Wilcock, 2001; Wood, 1998).

También se menciona que los profesionales de nivel inicial predominantemente utilizan las evaluaciones y realizan intervenciones orientadas a las deficiencias tradicionales y muestran solamente una tendencia modesta hacia el uso de las perspectivas de la ocupación.

Existe evidencia de que el modelo de ocupación humana (MOHO) es el modelo basado en la ocupación más ampliamente utilizado en los Estados Unidos y a nivel internacional. (Brown, Rodger, Brown y Roever, 2005; Haglund, Ekbladh, Thorell, y Hallberg, 2000; Ley y McColl, 1989; NBCOT, 2004; Wikeby, Lundgren, y Archenholtz, 2006).

Otro trabajo de investigación publicado en la revista Argentina de Reumatología, 2012; N°23 (1), realizado por los servicios de Reumatología del Hospital Dr. E. Tornú, Organización médica de investigación, Instituto de Rehabilitación Psicofísica. CABA. El objetivo fue valorar la relación de la productividad laboral con actividad de la enfermedad, capacidad funcional,

calidad de vida y daño radiológico en pacientes con artritis reumatoidea y se llegó a la conclusión de que los pacientes con A.R. que presentan menor capacidad funcional, menor calidad de vida, mayores niveles de actividad y mayor daño radiológico tienen mayor número de horas laborales perdidas (ausentismo) y mayor compromiso del rendimiento en el trabajo (presentismo). Los factores asociados a mayor compromiso del rendimiento laboral son la discapacidad funcional y la peor calidad de vida de estos pacientes. Cabe destacar que el 65% de la muestra de los pacientes había modificado sus tareas laborales debido a la enfermedad.

Otro trabajo de investigación publicado en 2014, por los autores Cruz, A; Arias, MI; Figueroa, K; Llavona, D; Rivera, A. en la revista *Terapia Ocupacional Galicia*, donde describen los factores que promueven la adaptación ocupacional en adultos mayores en Puerto Rico, en la investigación se utilizó un diseño no experimental de naturaleza descriptiva y exploratoria para investigar los factores protectivos de la ocupación y las variables sociodemográficas de la muestra utilizando los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico y de Participación Ocupacional y la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II, versión 2.1). La muestra consistió en 75 participantes de 60 años o más, residentes en Puerto Rico. Los resultados de la investigación contribuyen a identificar factores protectivos como el trabajo remunerativo, percepción positiva y constructivista hacia la vida, percepción de productividad, competencia y salud, la espiritualidad, el apoyo de parte del contexto físico y social que promueven la vida productiva, calidad de vida para conseguir y preservar la adaptación ocupacional. Por otro lado, existen factores de riesgo que limitan la ejecución y participación de los adultos mayores en ocupaciones significativas como el deterioro de la salud física/ mental, además de factores externos como la escasez de programas dirigidos hacia la promoción de la salud.

Esta investigación brindó la utilización de un instrumento centrado en el cliente cuya base surge de la profesión de Terapia Ocupacional y maximizar la vida de la población adulta. Para

lograr la adaptación ocupacional deseada, la profesión ofrece servicios a la población adulta, mediante los enfoques de intervención basados en la ocupación; la prevención de riesgos ocupacionales, la promoción de la salud y la modificación del contexto y las actividades. El Terapeuta ocupacional asume roles de educador y consultor en los que instruye al individuo para que identifique fortalezas y factores protectivos que desarrollen su adaptación ocupacional y alienta al individuo a participar activamente en su contexto comunitario significativo. En conclusión, la profesión promueve la adaptación ocupacional, de manera que las personas desarrollen destrezas de resiliencia para afrontar los continuos cambios de la vida, ser independientes y comprometerse en ocupaciones significativas.

Por último, un estudio publicado en la revista de Terapia Ocupacional de Galicia, en noviembre del año 2015 por los autores Otero, N; Santamaría Vázquez, M llamado “Influencia de los factores sociodemográficos en el desempeño ocupacional de personas con discapacidad física institucionalizadas”. Tiene como objetivo analizar el desempeño ocupacional de personas con discapacidad física institucionalizadas y ver si las variables sociodemográficas tales como género, los años de institucionalización, la causa de la discapacidad física y/ o el nivel de participación, repercuten en el desempeño ocupacional de éstas. La metodología de trabajo consiste en un estudio transversal de tipo descriptivo de enfoque cuantitativo llevado a cabo en el centro de atención a personas con discapacidad física de Ferrol. La muestra se compuso por 35 personas residentes, de las cuales se aplicó la parte cuantitativa de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional OPHI II, dentro del marco teórico del Modelo de Ocupación Humana (MOHO). Este instrumento ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en relación a la fiabilidad y validez interna como herramienta de valoración. La OPHI II consta de tres partes que incluye una entrevista semiestructurada relativa a la vida de la persona, un registro narrativo de la historia vital y una parte cuantitativa dividida en tres escalas de puntuación separada. Estas son la Escala de Identidad Ocupacional, la cual mide el

autoconocimiento volitivo, la Escala de Competencia Ocupacional cual valora la capacidad de la persona para mantener una participación ocupacional satisfactoria y una Escala de Ambientes de Comportamientos Ocupacional que mide el impacto del entorno físico y social en la vida ocupacional de una persona. El constructo desempeño ocupacional se ha calculado como sumatorio de la identidad ocupacional, la competencia ocupacional y contexto ocupacional. Se utilizó solo la parte cuantitativa del instrumento. Los resultados arrojados por este estudio especifican que se ha encontrado relación entre el género y el nivel de participación ocupacional, con respecto al desempeño ocupacional. Por otro lado, no hay relación entre los años de institucionalización y la causa de la discapacidad física con el desempeño ocupacional. En relación a la identidad ocupacional, se muestra correspondencia con el género, pero no con la causa de la discapacidad física y el nivel de participación ocupacional. Y, por último, el contexto ocupacional no guarda relación con ninguna de las variables de estudio. Las conclusiones del estudio son, que el desempeño ocupacional de personas físicas institucionalizadas se ve afectada por las variables de género y el nivel de participación ocupacional. Por otro lado, el número de años de institucionalización no influye en ninguno de los componentes de desempeño ocupacional.

Capítulo 1: Modelo de Ocupación Humana

Concepto Modelo de Ocupación Humana

El marco teórico elegido para sustentar esta investigación se basa en el modelo de ocupación humana (MOHO), desarrollado en Estados Unidos en la década de 1980, por el Dr. Gary Kielhofner.

“La visión del MOHO ha sido apoyar la práctica internacional centrada en la ocupación, la práctica centrada en el cliente, el enfoque integral, la práctica basada en la evidencia y una visión complementaria a la práctica basada en otros modelos de Terapia Ocupacional y en teorías interdisciplinarias". (Kielhofner, 2008, p.1).

El MOHO brinda una amplia gama de recursos (instrumentos de evaluación, ejemplos de casos, protocolos de intervención y programas) para ayudar a los terapeutas ocupacionales a relacionarse con un cliente o un grupo de clientes específicos a los que se les provee servicios.

Los conceptos que se plantean en el MOHO establecen que es el primer modelo contemporáneo en articular un enfoque centrado en la ocupación en la práctica, por lo que enfatiza la importancia de incorporar la perspectiva y los deseos del cliente al diseñar la terapia. El MOHO aborda a la ocupación teniendo en cuenta como se motiva la ocupación, que sucede cuando surgen impedimentos o limitaciones en la misma y fundamentalmente como la Terapia Ocupacional facilita la participación ocupacional que proveen significado y satisfacción para las personas y que apoyan el bienestar físico y emocional de los mismos (Kielhofner, 2008, p.3).

Los estudios de investigación publicados por el MOHO cumplen con la validez de los conceptos expuestos en el modelo, cumplen con los criterios de confiabilidad y validez de los

instrumentos de evaluación y permiten documentar el proceso y los resultados de las intervenciones.

Según el MOHO: “El concepto de Ocupación Humana se refiere a la realización de trabajo, juego o actividades de la vida diaria dentro de un contexto temporal, físico y sociocultural, que caracterizan la mayor parte de la vida del ser humano.” (Kielhofner, 2008, p. 5). Se plantea también que la ocupación comprende una amplia parte del hacer que ocurre en el contexto del tiempo, del espacio, la sociedad y la cultura. Todos los aspectos del quehacer del hombre, por qué y como lo hace, que piensa y sienten acerca de ello, deriva de la intersección de condiciones e influencias del tiempo, espacio, sociedad y cultura. (Kielhofner, 2008).

Capítulo 1.2:

Conceptos básicos de la ocupación humana

Según el MOHO los seres humanos se conceptualizan como formados de tres componentes básicos interrelacionados:

- Volición
- Habitación
- Capacidad de desempeño

Volición

Se refiere a la motivación por la ocupación. Los seres humanos tienen un sistema nervioso complejo que les proporciona una necesidad de actuar. Este deseo por la acción se manifiesta a través de la motivación por la ocupación.

Cada persona tiene pensamientos y sentimientos distintos acerca de las actividades que realiza y son fundamentales para la volición. Estos se centran en: la capacidad y efectividad personales; la importancia o el valor relacionados con lo que uno hace y el placer o satisfacción que uno experimenta al hacer las cosas. Los seres humanos quieren hacer las cosas que valoran, para las que se sienten competentes y las que encuentran satisfactorias.

En el MOHO, los sentimientos y pensamientos volitivos son la causalidad personal, valores e intereses.

La causalidad personal se refiere al propio sentido de capacidad y eficiencia. Los valores se refieren a lo que uno encuentra importante y significativo para hacer. Los intereses se refieren a lo que uno encuentra placentero o satisfactorio hacer. En la vida cotidiana estos sentimientos y pensamientos volitivos se hayan entrelazados. (Kielhofner, 2008).

La volición es un proceso continuo que ocurre a través del tiempo, a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones. La experiencia se refiere, a los pensamientos y sentimientos inmediatos que emergen desde lo íntimo del desempeño y en respuesta al desempeño. La interpretación se la define como la capacidad de evocar y reflexionar acerca del desempeño en términos del significado que tiene para uno mismo y su propio mundo. La anticipación considera siempre lo que podríamos estar haciendo en el futuro inmediato o distante, se define como el proceso de notar y reaccionar ante expectativas y potenciales de acción.

Las elecciones de actividad se definen como decisiones deliberadas a corto plazo para entrar y salir de las actividades ocupacionales. A pesar de que las elecciones de actividad requieren solo una deliberación breve, ellas determinan una gran parte de lo que realmente hacemos, por ejemplo, decidir ir a caminar por la mañana o almorzar con un amigo.

Estas elecciones ocupacionales se definen como compromisos deliberados para entrar en el rol ocupacional, adquirir un hábito nuevo o llevar a cabo un proyecto personal. Las elecciones de actividad y elecciones ocupacionales en forma conjunta determinan que tipos de desempeño ocupacional construyen nuestra vida diaria (Kielhofner, 2008).

Habitación

Se refiere al patrón de comportamiento semiautónomo que responde a contextos temporales, físicos y sociales conocidos. La habitación nos permite reconocer y responder a claves temporales, y marcos de tiempo, a mundos físicos conocidos y a las costumbres sociales y patrones que componen la cultura de cada persona. Al participar en ciertos comportamientos rutinarios, nos reafirmamos con una cierta identidad. Estos aspectos de la vida diaria rutinaria se despliegan automáticamente (Kielhofner, 2008).

Los hábitos son tendencias definidas y adquiridas para responder y desempeñarse de maneras específicas y constantes en ambientes o situaciones conocidas. Para que los hábitos se desarrollen se requiere que la acción se repita lo suficiente como para establecer un patrón y deben existir circunstancias ambientales habituales (Kielhofner, 2008.p16).

Nuestros patrones de acción también reflejan roles internalizados. Esto significa que nos comportamos de acuerdo a formas que hemos aprendido a asociar a un estatus social o identidad determinada. A través del proceso de socialización una persona adquiere roles que implican interactuar durante un largo periodo con definiciones y expectativas explícitas e implícitas del rol. Otros roles son definidos por la propia persona y se forman de la naturaleza interactiva y continua de tareas que requieren responsabilidad. Generalmente las personas tienen varios roles que ocupan los tiempos y espacios de la rutina. Tener un complemento de

roles proporciona un ritmo y un cambio entre diferentes identidades y modos de hacer (Kielhofner, 2008).

Capacidad de desempeño

La capacidad para hacer cosas depende de los sistemas músculos esqueléticos, neurológico, respiratorio, cardiovascular y otros que son utilizados cuando se participa en el mundo y las capacidades mentales tales como la memoria y la planificación. Desde el MOHO, la capacidad de desempeño se define como la capacidad de hacer cosas que proviene de la condición de componentes físicos y mentales subyacentes y de la experiencia subjetiva correspondiente. El modelo incorpora el concepto de cuerpo vivido, que se desprende del trabajo de filósofos que argumentan que el cuerpo debe ser comprendido como un lugar de experiencia. El abordaje subjetivo, permite conocer como la enfermedad o daño impactan en el desempeño de una persona (Kielhofner, 2008).

Ambiente

La ocupación se encuentra siempre en el ambiente, es influenciado y toma significado a través de su contexto físico y sociocultural. El entorno incluye los espacios que los seres humanos ocupan, los objetos que usan, personas con quienes interactúan y las posibilidades y significados del hacer que existen y forman parte en el colectivo humano.

La oportunidad, el apoyo, la demanda y las limitaciones que los aspectos físicos y sociales del ambiente ejercen sobre una persona en forma particular se denomina impacto ambiental. Este puede capacitar o incapacitar a una persona, constituyendo la dimensión crítica que apoya o interfiere en la ocupación (Kielhofner, 2008).

Capítulo 1.3:

Dimensiones del quehacer

Se puede describir el quehacer en la ocupación de las personas en tres niveles:

- Participación ocupacional
- Desempeño ocupacional
- Habilidad ocupacional

Participación Ocupacional

La participación se refiere al quehacer en el sentido más amplio. Involucra a la ocupación en el trabajo, el juego y las actividades que forman parte de la vida diaria. Según la OMS (2001) la participación implica a las personas tomando parte de la sociedad junto con sus experiencias dentro de los contextos de vida y que son deseadas o necesarias para el bienestar personal. No solo involucra el desempeño, sino también la experiencia subjetiva, por eso implica hacer cosas con sentido personal y social.

Cada área de la participación ocupacional involucra un conjunto de tareas relacionadas que uno realiza y es influenciada por: capacidad de desempeño, habituación, volición y condiciones ambientales. Por lo tanto, la participación ocupacional es personal y contextual. Personal debido a que los tipos de participación en los que una persona se involucra están influenciados por motivos, roles, hábitos, capacidades y limitaciones particulares del individuo y es contextual debido a que el entorno puede facilitar o restringir la participación ocupacional.

Una limitación ocupacional o discapacidad puede alterar, pero no restringir la participación ocupacional si existen los soportes adecuados (Kielhofner, 2008, p.102).

Desempeño Ocupacional

Se refiere a la realización de una forma ocupacional, debido a que la mayor parte del desempeño incluye actividades que son partes de las rutinas diarias, la habituación tiene una importante influencia en el desempeño al igual que el entorno. Los factores ambientales también son críticos en cuanto a si el desempeño es afectado por los impedimentos y cómo. Por ejemplo, los soportes ambientales o equipamientos adaptados sirven para facilitar que la persona complete una forma ocupacional a pesar de las limitaciones de la capacidad de desempeño (Kielhofner,2008).

Habilidades

Se definen como acciones observables y dirigidas a un objetivo que la persona usa cuando se desempeña, a diferencia de la capacidad de desempeño que se refiere a la capacidad subyacente, la habilidad se refiere a las acciones concretas que son realizadas en medio del desarrollo de una forma ocupacional. Dentro de ella se reconocen tres tipos de habilidades: las habilidades motoras, se refieren a moverse o mover los objetos de una tarea. Las habilidades de procesamiento se refieren a acciones secuenciadas en el tiempo en forma lógica, a seleccionar y usar herramientas y materiales apropiados, y adaptar el desempeño cuando se encuentran problemas. Las habilidades de comunicación e interacción se refieren a la habilidad de expresar intenciones y necesidades, y coordinar la acción social para actuar juntos con otras personas (Kielhofner, 2008).

Capítulo 1.4:

Consecuencias del quehacer

Durante el transcurso de la vida de las personas en el tiempo se observa como esas personas fueron variando su participación ocupacional y como ésta se fue transformando en adaptación ocupacional y sus componentes, identidad y competencia ocupacional.

Identidad Ocupacional

La identidad ocupacional se refiere a un sentido de quien es uno y los deseos de llegar a ser como un ser ocupacional a partir de la propia historia de la participación ocupacional. La propia volición, habituación y experiencia del cuerpo vivido se integran en la identidad ocupacional. Para la construcción de la identidad ocupacional se comienza con el autoconocimiento de las capacidades e intereses desde la experiencia y se extiende hacia una visión basada en valores del futuro que deseamos.

Por lo tanto, la identidad refleja experiencias acumuladas de vida que son organizadas en una comprensión de lo que uno ha sido y un sentido de dirección deseado y posible para el futuro personal (Kielhofner, 2008, p.106).

Competencia Ocupacional

La competencia Ocupacional es el grado en el que uno sustenta un patrón de participación ocupacional que refleja la identidad ocupacional personal. La competencia ocupacional organiza la vida personal para cumplir con responsabilidades y estándares personales básicos, continua con cumplir con obligaciones de los roles y después lograr una vida satisfactoria e interesante. La identidad tiene que ver con el sentido subjetivo de la vida ocupacional propia, la competencia tiene que ver con poner en acción esa identidad en forma continua (Kielhofner, 2008, p.107).

Adaptación Ocupacional

El MOHO define la adaptación ocupacional como la construcción de una identidad ocupacional positiva y el logro de una competencia ocupacional a través del tiempo en el contexto del entorno propio. Por ende, esta definición consta de dos conceptos distintivos e interrelacionados y especifica que la ocupación ocurre en un contexto específico con sus oportunidades, soportes, restricciones y demandas.

Gary Kielhofner (2008) plantea en su modelo que a través del tiempo construimos nuestra identidad y competencia ocupacional por medio de la participación ocupacional continua. La identidad y competencia ocupacional describen el estado de desenvolvimiento en que nos encontramos en cualquier punto de nuestra vida. Nuestro grado de éxito en la adaptación ocupacional varía en el tiempo. La mayoría de las personas experimentará amenaza o dificultad en la adaptación ocupacional en algún momento de su vida, lo que requerirá una reconstrucción de su identidad y competencia ocupacional.

Construcción de la vida ocupacional

Tanto la identidad como la competencia ocupacional integran el modo como la volición, habituación y la capacidad de desempeño en conjunto, orientan a cada persona hacia su vida única, esto incluye: lo que uno considera importante, el sentido de placer y satisfacción propio y único en hacer cosas, el conocimiento de las propias capacidades, limitaciones y relativa efectividad, la conciencia de quién es uno en relación con el mundo social, la familiaridad con los ritmos y las rutinas de la vida, la experiencia vivida como un ser corporal y la aprehensión del mundo. Estos elementos dan forma a cómo las personas construyen su vida ocupacional continua en el curso del tiempo y son integradas en la narrativa ocupacional única de cada persona.

Las personas conducen y dibujan el sentido de la vida al situarse en narrativas que se despliegan y que integran su ser pasado, presente y futuro. El MOHO plantea el concepto de narrativa ocupacional como una historia que integra a través del tiempo la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y los entornos que se despliegan a través del argumento y metáfora.

El argumento es la estructura de la narrativa, determina como las personas piensan y hablan cuando usan historias. El argumento de la historia es la intersección entre la progresión del tiempo y la dirección (para mejor o para peor) que esa vida toma.

La metáfora es el uso de un objeto o fenómeno conocido para reemplazar un evento o situación menos comprendida y caracterizan sintéticamente circunstancias complejas o emocionalmente difíciles al evocar algo conocido o rápidamente entendible para reemplazar lo que es difícil de comprender o enfrentar (Kielhofner, 2008).

Capítulo 1.5:

Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional - OPHI II

La Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (Occupational Performance History Interview / OPHI-II) es un instrumento del MOHO que recoge información acerca de la adaptación ocupacional pasada y presente de una persona. Proporciona una crónica detallada de las características sobresalientes de la vida de una persona y del impacto de los acontecimientos y el medio ambiente sobre la identidad y la competencia. También brinda nociones sobre el modo en el que la persona interpreta su vida al evocar la narrativa ocupacional. Ésta información proporciona un fundamento para determinar el enfoque de la terapia y negociar su significado con la persona.

Es una evaluación organizada en tres partes, que incluye:

a) Una entrevista semi-estructurada que explora la historia de la vida ocupacional de una persona.

b) Escalas de puntuación que proporcionan una medición de la identidad ocupacional, la competencia ocupacional de la persona y el impacto de los contextos ambientales ocupacionales de la persona.

c) Una narrativa de la historia de vida, diseñada para capturar las características cualitativas sobresalientes de la historia de vida ocupacional.

Como entrevista semi-estructurada, el OPHI-II proporciona un marco de trabajo y preguntas recomendadas para efectuar la entrevista a fin de asegurar que se obtenga la información necesaria. Sin embargo, la idea en sí de una entrevista semi-estructurada es que el terapeuta deberá improvisar la mejor forma de conducir la entrevista con cada cliente en forma particular. Lo que importa no es que el terapeuta haga un conjunto específico de preguntas, sino que el terapeuta obtenga tipos específicos de información.

La entrevista semi-estructurada está organizada en las siguientes áreas temáticas:

- Elecciones de actividad/ ocupación
- Eventos críticos en la vida
- Rutina diaria
- Roles ocupacionales
- Contextos ocupacionales (entorno).

La segunda parte del OPHI II está formada por tres escalas de calificación, éstas son:

- Escala de identidad ocupacional
- Escala de competencia ocupacional
- Escala de contextos ocupacionales (entorno).

Las tres escalas proporcionan el medio para convertir la información obtenida en la entrevista en tres mediciones. La escala de identidad ocupacional mide el grado en el cual una

persona ha internalizado una identidad ocupacional positiva (es decir, tener valores, intereses y confianza, considerarse en varias funciones ocupacionales y tener una imagen del tipo de vida que desea). La escala de Competencia Ocupacional mide el grado en el cual una persona es capaz de mantener un patrón de participación ocupacional que sea productivo y satisfactorio. Las escalas de contextos ocupacionales miden el impacto del entorno en la vida ocupacional de una persona.

Un formulario de medición ha sido desarrollado para estas tres escalas, éste permite mediciones de intervalo para ser extraídas de las puntuaciones ordinales realizadas en cada una de las escalas (Kielhofner, 2008, p.266-267).

La Narración Biográfica generalmente reflejará todas las áreas de la entrevista, aunque es probable que los datos más pertinentes surjan de las secciones de la entrevista Elección Actividad/Ocupación, Eventos Críticos de la Vida y Roles Ocupacionales.

La parte final del OPHI-II es la narración de la historia personal, esta parte de la evaluación permite al terapeuta desarrollar una apreciación y documentar la historia de vida del cliente. Cumpliendo varios propósitos permite que el terapeuta desarrolle una mejor apreciación de la historia de la vida del cliente, tiene como resultado la documentación de datos cualitativos que no son captados al clasificar las escalas, da por resultado una comprensión compartida de la historia de vida del cliente e inicia el proceso de terapia identificando la naturaleza de la historia en la cual la terapia está emergiendo y el impacto que podría tener la terapia en la historia de vida (Kielhofner et al, 2008,p.66-67).

Capítulo 2:

Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional(AOTA)

Generalidades del Marco de Trabajo

Según el Marco de Trabajo, la Terapia Ocupacional se define como el uso terapéutico de las ocupaciones (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio o tiempo libre y participación social) de los individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en los roles, hábitos y rutinas en el hogar, escuela, lugar de trabajo, la comunidad, y otros ambientes. Los terapeutas ocupacionales utilizan su conocimiento de la relación transaccional entre la persona, su participación en ocupaciones significativas, y el contexto para diseñar planes de intervención de carácter profesional que facilitan el cambio o crecimiento en las características del cliente (funciones corporales, estructuras corporales, valores, creencias, y la espiritualidad) y habilidades (motoras, de procesamiento y de interacción social) necesarios para la participación exitosa. Los terapeutas ocupacionales tienen que ver con el resultado final de la participación, permitiéndola a través de las adaptaciones y modificaciones del medio ambiente o de los objetos en el entorno cuando sea necesario (Martínez et al, 2014).

Los terapeutas ocupacionales son responsables de todos los aspectos de la prestación de los servicios de terapia ocupacional y son responsables de la seguridad y la eficacia del proceso de prestación de estos servicios.

El Marco de Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso describe los conceptos centrales que fundamentan la práctica de la terapia ocupacional y construyen un

entendimiento común de los principios básicos y la visión de la profesión. El Marco no sirve como una taxonomía, teoría o modelo de la terapia ocupacional. (Martínez et al. 2014, p.4).

El Marco de Trabajo se estableció para guiar la práctica de terapia ocupacional en conjunto con el conocimiento y la evidencia relevante para la ocupación y la terapia ocupacional en las áreas identificadas de práctica y con los clientes.

El documento expone la creencia central de la profesión en la relación positiva entre la ocupación y la salud y su visión de las personas como seres ocupacionales. La práctica de la terapia ocupacional se centra en la naturaleza ocupacional de las personas y la importancia de la identidad ocupacional para una vida sana, productiva y satisfactoria.

El Marco de Trabajo se divide en dos secciones principales: el dominio, el cual describe el ámbito de la profesión y las áreas en las que sus miembros tienen un cuerpo establecido de conocimientos y experiencia, y el proceso, que describe las acciones que los practicantes toman durante la prestación de servicios que son centrados en el cliente y enfocados en la participación en las ocupaciones. Los aspectos del dominio y del proceso están en constante interacción entre uno y otro durante la atención de servicios de terapia ocupacional.

En otras palabras, es a través de la atención simultánea de las funciones del cuerpo y estructuras del cliente, habilidades, roles, hábitos, rutinas y contextos, combinados con el objetivo del cliente que es considerado como un ser ocupacional y el profesional con conocimiento de la salud y mejora el efecto del desempeño en los compromisos ocupacionales, estos son los resultados que se producen en el desempeño ocupacional, competencia de rol y participación en la vida diaria.

La terapia ocupacional tiene como objetivo principal lograr la salud, bienestar y la participación en la vida hacia un compromiso ocupacional constituyendo estos aspectos el eje del proceso de terapia ocupacional. Este principio reconoce la creencia profesional que la

participación activa en la ocupación promueve, facilita, apoya y mantiene la salud y la participación. (Martínez et al. 2014, p.5).

Dominio

Todos los aspectos del dominio incluyen ocupaciones (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio o tiempo libre y participación social) características del cliente, patrones de ejecución, destrezas de ejecución, contextos y entorno, son de igual valor y juntos interactúan para impactar en la identidad ocupacional de los clientes, la salud, el bienestar y la participación en la vida (Martínez et al. 2014, p.5).

Los terapeutas ocupacionales tienen habilidades para evaluar todos los aspectos del dominio, sus interrelaciones y el cliente considerando el contexto y el entorno. Además, la práctica de terapia ocupacional reconoce la importancia de la conexión y el impacto de la mente, cuerpo y espíritu en la participación del cliente en la vida diaria.

En el marco de trabajo se toma en cuenta la participación ocupacional, la cual ocurre individualmente o con otros. Es importante reconocer que los clientes pueden ser autónomos en decidir la cantidad de asistencia que reciben para completar las actividades. Los clientes pueden ser considerados independientes cuando su desempeño o acciones directas para la participación se realizan indistintamente de la cantidad o el tipo de asistencia requerida, si están satisfechos con su desempeño. Esto se observa a través de la participación de las personas en el hogar, la escuela, el trabajo y la vida comunitaria.

Características del cliente: Son las capacidades específicas, características o creencias que residen dentro de la persona y que influyen en el desempeño ocupacional. Estas características se ven afectadas por la presencia o no de enfermedad, características de la enfermedad, la privación, la discapacidad y las experiencias de vida. (Martínez et al. 2014, p.10)

Destrezas de ejecución: Son las acciones dirigidas a objetivos que son observables como pequeñas unidades en las ocupaciones (habilidades demostradas por el cliente). Se aprenden y desarrollan con el tiempo y se encuentran en contextos y entornos específicos. Se clasifican en destrezas motoras, destrezas de procesamiento y destrezas de interacción social (Martínez et al. 2014, p.11)

Patrones de ejecución: Son los hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el proceso de participación en las ocupaciones que pueden apoyar u obstaculizar el desempeño ocupacional. Los hábitos se refieren a conductas específicas y automáticas que pueden ser útiles, dominantes, o empobrecidas. Las rutinas se establecen en secuencias de ocupaciones que proporcionan una estructura para la vida diaria, las rutinas también pueden promover o dañar la salud. Los roles son conjuntos de comportamientos esperados por la sociedad y moldeadas por la cultura y el contexto. Los rituales son acciones simbólicas con significado espiritual, cultural o social (Martínez et al. 2014, p.12)

Contexto y entorno: El compromiso y la participación en la ocupación tiene lugar en un entorno social y físico situado dentro de un contexto. En el marco, ambos términos se utilizan para reflejar la importancia de considerar la amplia gama de variables interrelacionadas que influyen en el desempeño.

El entorno físico se refiere a los recursos naturales (ejemplo, terrenos geográficos) y la construcción (por ejemplo, edificios). El entorno social consiste en la presencia de relaciones con otros y las expectativas de las personas, grupos y poblaciones con las que los clientes tienen contacto (cónyuges, amigos y cuidadores).

En cuanto al contexto se refiere a los elementos dentro y en torno a un cliente que a menudo son menos tangibles que los entornos físicos y sociales, pero sin embargo ejercen una

fuerte influencia en el desempeño. Los contextos son culturales, personales, temporales y virtuales (Martínez et al. 2014, p.13-14).

Proceso

El proceso de la terapia ocupacional es la entrega del servicio centrado en el cliente. Incluye la evaluación y la intervención para lograr los resultados previstos, se produce en el ámbito de dominio de la terapia ocupacional, se ve facilitada por la perspectiva de los terapeutas ocupacionales al participar en el razonamiento clínico, el análisis de las ocupaciones y la colaboración con el cliente (Martínez et al.2014, p, 15).

Durante el proceso los terapeutas ocupacionales se dedican continuamente al razonamiento clínico sobre el desempeño ocupacional de los clientes, el mismo permite a los profesionales:

- Identificar las múltiples demandas, habilidades requeridas, y los significados potenciales de las actividades y ocupaciones.
- Obtener un conocimiento más profundo de las interrelaciones entre los aspectos del dominio que afectan al desempeño y que las intervenciones centradas en los clientes cumplan su objetivo. (Martínez et al. 2014, p, 19).

Evaluación: El proceso de evaluación se centra en averiguar lo que el cliente quiere y necesita hacer, determinando lo que él puede hacer y qué es lo que ha hecho, e identificar apoyos y barreras para su salud, bienestar y participación. La evaluación ocurre durante el inicio y la posterior interacción con el cliente. El tipo y el enfoque de la evaluación varían en función del entorno de la práctica. El proceso de evaluación incluye el perfil ocupacional, que es el paso inicial en el proceso de evaluación, el cual proporciona una comprensión de la

historia ocupacional y experiencias del cliente, los patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. Las razones por las cuales el cliente solicita servicios, sus fortalezas y preocupaciones en relación con las ocupaciones que realiza, también se identifican las potenciales áreas de disrupción ocupacional, apoyos, barreras, y prioridades. (Martínez et al. 2014, p.16).

El análisis del desempeño ocupacional es el paso en el que los problemas activos o potenciales del cliente son más específicamente identificados. El rendimiento real se observa a menudo en el contexto para identificar apoyos y barreras en el desempeño del cliente. Destrezas de ejecución, patrones de ejecución, contexto o entorno, las características del cliente y demandas de la actividad son consideradas, pero solo ciertos aspectos pueden ser específicamente evaluados. Se identifican con resultados previos. (Martínez et al. 2014, p.16)

Intervención: El proceso de intervención consiste en los servicios especializados prestados en colaboración con los clientes para facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud, el bienestar, y la participación. (Martínez et al. 2014, p.13).

Incluye el plan de intervención, que es el plan que guiará las acciones tomadas y que se desarrolla en colaboración con el cliente. Se basa en las teorías seleccionadas, marcos de referencia y evidencias. Se confirman los resultados que se han propuesto. La implementación de la intervención, son las acciones relativas a la aplicación en curso de intervención adoptados para influir y apoyar la mejora del desempeño y participación del cliente. Las intervenciones se dirigen a los resultados identificados. La respuesta del cliente es monitoreada y documentada. Y por último la revisión del plan de intervención y el progreso hacia los resultados específicos (Martínez et al. 2014, p.16).

La focalización de los resultados, son los factores determinantes del éxito en logro del resultado deseado del proceso de terapia ocupacional. La evaluación de resultados otorga

información para planificar las acciones futuras con el cliente y para evaluar el programa de servicios (Martínez et al. 2014; p.16).

Moho y el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional

Los conceptos del MOHO fueron utilizados para ayudar a dar forma al Marco de Trabajo y se hallan directamente alineados en:

- La forma en que el Marco de Trabajo define la Terapia Ocupacional.
- Los dominios de la práctica específicos para los terapeutas ocupacionales.

El Marco de Trabajo establece que la Terapia Ocupacional consiste en la evaluación, la intervención y los resultados (AOTA, 2002). Este proceso de tres fases se corresponde con el proceso de razonamiento terapéutico del MOHO, en el que los terapeutas ocupacionales son capaces de evaluar el desempeño ocupacional completo de la persona y comprender su perfil ocupacional y así desarrollar un plan de intervención (Kielhofner, 2008, p. 525).

Si bien los conceptos y dominios son similares porque comparten el enfoque en la ocupación y la participación, el propósito del Marco del Trabajo es describir el dominio de la práctica, sin explicar de qué modo y por qué los clientes de terapia ocupacional tienen dificultades en la participación de las actividades del diario vivir. A diferencia del MOHO que centra su práctica en el cliente cuyas características y contextos determinan el fundamento de la terapia. Los terapeutas ocupacionales que implementan el MOHO son capaces de evaluar el desempeño ocupacional completo de la persona y comprender mejor su perfil ocupacional (Kielhofner, 2008; p. 528).

A continuación, el siguiente cuadro presenta la alineación de los conceptos del MOHO y del Marco de Trabajo (Kielhofner, 2008; p. 528, cuadro 27-5).

Dominio del Marco de Trabajo para la Practica AOTA	Concepto relacionado del MOHO	Explicación de la alineación
Desempeño en ocupaciones, desempeño ocupacional	Participación ocupacional, desempeño ocupacional	Las definiciones de participación del MOHO y de Marco de Trabajo de AOTA describen la participación en trabajo, juego, AVD. El MOHO también considera las tareas que apoyan la participación en roles de la vida más amplios en el concepto de desempeño ocupacional.
Habilidades del desempeño: Comunicación/ interacción Motoras Procesamiento	Habilidades: Comunicación interacción Motoras Procesamiento	Las definiciones de las habilidades de comunicación interacción, habilidades motoras y de procesamiento del Marco son apoyadas por la literatura de la teoría e investigación del MOHO.

		<p>Ambos definen habilidad como algo que uno hace mientras participa en una acción específica.</p> <p>La definición del MOHO considera más específicamente el impacto del entorno en la habilidad.</p>
<p>Patrones de desempeño:</p> <p>Hábitos</p> <p>Roles</p>	<p>Habitación.</p> <p>Hábitos</p> <p>Rol internalizado</p>	<p>Ambas definiciones reconocen la rutina como integral para los patrones de desempeño. el MOHO y el Marco de Trabajo definen los hábitos como respuestas automáticas que apoyan el desempeño.</p> <p>El MOHO Y el Marco de Trabajo reconocen que los roles están delineados por acciones definidas socialmente.</p>
Contexto	<p>Entorno</p> <p>Impacto Ambiental</p> <p>Cultura</p>	<p>Ambas definiciones reconocen que los grupos sociales, el espacio y la cultura influyen el contexto de la persona.</p>

<p>Demandas de la actividad</p>	<p>Entorno:</p> <p>Físico</p> <p>Social</p> <p>Formas ocupacionales/ tareas</p> <p>Impacto ambiental</p>	<p>El MOHO considera las demandas sociales y físicas como un aspecto del entorno, el Marco de Trabajo separa las demandas de la actividad del entorno</p> <p>El concepto de impacto ambiental del MOHO considera la relación dinámica entre entorno y el individuo</p>
<p>Factores del cliente</p>	<p>Capacidad de desempeño</p>	<p>El concepto de capacidad de desempeño objetiva del MOHO se alinea con los factores del cliente del Marco de Trabajo.</p> <p>El MOHO también considera vivir con capacidades específicas en el concepto de capacidad de desempeño subjetiva del cuerpo vivido.</p>

Capítulo 3: Artritis Reumatoidea

Concepto Reumatismo

“Un grupo de afecciones del tejido mesenquimático, especialmente de los tejidos articulares y periarticulares, de evolución generalmente crónica, que se manifiestan por dolor, dificultad funcional o deformación articular.” (Ramos Vértiz, 2006, p.641)

Existen más de 200 enfermedades reumáticas y entre ellas se encuentra la Artritis Reumatoidea, que es la más frecuente de los reumatismos inflamatorios crónicos.

Concepto Artritis Reumatoidea

La Artritis Reumatoidea (AR), es “una enfermedad inflamatoria crónica del tejido conectivo, que afecta predominantemente las estructuras articulares, pudiendo también comprometer otros órganos, y que produce grados variables de invalidez” (Maldonado Cocco, Citera & Paira, 2000, p.162).

La AR es una enfermedad de etiología desconocida y de naturaleza auto inmunitaria que se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico del tejido conectivo, predomina a nivel del tejido sinovial, de las articulaciones, que distiende las estructuras capsulo-ligamentarias e invade progresivamente la cavidad articular y las vainas tendinosas, produciendo dolor, tumefacción y pérdida de la función de las articulaciones. Se caracteriza por remisiones y exacerbaciones de la enfermedad.

Las principales lesiones de la AR se encuentran en las articulaciones diartrodiales (articulaciones con tejido sinovial) y en menor medida en tendones, sus vainas y tejido subcutáneo peri-articular. Puede afectar a otros órganos como la piel, corazón, pulmones, ojos

y otros. El compromiso articular es generalmente progresivo, llevando a la deformidad y destrucción articular ocasionando diferentes grados de discapacidad.

Etiología

La AR es una afección crónica de etiología desconocida, se han analizado múltiples factores, metabólicos, endocrinos, nutricionales, genéticos, infecciosos, geográficos, profesionales y psicosociales.

Si bien su etiología no está aun claramente determinada, se la considera una enfermedad autoinmune, es el resultado de un ataque inmunológico contra sus propias células y tejidos sanos. Algunas células del sistema inmunológico se desplazan e invaden los tejidos de las articulaciones, lo que provoca inflamación y van produciendo otras sustancias como enzimas, anticuerpos y otras moléculas, que acaban dañando a la articulación.

El rango de comienzo más frecuente es entre los 20 a 60 años, siendo el pico máximo de aparición entre los 35-45 años. Las mujeres son más frecuentemente afectadas que los hombres, en una relación 2:1 a 3:1. (Maldonado Cocco et al, 2000)

Patogenia

Se conoce el mecanismo inmunitario de su patogenia, de allí que se la incluye dentro de las enfermedades autoinmunes o del colágeno.

Los linfocitos sinoviales producen una inmunoglobulina G que es reconocida como extraña, reaccionando el organismo con la formación de unos anticuerpos anti-inmunoglobulínicos (anti IgG) llamados “factores reumatoideos”. Conducen a fenómenos

inflamatorios con liberación de histamina, atracción de polinucleares y mononucleares, lisis celular con liberación de proteasas y colagenasas que digieren el colágeno, erosionando cartílagos y estimulando la formación de tejidos de granulación. (Ramos Vértiz, 2006)

Presenta manifestaciones articulares y extraarticulares. La lesión básica en las lesiones articulares es una sinovitis crónica, se caracteriza por un período sinovítico, donde el tejido conectivo subyacente presenta marcado edema y contiene un infiltrado mononuclear, a este nivel están los llamados folículos linfoides, densos acúmulos de linfocitos y plasmocitos. Esta sinovial patológica e hipertrofiada origina en los repliegues sinoviales el pannus articular, esto lleva a un aumento de volumen que destruye y lesiona los elementos de sostén de la articulación (cápsula y ligamentos). Una segunda etapa, donde las articulaciones se tornan inestables con pérdida de la relación de las superficies articulares (subluxaciones) y la tercera etapa, en la cual se produce la destrucción del cartílago articular y epífisis articulares. Hay luxaciones y subluxaciones que llevan a una artrosis secundaria.

La consecuente sinovitis fibrosa retráctil disminuye la movilidad articular y mantiene las deformidades articulares. La adherencia del pannus de ambas superficies articulares lleva a la anquilosis fibrosa.

Entre las lesiones extraarticulares, se describen:

Granuloma reumatoideo, consiste en un nódulo subcutáneo muy distintivo y específico de la artritis reumatoidea. El granuloma más típico es el palpable a nivel del subcutáneo de la región olecraneana, este mismo granuloma puede encontrarse en los diversos tejidos, aparato cardiorrespiratorio, riñón y tendones.

Vasculitis, hay fenómenos inflamatorios y necrosis de los pequeños vasos en los que padecen AR.

Otras lesiones inespecíficas, hiperplasia ganglionar, las miositis, las adherencias pleuropericárdicas y valvulares. (Maldonado Cocco et al, 2000).

Formas de comienzo

El 50% a 80% de los pacientes que padecen artritis reumatoidea presentan un comienzo insidioso y gradual. Los síntomas articulares pueden estar precedidos durante semanas o meses, por compromiso del estado general, con manifestaciones como mialgias, astenia, anorexia, pérdida del peso e incluso fiebre. El compromiso articular por lo general es simétrico y poliarticular, afectando habitualmente pequeñas articulaciones de manos y pies. Presentan tumefacción de articulaciones periféricas pequeñas, asociado a rigidez matinal.

Algunas personas inician su enfermedad con artritis asimétrica, que más tarde se torna simétrica.

Un 20 % de los pacientes tienen una forma de comienzo aguda, que en pocas horas compromete grandes y pequeñas articulaciones, acompañado de un síndrome febril. (Maldonado Cocco et al, 2000).

La enfermedad se caracteriza por periodos de remisiones y exacerbaciones, los pacientes suelen presentar al inicio de la enfermedad oligoartritis (compromiso de menos de 6 articulaciones).

Cuadro clínico

La artritis reumatoide se caracteriza por presentar una poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones de distribución simétrica. Las más frecuentemente afectadas son las de las manos (MTCF, IFP), los carpos y las rodillas. Les siguen en frecuencia las de los pies (MTF y subastragalinas), los tobillos y los codos. Se afectan más tardíamente los hombros, las caderas y el raquis cervical, con el tiempo todas las articulaciones están tomadas.

El cuadro clínico de comienzo se caracteriza por dolor, tumefacción articular y rigidez. La rigidez articular predomina luego del reposo nocturno, denominándose “rigidez matinal”, en especial en las manos. En el examen físico de las manos se puede comprobar deformación fusiforme de los dedos a nivel de las IFP, ráfaga cubital, dedos en ojal (boutoniere) o en cuello de cisne.

A la palpación se comprueba un aumento de la temperatura local y la naturaleza sinovial de la inflamación.

Con el tiempo se produce la hipertonía de los músculos flexores y la hipotonía de los extensores, tendiendo a mantener la actitud de flexión articular, que luego se va consolidando por fibrosis sinovial retráctil. Se inflaman también las vainas sinoviales de los tendones flexores y extensores, en especial de muñeca y mano, dando origen la erosión a rupturas tendinosas. En muñeca es frecuente el síndrome del túnel carpiano, la tenosinovitis o sinovitis hipertrófica causante de la compresión del nervio mediano.

La alteración del estado general se traduce en sensación de debilidad y fatiga fácil, anorexia y pérdida de peso. (Ramos Vértiz, 2006, p.642-643)

Principales síntomas

Los síntomas de presentación más frecuentes son:

Dolor articular simétrico, de tipo inflamatorio.

Tumefacción de articulaciones periféricas pequeñas, aumenta la temperatura local en las articulaciones.

Dificultad para cerrar el puño asociada a rigidez matinal, que tiene una duración al menos de una hora antes de la mejoría.

Limitación funcional.

Deformidad articular.

Los criterios revisados de la Asociación Americana de Reumatología para la clasificación de la AR son;

Rigidez matinal de una hora o más de duración.

Artritis de 3 o más articulaciones.

Artritis de las articulaciones de las manos.

Artritis simétrica.

Nódulos reumatoideos.

Factor reumatoideo en suero.

Cambios radiográficos típicos de AR en manos y carpos.

Si se cumplen por lo menos 4 de estos criterios de diagnóstico durante 6 semanas el paciente presenta AR. (Cosentino, Cosentino, 2001, p.69)

Manifestaciones articulares

Deformidad en ráfaga cubital de los dedos: La desviación cubital se produce a nivel de las articulaciones MTCF. El ligamento radial es más fino y está ubicado más dorsalmente que el cubital. La dislocación de los tendones extensores hacia los espacios intermetacarpianos en el lado cubital de la articulación y las fibras transversales de los músculos intrínsecos que son más gruesos en el lado cubital del dedo, provocan la alteración de los soportes articulares por la sinovitis persistente en la articulación MTCF, perpetuando la desviación cubital.

Deformidad en ojal (boutoniere): Se caracteriza por deformidades en flexión de la falange media con hiperextensión de la falange distal. Debido al debilitamiento del aparato extensor a nivel de la articulación IFP hace inefectiva la función extensora de la falange media y las dos bandeletas laterales se desplazan hacia la parte palmar de la articulación IFP transformándose

en flexoras de esta articulación, donde concentra toda su fuerza extensora en la articulación IFD.

Deformidad en cuello de cisne: Se caracteriza por hiperextensión de las IFP y flexión de las IFD. Las causas de la deformidad pueden deberse a tres tipos de alteraciones ligamentarias:

Contractura intrínseca; donde las bandeletas laterales se desvían dorsalmente aumentando el hiperextensión de la IFP. La flexión de la IFD se debe a la supremacía del flexor profundo sobre un tendón extensor central relajado debido al hiperextensión de la IFP.

Deformidad secundaria al dedo en martillo; el desequilibrio se crea debido a la atenuación o ruptura del tendón extensor distal. Así toda la fuerza extensora se concentra en la falange media. La IFD se encuentra en flexión debido a la acción del flexor profundo.

Ruptura del tendón flexor superficial; desequilibrio de fuerzas a nivel de la IFP de modo que la bandeleta central extensora de la falange media actúa sin el antagonista flexor.

Deformidad de dedos en martillo: Se debe a la ruptura del tendón extensor a nivel de la falange distal.

Deformidades del pulgar: Se produce subluxación palmar de la primera falange por sinovitis de la articulación MCF, seguida de hiperextensión de la distal. Se lo llama “dedo en Z”.

Otra deformidad del pulgar es la articulación trapecio-metacarpiana cuando ésta se encuentra primariamente afectada.

Subluxación radiocubital inferior y desviación radial del carpo: Presentan desviación radial de la unidad carpo- metacarpiana. La reacción en cadena se inicia a nivel de la articulación radiocubital inferior. La destrucción de los elementos estabilizadores de esta articulación lleva a la dislocación dorsal del cúbito y también falta de soporte en la parte cubital

de la muñeca. Es así como las fuerzas de los extensores radiales llevan a la migración radial del carpo. Esto da lugar al signo de “la tecla de piano”, que se demuestra al comprimir dorsalmente la cabeza del cúbito luxada.

En los estadios finales se puede producir, por atrición sobre el cúbito dislocado, ruptura de los tendones extensores del cuarto y quinto dedo, quedando en actitud de flexión con imposibilidad de extender la articulación MTCTF.

Codos: El derrame se puede ver y palpar entre la punta del olecranon y la cabeza del radio. Ocasiona la pérdida de la extensión en forma temprana. Si la inflamación se perpetúa, puede desarrollarse un quiste articular. Si la sinovitis persiste se desarrollan cambios erosivos, primero en la articulación radiocubital, luego en la radiohumeral. El radio se subluxa bloqueando la flexo-extensión y pronosupinación provocando crepitación con los movimientos.

Hombros: El hombro se puede afectar en fases más tardías de la enfermedad causando dolor y limitación de la movilidad. Además de la articulación glenohumeral también se afectan otros componentes articulares y tendinosos del hombro. La inflamación de la articulación acromioclavicular es frecuente provocando dolor y el debilitamiento del manguito rotador puede producir subluxación superior.

Articulación temporomaxilar: Se caracteriza por dolor en la zona anterior del oído, en especial al abrir la boca y al masticar. Por contractura del músculo masetero y desgaste de la articulación. Se encuentra afectada en pacientes con enfermedad más severa.

Pies: Está alterado en todas sus articulaciones y suelen afectarse al inicio de la enfermedad, especialmente las articulaciones metatarso-falángicas (MTF). Las sinovitis crónicas de las MTF llevan a erosiones tempranas y también a subluxación de la cabeza de los metatarsianos, con pérdida del arco transversal y pie cavo.

Rodillas: La destrucción de los tejidos blandos provoca una inestabilidad considerable de la articulación. Para disminuir el dolor el paciente coloca la rodilla en actitud de flexión perdiendo la extensión completa. Otro síntoma es la hipotrofia de cuádriceps. Tardíamente se desarrolla deformidad en valgo, por la laxitud ligamentaria y las erosiones articulares. También puede originarse la formación de un quiste en la parte posterior de la rodilla, denominado quiste de Baker, se forma cuando el derrame sinovial se extiende hacia la bolsa gastrocnemio-semimembranosa. Si la presión intraarticular es muy grande, puede llevar a la ruptura del quiste sinovial simulando por el dolor agudo y la tumefacción un cuadro de tromboflebitis.

Caderas: Las caderas suelen afectarse en fases más avanzadas de la enfermedad. Se manifiesta por dolor a nivel de la ingle que a veces se extiende a la rodilla. A medida que la inflamación sinovial se mantiene, se producen cambios erosivos con una progresiva pérdida del espacio articular. El paciente tiende a colocar la articulación en flexión y rotación externa para disminuir dolor.

Columna cervical: Su máxima expresión de compromiso es a nivel C1 y C2. Por la persistente inflamación el ligamento transversario, se vuelve laxo, llevando a una subluxación atlantoaxoidea. La odontoides se desliza provocando cerviconuclalgia o manifestaciones neurológicas por compresión medular como parestesias en manos. Si el proceso avanza se establecen signos piramidales y trastornos en la marcha. Como consecuencia de la compresión de las arterias vertebrales aparecen signos de insuficiencia vascular (Maldonado Cocco et al, 2000, p.163-168).

Manifestaciones extraarticulares

Los pacientes con AR se los considera como portadores de una enfermedad sistémica, presentan rasgos clínicos como la astenia, fiebre, linfadenopatías y nódulos subcutáneos, que

sugieren una enfermedad generalizada y deberá buscarse permanentemente evidencias clínicas de manifestaciones extraarticulares. Entre ellas describimos:

Nódulos subcutáneos: Protrusiones no dolorosas que se localizan primariamente en el tejido subcutáneo de zonas periarticulares, áreas sujetas a presión (codos, occipucio, isquión y sacro), como también en el tejido blando de pulpejos de dedos, palmas y tendón de Aquiles. La presencia de los nódulos subcutáneos se correlaciona directamente con los títulos de factor reumatoideo y en menor grado con la agresividad de la sinovitis.

Vasculitis reumatoidea: Hay fenómenos inflamatorios y necrosis de los pequeños vasos en los que padecen AR. Hasta pueden comprobarse úlceras de pie.

Existen tres tipos de lesiones vasculares: en las arterias digitales, ocluye los vasos causando trombosis. La manifestación clínica son pequeños infartos en el lecho ungueal o alrededor de las uñas.

Una segunda lesión, compromete las vénulas cutáneas con necrosis fibrinoide de sus paredes. Clínicamente se manifiesta por púrpura palpable, eritema o urticaria en miembros inferiores.

Un tercer tipo de lesión es una arteritis necrotizante que compromete arterias de pequeño y mediano calibre. El infiltrado inflamatorio es intenso y compromete todas las capas vasculares, hay necrosis fibrinoide y trombosis.

Manifestaciones pulmonares: Pleuritis, fibrosis pulmonar difusa, nódulos pulmonares y síndrome de Caplan.

Manifestaciones cardíacas: Pericarditis crónica, miocarditis no específica, compromiso valvular y arteritis de las coronarias.

Manifestaciones neurológicas: Neuropatías por atrapamiento resultan de la compresión de nervios periféricos contra estructuras no distensibles, como en el síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano, mononeuritis múltiple y polineuritis.

Manifestaciones oculares: Queratoconjuntivitis sicca, episcleritis, escleritis, escleromalacia perforante y la uveítis anterior.

La queratoconjuntivitis sicca es una de las manifestaciones más comunes del Síndrome de Sjögren y se expresa con síntomas inespecíficos como picazón y sensación de cuerpo extraño ocular, puede haber sensación quemante, disminución de lágrimas y fotosensibilidad.

Manifestaciones renales: Se presentan como complicación de la AR o por toxicidad de las drogas.

Manifestaciones musculares: El debilitamiento de la resistencia y fuerza muscular es una frecuente manifestación de la AR, atribuida a atrofia muscular. Puede presentarse miositis en forma de infiltrados inflamatorios nodulares o difusos.

Ciertas drogas usadas en AR pueden provocar miopatías (Maldonado Cocco et al, 2000).

Evolución y pronóstico

La AR afecta principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad. En la actualidad la AR no se la considera una enfermedad “mortal”, si debe ser considerada una enfermedad de gravedad, que compromete la calidad de vida del individuo y la vida misma. Los estudios a largo plazo en pacientes con AR demuestran que la mayoría desarrolla una enfermedad progresiva, con severo daño radiológico, deterioro de su capacidad funcional e incapacidad laboral.

La deformidad articular y la desalineación son cambios radiológicos que se hacen evidentes después de 5 a 10 años de iniciada la enfermedad. Estas alteraciones son el resultado

final de un proceso que comienza con la erosión progresiva del cartílago articular y del hueso, que finalmente conduce a la pérdida del espacio articular. El daño erosivo es precoz e irreversible por ello el concepto actual, es tratamiento precoz y agresivo de los pacientes con AR. Sobre todo, en aquellos pacientes que no responden a un tratamiento clásico y conservador y se los considera de “extrema gravedad”.

También se acompaña de un deterioro progresivo de la capacidad funcional, presentan por lo general alteraciones en su capacidad laboral.

Los efectos destructivos de esta enfermedad crónica, recién se hacen evidentes para el paciente luego de un período de al menos 5 años. Sin embargo, ese proceso comienza lenta y tempranamente desde el inicio de la enfermedad, período en el cual hay chances de mejorar su pronóstico. (Maldonado Cocco et al, 2000).

Tratamiento

La AR es una afección crónica de etiología desconocida para la cual no existe tratamiento curativo. El enfoque terapéutico actual de la AR enfatiza el diagnóstico temprano, una terapéutica inicial intensiva para inducir una remisión y un tratamiento más agresivo para las formas resistentes.

El tratamiento dependerá de cada paciente en particular, ya sea del grado de actividad inflamatoria, la extensión y severidad del daño articular y la limitación funcional del paciente. Es sustancial reconocer la rapidez de la progresión de la enfermedad. Estos factores junto con el reconocimiento de ciertas manifestaciones sistémicas sirven como guía para planificar el tratamiento terapéutico.

El abordaje del equipo interdisciplinario es fundamental en el tratamiento de las enfermedades crónicas e invalidantes, y de él depende básicamente el éxito del mismo. Los integrantes del equipo deben trabajar conjuntamente, no interfiriendo en sus respectivas funciones y respetando el papel de cada uno de sus miembros. El equipo terapéutico está formado por distintos profesionales, entre los que puede mencionarse, reumatólogo, cirujano ortopédico, enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo y asistente social. Cada uno tiene una función determinada y concreta (Díaz Petit, J., Camp, R. 2002).

Es muy importante en el proceso de tratamiento de personas con AR, establecer un programa para la educación del paciente y la familia, detallando los alcances de la enfermedad y del tratamiento. Conservando las aptitudes físicas, psicológicas y funcionales de estas personas durante el mayor tiempo posible.

Los objetivos del tratamiento son disminuir el dolor, la supresión o atenuación de la actividad inflamatoria, mantener y mejorar la capacidad funcional, prevenir y/o corregir la aparición de deformidades, maximizar la calidad de vida y retardar la progresión de la enfermedad. En el paciente con enfermedad avanzada, además de los objetivos mencionados, podrán ser necesarias medidas especiales de rehabilitación, como asistencia en la marcha con elementos de descarga o si es necesario cirugías correctivas a fin de restablecer la pérdida de función.

El plan de tratamiento consiste en reposo, terapia física y drogas analgésicas antiinflamatorias no esteroideas. En cuanto al reposo todo paciente con AR debe lograr un adecuado balance entre la actividad que desarrolla y el reposo; intercalando así períodos de actividad y descanso varias veces al día, esto facilita disminuir el uso continuado de las articulaciones y poder llegar a la noche con menos cansancio o agotamiento, que es otro

síntoma de enfermedad activa. En las exacerbaciones es recomendable reposo absoluto en cama.

El reposo local de articulaciones muy sintomáticas puede efectivizarse mediante el uso de valvas o férulas especiales para manos, rodillas o tobillos, de uso habitualmente nocturno y nunca permanente.

El paciente debe ser instruido en los principios de protección articular y en evitar posiciones antálgicas viciosas durante el reposo. A fin de mantener un rango normal de movimientos y evitar la atrofia muscular derivada de la inflamación articular y el desuso, es muy importante el inicio precoz de un programa de ejercicios terapéuticos.

Cosentino & Cosentino (2001), sostienen que el plan farmacológico está dirigido a disminuir el dolor y la inflamación, y que los medicamentos más utilizados se clasifican en dos grupos: drogas de efecto inmediato (antiinflamatorios no corticoideos y corticoesteroides) y drogas de acción mediata o modificadoras del curso evolutivo de la enfermedad (como sales de oro parenterales, metotrexato (MTX), antimaláricos, sulfasalazina, penicilamina, inmunosupresores, leflunomida y etanercept) estas se indican desde el comienzo cuando se detectan factores de mal pronóstico.

La cirugía ortopédica está indicada en los casos en los que sea necesario reparar, reconstruir o reemplazar articulaciones dañadas, así como también son encaminadas a prevenir lesiones tendinosas y articulares.

La sinovectomía se efectúa cuando la persistencia del proceso inflamatorio de una articulación provoca marcada incapacidad. Llevándose a cabo la extirpación de la sinovial patológica que invade los otros tejidos articulares. El éxito de esta cirugía radica en una buena técnica de extirpación y en la articulación en donde se actúe. Se indica frecuentemente en rodilla, MTCF y tendones extensores.

Con respecto a las artrodesis, debe ser evitada en lo posible. Pero es necesaria en algunas articulaciones de mano, carpo y retropié.

Para el éxito de la cirugía ortopédica es importante tener la precaución de conversar con el paciente explicándole qué es lo que se le va a hacer y qué es lo que se pretende lograr. Asegurándose su participación activa. (Ramos Vértiz, 2006).

Intervención del Terapeuta Ocupacional en AR

Las enfermedades reumáticas como es el caso de la AR, producen un cambio estructural en la vida de la persona, quien se ve imposibilitado de realizar sus actividades básicas cotidianas en su forma habitual. Esto trae como consecuencia la pérdida de su autoestima al requerir en algunos casos dependencia parcial o total en la realización de las mismas. Es función de la terapia ocupacional mantener o mejorar la funcionalidad de las personas. (Maldonado Cocco, 2000).

Desde Terapia Ocupacional se realiza una evaluación exhaustiva de los componentes que se encuentran comprometidos: amplitud articular activa y pasiva, fuerza muscular, sensibilidad, deformidades y resistencia y también se evalúan las áreas de ejecución o desempeño que se encuentren comprometidas: las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, tiempo libre u ocio y laboral.

Se realizará una evaluación subjetiva en base a lo que la persona manifiesta sobre su enfermedad, como dolor, fatiga, cansancio general y rigidez matinal.

Evaluación

Se evalúa la amplitud articular activa y pasiva, donde la AR produce cambios en esta función, a causa del excesivo juego articular, debido a la debilidad de los ligamentos y la afectación de la cápsula articular, y por contractura de músculos y del tejido conectivo.

Otro componente que se evalúa es la fuerza muscular, la naturaleza sistémica de la AR, junto con la atrofia por falta de uso, produce debilidad muscular.

También se deberá incluir una evaluación sensitiva en caso que la persona presente compromisos sistémicos como polineuropatías, compresión nerviosa o hipersensibilidad.

En cuanto a la resistencia (la capacidad para mantener un esfuerzo) se requiere energía para que una persona produzca la intensidad o cantidad requerida de esfuerzo durante determinado tiempo necesario para completar un ejercicio o actividad. Al evaluar este componente hay que tomar en cuenta el tiempo que perdura la actividad y la cantidad o intensidad de la misma.

Las deformidades se evalúan determinando si los ligamentos y la cápsula están distendidos dando como resultado un exceso de movimiento articular; si los músculos están demasiados tensos, si hay hinchazón o nódulos, y si se ha preservado la integridad de los tendones y las articulaciones. (Trombly, 1990)

Es muy importante, la evaluación específica de la mano, cuya afectación puede llevar a grandes niveles de incapacidad. Debido a la importancia de la mano como órgano efector de las prensiones, se evaluarán las funciones prensiles y no prensiles de este segmento. Se tendrá en cuenta la presencia de deformidades ya que traen aparejadas serias dificultades en el desempeño de las actividades que realiza la persona.

En cuanto a la evaluación de las áreas del desempeño consiste en la observación sistemática y en una entrevista para determinar que tareas no pueden ser efectuadas y cuáles son los factores limitantes. Se tendrá en cuenta las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria, tiempo libre u ocio y laborales. Las pruebas estandarizadas más utilizadas son el índice de Katz, el índice de Barthel, y la Evaluación Revisada de Autoatención de Kenny, entre otras (Trombly, 1990).

Luego de recabado los datos sobre el estado actual del paciente, habiendo evaluado tanto los aspectos físicos mencionados, como los datos subjetivos que dan cuenta de la repercusión de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente, el terapeuta ocupacional debe decidir acerca del plan de intervención más adecuado para cada paciente con AR.

Objetivos:

El objetivo general en terapia ocupacional en el tratamiento de la AR es:

- Mantener y/o lograr la independencia en las áreas de desempeño (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, tiempo libre u ocio y laborales).

Los objetivos específicos de la terapia ocupacional en el tratamiento de los pacientes con AR dependen de los problemas y necesidades de la persona en particular y de la etapa de la enfermedad a considerar son:

- Disminuir sintomatología inflamatoria.
- Mantener o incrementar la movilidad articular.
- Prevenir y/o contrarrestar deformidades.
- Mantener o incrementar la fuerza muscular.
- Mantener o incrementar la resistencia.

El plan de tratamiento se elabora en base a los problemas y necesidades de las personas en particular y de la etapa de la enfermedad en la cual se encuentre. En la etapa aguda, que es el momento de eclosión de la enfermedad, los principales síntomas son dolor, tumefacción, inflamación y rigidez matinal. Por lo tanto, el tratamiento en esta etapa se basa en reposo, reposo regional, equipamiento ortésico, crioterapia, movilizaciones suaves (ejercicios isométricos) y ejercicios activos asistidos.

En la etapa subaguda, donde comienza a la disminución de la sintomatología el tratamiento se orienta en base a un programa de movilizaciones y ejercicios activos asistidos y activos, que gradualmente se irá aumentando en repeticiones, en tiempo y carga y ejercicios de estiramiento, los cuales formaran parte de la rutina diaria de la persona, termoterapia, equipamiento ortésico, educación del paciente y principios de protección articular y conservación de energía.

En la etapa crónica, período de remisión de la enfermedad, el tratamiento consta de ejercicios y movilizaciones (ejercicios resistido contra gravedad y con mínima resistencia), la resistencia se graduará en forma paulatina no sobrepasando los niveles de resistencia media y será implementada con masas terapéuticas o gomas elásticas. El plan de ejercicios contra resistencia debe ser controlado y progresivo, suspendiéndose ante la aparición o presencia de dolor o inflamación. El diseño de un programa de ejercicios para el hogar, principios de protección articular y conservación de energía, entrenamiento de la capacidad funcional global en el desempeño de las actividades y asesoramiento a la persona y a su familia en relación a la adaptación del entorno y modificación de tareas, hábitos, reorganización de las rutinas diarias.

Educación

La educación del paciente es una estrategia fundamental en Terapia Ocupacional. Su objetivo está dirigido a que la persona tenga conocimiento de su enfermedad y del uso de técnicas para proteger las articulaciones y prevenir el dolor durante la ejecución de tareas ocupacionales.

Las enfermedades del tejido conectivo son potencialmente invalidantes, produciendo una disminución de la capacidad funcional en forma transitoria, permanente o progresiva. Dentro del plan de rehabilitación como principal objetivo, debe establecerse la educación de la persona que estará orientada a controlar el dolor, la inflamación y el estrés. Es vital que comprenda la importancia del reposo de las formas correctas de uso de la articulación para poder llevar a cabo todas las actividades evitando el abuso de las articulaciones comprometidas y por lo tanto conservar energía, preservar funciones y prevenir deterioros. Como también establecer un programa domiciliario.

Los principios básicos de la educación pueden simplificarse en el asesoramiento de las “4 P”; postura, pausas, protección articular y prioridades.

Posturas: Se pondrá el acento, en cuanto al cuidado de las posiciones durante el reposo y las actividades. Se evaluarán en cada caso las actividades personales, laborales, ocupacionales y recreativas.

Pausas: Se deberá establecer el justo equilibrio frente a la actividad y el reposo. Es importante que la persona conozca su propia resistencia para aprender a descansar antes que se produzca la fatiga.

Protección articular: Juntamente con la implementación del equipamiento ortésico, técnicas adaptadas y uso de adaptaciones, se aplicarán los principios de protección articular;

1. Mantener fuerza muscular y amplitud articular.
2. Evitar posiciones de deformidad, presiones y tensiones articulares que conduzcan a posturas deformantes.
3. Uso de articulaciones más fuertes, evitando empleo de las más pequeñas.
4. Uso de cada articulación en su plano anatómico más estable.

5. Empleo de patrones correctos de movimiento.
6. Evitar el uso prolongado de articulaciones o músculos en una misma actividad.
7. Evitar iniciar una actividad que no pueda ser interrumpida, teniendo en cuenta la adecuada tolerancia de cada paciente.
8. Evitar el dolor.

Prioridades: Es la programación diaria de las actividades tratando de evitar sobreexigencias. Será necesario evaluar las actividades que demanden más esfuerzo y tiempo y equilibrarlas con el reposo y actividades de menor exigencia.

En cuanto al tiempo libre, hay que estimular al paciente a que realice actividades recreativas, artesanales o deportivas en sus momentos de ocio, le proporcionará bienestar y lo ayudará en su integración social.

No se aconseja la práctica de deportes de contacto o impacto, siendo conveniente la realización de natación o ciclismo.

Equipamiento ortésico

Como elemento terapéutico es importante considerar la indicación y el uso de ortesis. Una ortesis es un dispositivo agregado al cuerpo de una persona que tiene como objetivos: sustituir la falta de fuerza motora, reestablecer una función, dar soporte a músculos débiles, posicionar o inmovilizar uno o más segmentos, evitar deformidades, el terapeuta ocupacional confecciona férulas adaptadas a cada paciente en particular. Será responsabilidad del terapeuta ocupacional la revisión periódica del ajuste, función y confiabilidad de la férula.

Las ortesis empleadas para las manos son denominadas férulas, éstas pueden ser de uso diurno o nocturno, permanentes o temporarias.

Las valvas o férula de reposo, son indicadas para dar soporte e inmovilizar articulaciones dolorosas e inflamadas. Su uso es nocturno y en casos de gran dolor o inflamación se indicará durante el día (período agudo).

Adaptaciones

Se refiere a la modificación de la tarea, el método de realización de la tarea, y/o el ambiente para promover la independencia en el funcionamiento ocupacional.

La adaptación de objetos, herramientas y utensilios utilizados en la realización de una tarea o la introducción de equipamiento para posibilitar la realización de una tarea es una función primaria de la Terapia Ocupacional para la mejora del funcionamiento ocupacional en personas con alguna discapacidad física.

El terapeuta ocupacional sugiere adaptaciones dentro del ambiente físico de la persona de acuerdo a sus necesidades, se busca que los espacios cotidianos no se constituyan en obstáculos, permitiendo lograr una mayor comodidad, funcionalidad e independencia para el paciente. Realizando una visita al hogar se puede determinar barreras arquitectónicas, reorganización necesaria de muebles e instalaciones necesarias, adaptación de espacio y elementos de trabajo y desarrollo de dispositivos específicos. Las preferencias del cliente y el deseo de ser independiente deben afectar a la selección de las estrategias de intervención. El objetivo de una adaptación ambiental es ayudar al cliente a vivir lo más independiente posible.

El proceso de adaptación va a permitir:

- Analizar las demandas de la tarea.
- Identificar la limitación funcional y el problema.
- Conocer los principios de compensación.
- Aplicar creativamente principios de compensación para resolver el problema.

- Conocer recursos para implementar la solución.
- Verificar la modificación.
- Entrenar en el uso seguro.

Es fundamental destacar que, el terapeuta ocupacional suscribe un abordaje holístico en el tratamiento y se considera como factores inherentes a la persona, los valores, las creencias, la espiritualidad, además, busca facilitar las interacciones entre la persona, el entorno o contexto y las actividades u ocupaciones con el fin de que este, alcance el resultado deseado, que respalde su salud y su participación en la vida.

La terapia ocupacional pretende obtener un desempeño y participación ocupacional satisfactorio, rompiendo el ciclo negativo provocado por esta enfermedad (AR) que impide a la persona seguir con su vida ocupacional. Las personas necesitan comprometerse en ocupaciones significativas y relevantes para lograr y facilitar el proceso de adaptación ocupacional a través del tiempo.

Definición operacional de variables

Adaptación ocupacional

La adaptación ocupacional se define como la construcción de una identidad ocupacional positiva y el logro de una competencia ocupacional a través del tiempo en el contexto del entorno propio.

Esta definición reconoce que la adaptación ocupacional tiene dos elementos distintivos e interrelacionados, a saber:

Identidad ocupacional: se define como un sentido compuesto de quien es uno y los deseos de llegar a ser como un ser ocupacional a partir de la propia historia de participación ocupacional. La propia volición, habituación y experiencia del cuerpo vivido se integran en la identidad ocupacional.

Competencia ocupacional: La competencia ocupacional es el grado en el que uno sustenta un patrón de participación ocupacional que refleja la identidad ocupacional personal. Por lo tanto, mientras la identidad tiene que ver con el sentido subjetivo de la vida ocupacional propia, la competencia tiene que ver con poner en acción esa identidad en forma continua. (Kielhofner, 2008, p. 106-107).

En cuanto a la operacionalización de este constructo, se trata de un comportamiento que se mide a través de tres dimensiones: identidad ocupacional, competencia ocupacional y ambiente de comportamiento ocupacional, los cuales constituyen los reactivos de las tres subescalas en el instrumento.

1. ***La Identidad Ocupacional:*** Se define por medio de los siguientes reactivos: tener metas y proyectos personales, identificar un estilo de vida ocupacional deseado, esperar el éxito,

aceptar responsabilidades, valorar capacidades y limitaciones, tener compromisos y valores, reconocer identidad y obligaciones, tener intereses, se sintió efectivo (en el pasado), encontró sentido y satisfacción en su estilo de vida en el pasado, hizo elecciones ocupacionales en el pasado.

2. ***La Competencia Ocupacional:*** Abarca los siguientes reactivos: mantener un estilo de vida satisfactorio, cumplir con las expectativas de los roles, trabajar hacia metas personales, cubrir los estándares de desenvolvimiento personal, organizar el tiempo para sus responsabilidades, participar en intereses, cumplió con las expectativas de los roles en el pasado, mantuvo hábitos en el pasado, logró satisfacción en el pasado.

3. ***Los Contextos Ocupacionales (Entornos):*** Incluyen los siguientes reactivos: formas ocupacionales de vida en el hogar (tareas), formas ocupacionales del principal rol productivo (tareas), formas ocupacionales de diversión (tareas), grupo social de vida hogareña, grupo social del principal rol productivo, grupo social de diversión, vida del hogar/ espacios físicos/ objetos/ recursos, principal rol productivo, espacio físico, objetos y recursos, diversión/espacio físico/objetos y recursos.

Dimensionamiento de la variable

A D A P T A C I Ó N O C U P A C I O N A L	I D E N T I D A D O C U P A C I O N A L	TENER OBJETIVOS Y PROYECTOS PERSONALES	4	
			3	
			2	
			1	
		IDENTIFICAR UN ESTILO DE VIDA OCUPACIONAL DESEADO	4	
			3	
			2	
			1	
		ESPERAR EL ÉXITO	4	
			3	
			2	
			1	
		ACEPTAR RESPONSABILIDADES	4	
			3	
			2	
			1	
		EVALUAR CAPACIDADES Y LIMITACIONES	4	
			3	
			2	
			1	
		TENER COMPROMISOS Y VALORES	4	
			3	
			2	
1				
RECONOCER IDENTIDAD Y OBLIGACIONES	4			
	3			
	2			
	1			
TENER INTERESES	4			
	3			
	2			
	1			

A D A P T A C I Ó N	O C U P A C I O N A L	HABERSE SENTIDO EFICAZ	4	
			3	
			2	
			1	
		HABER TENIDO SATISFACCIÓN EN SU ESTILO DE VIDA	4	
			3	
			2	
			1	
		HABER TENIDO ELECCIONES OCUPACIONALES	4	
			3	
	2			
	1			
	C O M P E T E N C I A	MANTENER UN ESTILO DE VIDA SATISFACTORIO	4	
3				
2				
1				
SATISFACER EXPECTATIVAS DE LOS ROLES		4		
		3		
		2		
		1		
TRABAJAR HACIA LOS OBJETIVOS		4		
		3		
		2		
		1		
CUBRIR LOS ESTANDARES DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL	4			
	3			
	2			
	1			
ORGANIZAR EL TIEMPO PARA LAS RESPONSABILIDADES	4			
	3			
	2			
	1			

A D A P T A C I Ó N	O C U P A C I O N A L	PARTICIPAR EN INTERESES	4	
			3	
			2	
			1	
		HABER CUMPLIDO CON LOS ROLES	4	
			3	
			2	
			1	
		HABER MANTENIDO HÁBITOS	4	
			3	
	2			
	1			
	HABER LOGRADO SATISFACCIÓN	4		
		3		
		2		
		1		
	O C U P A C I O N A L	C O N T E X T O S		
FORMAS OCUPACIONALES DE LA VIDA DOMÉSTICA			4	
			3	
			2	
			1	
FORMAS OCUPACIONALES DEL ROL PRINCIPAL PRODUCTIVO			4	
			3	
			2	
			1	
FORMAS OCUPACIONALES DEL TIEMPO LIBRE			4	
		3		
		2		
		1		
GRUPO SOCIAL DE LA VIDA DOMÉSTICA		4		
		3		
		2		
		1		

A D A P T A C I Ó N O C U P A C I O N A L	O C U P A C I O N A L E S E N T O R N O	GRUPO SOCIAL DEL PRINCIPAL ROL PRODUCTIVO	4	
			3	
			2	
			1	
		GRUPO SOCIAL DE TIEMPO LIBRE	4	
			3	
			2	
			1	
		ESPACIOS FÍSICOS, OBJETOS Y RECURSOS DEL PRINCIPAL ROL PRODUCTIVO	4	
			3	
			2	
			1	
		ESPACIOS FÍSICOS, OBJETOS Y RECURSOS DE TIEMPO LIBRE	4	
			3	
			2	
			1	
ESPACIOS FÍSICOS, DE LA VIDA DOMÉSTICA	4			
	3			
	2			
	1			
<p>CLAVE: 4: Función Ocupacional excepcionalmente competente (facilita la participación ocupacional) 3: Función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria (permite la participación ocupacional). 2: Algunos problemas en la función ocupacional (interfiere con la participación ocupacional). 1: Problemas extremos en la función ocupacional (inhibe la participación ocupacional).</p>				

Tipo de diseño

El tipo de diseño es no experimental, retrospectivo, transversal y descriptivo. La selección de este tipo de diseño metodológico se fundamenta en que es una herramienta al servicio de los objetivos y de la naturaleza de la problemática a estudiar, la cual al tratarse de una cuestión de naturaleza humana ya reviste en si misma cierta complejidad y multidimensionalidad. No se trata de seleccionar una metodología a priori, sino que el propósito de investigación y la multidimensionalidad de las variables a estudiar, es lo que define el tipo de diseño metodológico más apropiado para cada estudio a fin de que el diseño y las técnicas utilizadas para el muestreo, la recolección de datos y el análisis de los mismos sean un camino, que si bien debe ser sistemático y riguroso, no reduzca ni limite la complejidad del objeto de estudio, sino que reconozca y permita describir la riqueza de la problemática de estudio. Esta investigación consiste en describir diversas variables de interés de acuerdo al objetivo propuesto, analizando fenómenos reales de la historia ocupacional y el grado de adaptación ocupacional en personas con AR, mediante la valoración de los resultados obtenidos en las tres subescalas (identidad, competencia y contexto ocupacional) del OPHI II. Se estudió el comportamiento de dichas variables en el ambiente natural en que se desarrollan y en un momento temporal determinado, en el cual las variables de interés ya han ocurrido en las vidas de los participantes y en particular la enfermedad de AR. (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista, 2003).

El enfoque de estudio seleccionado responde al objetivo de investigación, a la naturaleza del problema de estudio, a la multidimensionalidad del constructo a evaluar y a la naturaleza de los datos a recoger con el instrumento seleccionado. Los datos que se obtienen mediante la evaluación con ese instrumento (OPHI II) son de carácter cuantitativo y cualitativo, lo cual lejos de ser una desventaja, enriquece el estudio y respeta la complejidad y la

multidimensionalidad de las variables implicadas. El método cualitativo permite a dicha investigación comprender el significado de las experiencias de vida en su acontecer dentro de un contexto donde tienen lugar y cobran sentido, dando prioridad a la comprensión y al sentido del discurso narrativo de las personas brindados a través del testimonio y la experiencia de vida ocupacional de ellas. Por su parte, los datos de carácter numérico y cuantitativo, se analizaron mediante técnicas cuantitativas, permitiéndose la cuantificación y medición de los datos recolectados. En cuanto a los datos obtenidos a través de este instrumento, por su naturaleza, son datos discursivos propios del relato de los mismos participantes de sus situaciones de vida en relación a las variables investigadas, que se recolectan mediante una entrevista, a través del testimonio y la experiencia de vida de las personas, por un lado; y por otro lado, el mismo instrumento posee una valoración cuantitativa de los datos mediante escalas de Likert de valores numéricos, más allá de que luego en el tratamiento de los datos, se pueda realizar además una valoración cualitativa. Se trata de un estudio transversal ya que se indaga las variables implicadas en la problemática de estudio en participantes en un mismo momento específico de su curso vital y en un mismo contexto socio-histórico particular. Es un diseño no experimental, no hay intervención ni manipulación de variables ni interés en establecer relaciones causales.

Muestra

En relación a la muestra no probabilística, responde a las exigencias metodológicas internas del estudio. Se trata de una evaluación exhaustiva de casos particulares, estudio de casos, seleccionados intencionalmente o por conveniencia según ciertos criterios de inclusión y exclusión, pertinentes y cuidadosamente determinados.

Los participantes seleccionados pertenecen a un grupo de atención primaria perteneciente al CEMA (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias) de la ciudad de Mar del Plata, la muestra está constituida por 9 personas con diagnóstico de AR. La edad de los participantes comprendida entre los 25 a 60 años, con una evolución mínima de la patología de cinco años de la enfermedad.

Los criterios de inclusión son: que los participantes tengan diagnóstico Médico de AR, ser pacientes del CEMA, tener entre 25 y 60 años de edad cronológica, con una evolución de la enfermedad como mínimo de 5 años a la fecha de realización de la toma de datos y residir en la ciudad de Mar del Plata.

Los criterios de exclusión son: personas con lesiones centrales y/o que presenten déficit intelectual o deterioro cognitivo avanzado y pacientes que transitan por un corto plazo en el CEMA.

Técnicas de recolección de datos

En concordancia con la metodología de investigación propuesta y los objetivos formulados, se implementaron las siguientes técnicas:

- ***Cuestionario Sociodemográfico:*** (ver anexo) Cuestionario cerrado para indagar las variables: Edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, actividades ocupacionales realizadas, conformación de grupo conviviente y cantidad de años de evolución de la enfermedad.
- ***Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (II)-OPHI-II (Kielhofner, G.et al. 2008):*** (ver anexo) Recoge información acerca de la adaptación ocupacional pasada y

presente de una persona. Es un instrumento de evaluación que consta de tres partes e incluye:

-Una entrevista semi-estructurada que explora la historia de la vida ocupacional de una persona.

-Escala de calificación que proporcionan una medición de la identidad ocupacional, la competencia ocupacional de la persona y el impacto del ambiente (entorno) de comportamiento ocupacional de la persona.

-Una narrativa (un relato) de la historia de vida, diseñada para capturar las características cualitativas sobresalientes de la historia de vida ocupacional.

Como entrevista semiestructurada se organiza en las siguientes áreas temáticas: elecciones de actividad/ ocupacionales, eventos de vida críticos, rutina diaria, roles ocupacionales y contextos ocupacionales (entorno).

La segunda parte de la OPHI II está compuesta por tres de escala de puntuación:

1. Escala de Identidad Ocupacional
2. Escala de Competencia Ocupacional
3. Escala de Contextos Ocupacionales (entorno).

Las tres escalas proporcionan un medio para convertir la información recogida en la entrevista en tres mediciones. La escala de Identidad Ocupacional mide el grado en el cual las personas tienen valores, intereses y confianza personal; el grado en que se ven en distintos roles ocupacionales y mantienen una imagen del tipo de vida que desean. La escala de Competencia Ocupacional mide el grado en el cual una persona puede sostener un patrón de participación ocupacional que sea productivo y satisfactorio. La escala de Contextos Ocupacionales mide el impacto del entorno en la vida ocupacional de una persona. El investigador comienza llevando a cabo la entrevista, que toma aproximadamente entre 45 y 60 minutos completarla. Después

de la entrevista, el investigador califica las tres escalas de evaluación que consisten en un total de 29 ítems. Le otorga puntaje a cada ítem con una puntuación de 4 puntos, que indica el grado de adaptación ocupacional/ impacto ambiental. La puntuación se completa primero anotando los criterios que describen a la persona para cada ítem y después seleccionando la puntuación correspondiente.

Un formulario de medición ha sido desarrollado para estas tres escalas, éste permite mediciones de intervalo para ser extraídas de las puntuaciones ordinales realizadas en cada una de las escalas. (Kielhofner, Dobria, Forsyth y Basu, 2005; p.266-267).

Cada una de las tres escalas proporciona un perfil de las potencialidades y las debilidades relacionadas con la identidad, la competencia y el impacto ambiental, que es útil para planificar la terapia.

Luego el investigador completa el formulario de narrativa de la historia de vida, que se utiliza para comunicar información cualitativa de la entrevista. Como parte de este proceso, el investigador grafica la historia de vida de la persona y así indica la pendiente de la narrativa. Esto permite desarrollar una apreciación del diagrama de la narrativa ocupacional que subyace en la identidad y la competencia de la persona.

El OPHI-II cumple con los criterios de validez y confiabilidad psicométricos adecuados para su aplicación en diferentes poblaciones, edades, patologías, idiomas y culturas.

El modelo Rash de medición, especifica que una buena escala de medición capta un contenido teórico determinado. En otras palabras, cada uno de los reactivos de la escala revela algún aspecto de un rasgo o contenido que la escala se propone medir. (Kielhofner, Henry, Walens & Rogers, 1991).

Procedimiento de recolección de datos

Primeramente, en un periodo previo a la recolección definitiva de los datos, se realizó un entrenamiento en el uso del instrumento de evaluación OPHI-II por parte de las tesisistas, a fin de aprender la administración del mismo, la duración en el tiempo, las posibles dificultades que puedan surgir al momento de la implementación. Para ello, se administró en el marco de una entrevista semidirigida el instrumento a una persona con la misma condición inicial que los participantes de la muestra definitiva en relación al padecimiento de la enfermedad AR. Se informó el objetivo de la investigación a realizar y se aseguró el consentimiento informado.

Posteriormente, para la administración del instrumento OPHI II, en la muestra definitiva se contactó a la Terapeuta Ocupacional del CEMA, quien nos facilitó un listado de personas con diagnóstico de AR con más de 5 años de evolución y con edades comprendidas entre los 25 a 60 años. Cada tesisista llamó telefónicamente, corroborando los datos antes mencionados, coordinando un lugar físico, fecha y horario para la entrevista personal. Las mismas se efectuaron durante el mes de marzo, abril del 2018. Se corroboró previamente que el entrevistado cumpla con los requisitos mínimos establecidos para la muestra lo cual se confirmó nuevamente en el encuentro personal. Se garantizó el anonimato y se acordó el consentimiento informado con cada participante de acuerdo a las normativas nacionales vigentes sobre la investigación con personas. La recolección de los datos se realizó en una sesión de aproximadamente de 120 minutos a dos horas, de manera individual, en el CEMA. Las entrevistadas asistieron en tiempo y en forma con muy buena predisposición para participar del estudio.

Análisis de datos

Se realizó un análisis de los datos cuantitativos y cualitativos mediante las instrucciones del Manual del Usuario de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (II) (OPHI-II) (Kielhofner, G. et al 2008) a partir de estos datos se obtuvo la calificación numérica de las tres subescalas (identidad, competencia y contexto ocupacional) y la información de la narrativa que determinó el grado de adaptación ocupacional en las personas con AR. Para el análisis de los datos, se utilizaron técnicas de análisis de contenido para el análisis de los discursos de los participantes, destacando los hechos significativos narrados, las diferencias y semejanzas, la saliencia, etc. y se siguieron los parámetros ofrecidos por el instrumento para la clasificación y cuantificación de los datos. A su vez, se aplicaron técnicas de estadística descriptiva básica sobre los datos cuantitativos.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los datos obtenidos caracterizando primero la muestra y luego en función de cada uno de los objetivos se describirán las variables estudiadas. Con respecto a la muestra estudiada estuvo constituida por 9 mujeres, que recibían atención, por su diagnóstico de Artritis Reumatoidea, en el CEMA de la ciudad de Mar del Plata. Las edades presentadas fueron de 25, 29, 39, 41, 48, 51, 51, 52, 56 años; siendo el promedio de 43,55 años. En cuanto a su estado civil, 6 de las participantes son casadas, 2 divorciadas y 1 soltera. Siendo la residencia de las mismas en la ciudad de Mar del Plata. En relación a las actividades de trabajo, 3 refirieron estar ocupadas laboralmente, desempeñándose como empleadas domésticas, y los 6 restantes, refieren no estar ocupadas laboralmente, ya que, 4 son amas de casa y 2 de las participantes refieren no trabajar por prescripción médica. En proporción a estos datos se observa que el 66,7% de las participantes no está ocupada laboralmente y el 33,3% está ocupada laboralmente. En cuanto al nivel de instrucción, 2 de las mujeres completaron la primaria. 5 de ellas no completaron el secundario, 1 tiene el secundario completo y 1 de ellas tiene nivel universitario incompleto. Todas las participantes conviven con algún familiar. Solo 6 participantes enunciaron tener personas a cargo de su cuidado, una a su madre (85 años), y las otras a sus hijos. Así mismo en tres casos hicieron referencia a que conviven con familiares, pero no están a cargo de ellos.

Se dividieron los años de evolución de la enfermedad en dos escalas comprendidas de la siguiente manera:

En la escala 1 comprendida entre los 5 a 14 años de evolución de la enfermedad se ubican 7 personas. En la escala 2 comprendida entre los 15 a 24 años de evolución de la enfermedad se encontraron dos personas (Tabla 1).

Tabla n° 1: *Años de evolución de la enfermedad de las personas con diagnóstico de AR que residen en Mar del Plata y son concurrentes al CEMA en el período Marzo- Abril 2018.*

AÑOS DE EVOLUCION		CASOS
ESCALA 1	5	3
5 – 14	8	1
	10	1
	11	1
	14	1
	ESCALA 2	16
15 - 24	23	1

Respectos a los objetivos del presente trabajo, el primer objetivo es determinar el grado de adaptación ocupacional de la muestra en cada reactivo de las tres subescalas: Identidad Ocupacional, Competencia Ocupacional y Ambiente de Comportamiento Ocupacional según el tiempo de evolución de la enfermedad.

Mediante el análisis cuantitativo el grado de adaptación ocupacional de las participantes se lo describe en la siguiente tabla y gráfico en función de las tres escalas.

De acuerdo a la puntuación del instrumento en la Escala de Identidad Ocupacional se halló que la mayoría de las participantes se ubicó en el nivel 3, es decir, mostraron una función ocupacional buena, apropiada y satisfactoria en los siguientes reactivos: tiene metas y proyectos personales, identifica un estilo de vida, espera el éxito, acepta responsabilidades, tiene compromisos y valores y reconoce identidades y obligaciones. En cambio, se observó que la mayoría de los participantes presentaron un nivel 2 es decir, algunos problemas en la función

ocupacional en los reactivos: tiene intereses, encontró sentido/satisfacción en su estilo de vida (pasado) e hizo elecciones ocupacionales (pasado). Como se observa en todos los reactivos, la muestra se ubicó entre los valores 2 y 3 de la Escala de Identidad Ocupacional, las entrevistadas presentan buenos valores en relación a la enfermedad.

Tabla n° 2: *Adaptación Ocupacional según reactivos de la Escala de Identidad Ocupacional que presentan las entrevistadas con diagnóstico de A.R, que residen en Mar del Plata y son concurrentes al CEMA, en el periodo Marzo- Abril 2018.*

ESCALA DE IDENTIDAD OCUPACIONAL	0		1		2		3		4	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Tiene metas y proyectos personales	0	0	0	0	2	22	7	78	0	0
Identifica un estilo de vida ocupacional	0	0	0	0	0	0	9	100	0	0
Espera éxito	0	0	0	0	0	0	9	100	0	0
Acepta responsabilidades	0	0	0	0	1	11	8	89	0	0
Valora habilidades y limitaciones	0	0	0	0	4	44	5	56	0	0
Tiene compromisos y valores	0	0	0	0	0	0	9	100	0	0
Reconoce identidades y obligaciones	0	0	0	0	1	11	8	89	0	0
Tiene intereses	0	0	0	0	6	67	3	33	0	0
Se sintió efectivo(pasado)	0	0	0	0	3	33	6	67	0	0
Encontró sentido/satisfacción en su estilo de vida (pasado)	0	0	0	0	5	56	4	44	0	0
Hizo elecciones ocupacionales	0	0	0	0	5	56	4	44	0	0

Referencias: Escala ordinal: **4** Función ocupacional excepcionalmente competente (Facilita la participación ocupacional.); **3** Función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria (Permite la participación ocupacional); **2** Algunos problemas en la función ocupacional (Interfiere con la participación ocupacional); **1** Problemas extremos en la función ocupacional (Inhibe la participación ocupacional); **0** No aplica. Fuente: Elaboración propia.

En la Escala de Competencia Ocupacional se observó que algunas de las entrevistadas mostraron una función ocupacional buena (nivel 3) en los siguientes reactivos, mantiene un estilo de vida satisfactorio, cubre los estándares de desenvolvimiento personales, organiza su

tiempo para cumplir responsabilidades y mantuvo hábitos (pasado). Mientras otras de las entrevistadas presentaron algunos problemas en la función ocupacional en los siguientes reactivos: cumple con las expectativas de sus roles, trabaja hacia metas, participa en intereses, cumplió con sus roles (pasado) y logró satisfacción (pasado). Cabe destacar que hubo algunos casos que demostraron problemas extremos en la función ocupacional en los siguientes reactivos: cubre los estándares de desenvolvimiento personales, participa en intereses y logró satisfacción (pasado).

Se observó en los reactivos, que hubo una oscilación entre los valores 2 y 3 y una minoría con valor 1 en la Escala de Competencia Ocupacional. No se registró a nadie con valor 4.

Tabla n° 3: *Adaptación Ocupacional según reactivos de la Escala de Competencia Ocupacional.*

ESCALA DE COMPETENCIA OCUPACIONAL	0		1		2		3		4	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Mantiene un estilo de vida satisfactorio	0	0	0	0	2	22	7	78	0	0
Cumple con las expectativas de sus roles	0	0	0	0	5	56	4	44	0	0
Trabaja hacia metas	0	0	0	0	8	89	1	11	0	0
Cubre los estándares de desenvolvimiento personales	0	0	1	11	1	11	7	78	0	0
Organiza su tiempo para cumplir responsabilidades	0	0	0	0	1	11	8	89	0	0
Participa en intereses	0	0	2	22	6	67	1	11	0	0
Cumplió con sus roles (pasado)	0	0	0	0	5	56	4	44	0	0
Mantuvo hábitos (pasado)	0	0	0	0	3	33	6	67	0	0
Logró satisfacción (pasado)	0	0	1	11	5	56	3	33	0	0

Referencias: **4** Función ocupacional excepcionalmente competente (Facilita la participación ocupacional.); **3** Función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria (Permite la participación ocupacional); **2** Algunos problemas en la función ocupacional (Interfiere con la participación ocupacional); **1** Problemas extremos en la función ocupacional (Inhibe la participación ocupacional); **0** No aplica.

FUENTE: Elaboración propia.

En la Escala de Contexto Ocupacional se observó que la mayoría de las entrevistadas presentaron una función ocupacional buena, apropiada y satisfactoria en los siguientes reactivos: formas ocupacionales de vida en el hogar, formas ocupacionales de diversión, grupo social en la vida hogareña, grupo social de diversión, espacios físicos, objetos y recursos en la vida hogareña y espacios físicos, objetos y recursos en los ambientes de diversión. Algunas de las entrevistadas presentaron algunos problemas en la función ocupacional en los siguientes reactivos: formas ocupacionales de vida en el hogar, formas ocupacionales de diversión y espacios físicos, objetos y recursos en la vida hogareña. Hubo una entrevistada que mostró problemas extremos en la función ocupacional en los reactivos: formas ocupacionales de vida en el hogar, formas ocupacionales del principal rol productivo, grupo social del principal rol productivo y espacios físico, objetos y recursos en el rol productivo. También se presentó una entrevistada con valor 4, función ocupacional excepcionalmente competente, en el reactivo espacios físicos, objetos y recursos en la vida hogareña. Hubo 5 entrevistadas que no se pudieron evaluar debido a que las participantes no se desempeñaban laboralmente.

Se observó que en los reactivos de la escala la muestra se ubicó en su mayoría en un valor 3 y una minoría valor 1.

Tabla n° 4: Adaptación ocupacional según reactivos de la Escala de Contexto Ocupacional.

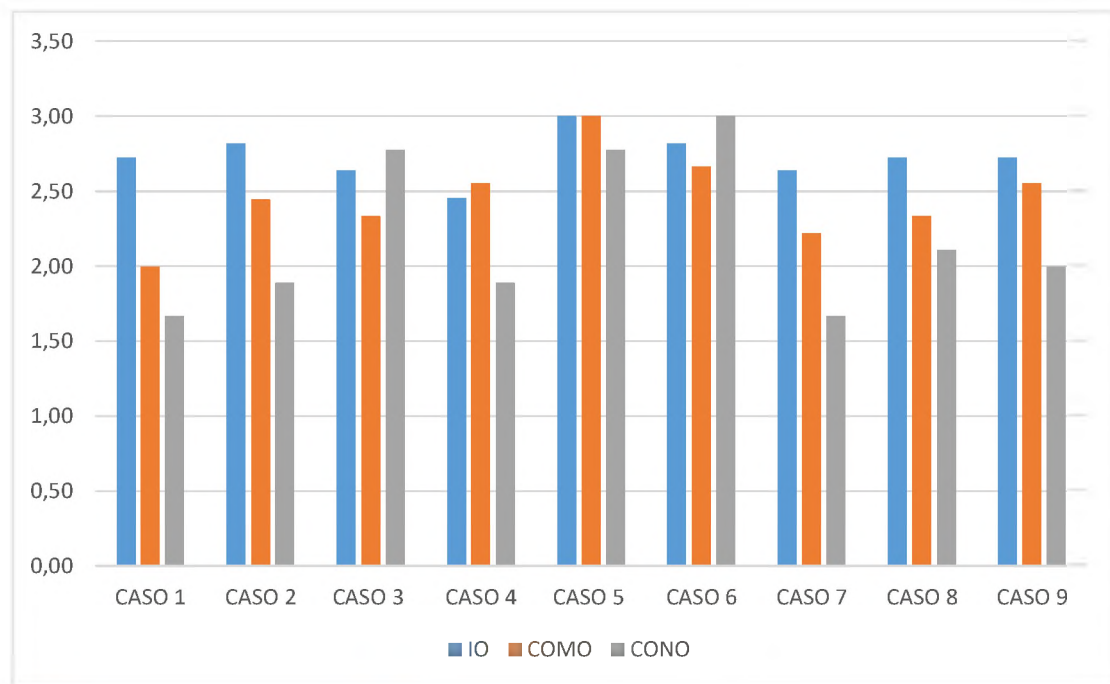
ESCALA DE CONTEXTO OCUPACIONAL	0		1		2		3		4	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Formas ocupacionales de vida en el hogar	0	0	1	11	2	22	6	67	0	0
Formas ocupacionales del rol principal productivo	5	56	1	11	0	0	3	33	0	0
Formas ocupacionales de diversión	0	0	0	0	4	44	5	56	0	0
Grupo social en la vida hogareña	0	0	0	0	1	11	8	89	0	0
Grupo social del principal rol productivo	5	56	1	11	0	0	3	33	0	0
Grupo social de diversión	0	0	0	0	1	11	8	89	0	0
Espacios físicos, objetos y recursos en la vida hogareña	0	0	0	0	3	33	5	56	1	11
Espacios físicos, objetos y recursos en el rol productivo	5	56	1	11	1	11	2	22	0	0
Espacios físicos, objetos y recursos en los ambientes de diversión	0	0	0	0	1	11	8	89	0	0

Referencias: **4** Función ocupacional excepcionalmente competente (Facilita la participación ocupacional.); **3** Función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria (Permite la participación ocupacional); **2** Algunos problemas en la función ocupacional (Interfiere con la participación ocupacional); **1** Problemas extremos en la función ocupacional (Inhibe la participación ocupacional); **0** No aplica.

FUENTE: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico n° 1 que los casos de la escala de Identidad Ocupacional están en su mayoría con una apropiada y buena adaptación ocupacional, se encuentran entre los valores 2 y 3. Comparativamente en la escala de Competencia ocupacional se observa una disminución en el grado de adaptación ocupacional que se ubica en valor 2 y en la escala de Contexto ocupacional los valores oscilan entre 1 y 2.

Gráfico n° 1:



■ Identidad Ocupacional ■ Competencia Ocupacional ■ Contexto Ocupacional

FUENTE: Elaboración propia

Con el objetivo de obtener la valoración que obtuvo cada sujeto en las tres escalas, se realizó la tabulación y codificación de los datos y se procedió a realizar matrices de datos para cada una de las escalas. Los resultados fueron:

En la Escala de Identidad Ocupacional la mayoría de las entrevistadas obtuvieron en relación al grado de adaptación ocupacional que la media se sitúa entre los valores 2 y 3.

Matriz de la escala de Identidad Ocupacional

CASOS / ESC. ID. OCUPACIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
MEDIA	2,78	3,00	3,00	2,89	2,56	3,00	2,89	2,33	2,67	2,44	2,44
DESVIO ST	0,44	0,00	0,00	0,33	0,53	0,00	0,33	0,50	0,50	0,53	0,53

Reactivo 1 (Tiene metas y proyectos personales); **2** (Identifica un estilo de vida ocupacional deseado); **3** (Espera el éxito); **4** (Acepta responsabilidades); **5** (Valora capacidades y limitaciones); **6** (Tiene compromisos y valores); **7** (Reconoce identidades y obligaciones); **8** (Tiene intereses); **9** (Se sintió efectivo en el pasado); **10** (Encontró sentido y satisfacción en su estilo de vida pasado); **11** (Hizo elecciones ocupacionales en el pasado).

FUENTE: Elaboración propia.

Respecto a la Escala de Competencia Ocupacional se obtuvo que la media del grado de adaptación ocupacional se situó en el nivel 2.

Matriz de la escala de Competencia Ocupacional

CASOS / ESC. COMP. OCUPACIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MEDIA	2,78	2,44	2,11	2,67	2,89	1,89	2,44	2,67	2,22
DESVIO ST	0,44	0,53	0,33	0,71	0,33	0,60	0,53	0,50	0,67

Reactivo 1 (Mantiene un estilo de vida satisfactorio); **2** (Cumple con las expectativas de los roles); **3** (Trabaja hacia metas personales); **4** (Cubre los estándares de desenvolvimiento personal); **5** (Organiza el tiempo para sus responsabilidades); **6** (Participa en intereses); **7** (Cumplió con las expectativas de los roles en el pasado); **8** (Mantuvo hábitos en el pasado); **9** (Logró satisfacción en el pasado).

FUENTE: Elaboración propia.

En la Escala de Contexto Ocupacional el promedio del grado de adaptación ocupacional se situó entre los valores 1 y 3, es decir, que el promedio rondó en 2,7. En los reactivos 2, 5 y 8 las entrevistadas no puntuaron, debido a que no se desempeñaban en el rol productivo.

Matriz de la escala de Contexto Ocupacional

CASOS / ESC. CONT. OCUPACIONAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MEDIA	2,56	1,11	2,56	2,89	1,11	2,89	2,78	1,00	2,89
DESVIO ST	0,73	1,45	0,53	0,33	1,45	0,33	0,67	1,32	0,33

Reactivo 1 (Formas ocupacionales de vida en el hogar); **2** (Formas ocupacionales del principal rol productivo); **3** (Formas ocupacionales de diversión); **4** (Grupo social de vida hogareña); **5** (Grupo social del principal rol productivo); **6** (Grupo social de diversión); **7** (Vida del hogar, espacio físico, objetos y recursos); **8** (Principal rol productivo, espacio físico, objetos y recursos); **9** (Diversión, espacio físico, objetos y recursos).

FUENTE: Elaboración propia.

Se presentó a continuación el grado de adaptación ocupacional por promedio en la muestra de 9 casos según cada una de las escalas y el promedio del grupo en cada escala de acuerdo al grado de adaptación ocupacional. En las tres escalas el promedio se ubicó entre los valores 2 y 3.

CASOS/ ESCALAS	IDENTIDAD OCUPACIONAL	COMPETENCIA OCUPACIONAL	CONTEXTO OCUPACIONAL
CASO 1	2,73	2,00	1,67
CASO 2	2,82	2,44	1,89
CASO 3	2,64	2,33	2,78
CASO 4	2,45	2,56	1,89
CASO 5	3,00	3,00	2,78
CASO 6	2,82	2,67	3,00
CASO 7	2,64	2,22	1,67
CASO 8	2,73	2,33	2,11
CASO 9	2,73	2,56	2,00
MEDIA	2,73	2,46	2,20
DESVIO ST	0,14	0,27	0,49

FUENTE: Elaboración propia.

Segundo objetivo planteado, indagar sobre la adaptación ocupacional en relación con las cinco áreas temáticas, elecciones de actividad /ocupacionales, eventos de vida críticos, rutina diaria, roles ocupacionales y contextos ocupacionales (entorno), según el tiempo de evolución de la enfermedad.

Se realiza un análisis cualitativo de las 9 entrevistas donde se consideraron las cinco áreas temáticas.

1. Elecciones ocupacionales

En su mayoría las participantes se desempeñan como ama de casa, debido a las limitaciones físicas causadas por la enfermedad AR, tuvieron una disminución notable en su desempeño ocupacional, lo que influyó considerablemente en su participación ocupacional. Por otra parte, las entrevistadas que se han desempeñado en roles productivos

debieron modificar hábitos, intereses, ya sea por prescripción médica o por la evolución de la enfermedad, teniendo que adaptarse de acuerdo a sus capacidades y limitaciones. Cuando se encuentran con obstáculos tratan de resolverlo buscando alternativas o analizando las posibilidades que se le presentan y en algunos casos cuando surgen dificultades y limitaciones relacionadas con la enfermedad buscan asesoramiento con los profesionales de la salud con los que se atienden, una de las entrevistadas refiere “Cuando me propongo hacer algo y no puedo, intento hacerlo, aunque me lleve todo el día, a veces es frustrante, no quiero que sea una limitación o ser una carga para los demás”. Entre sus intereses destacan como importante las actividades relacionadas a mejorar su calidad de vida, tales como, natación terapéutica, yoga y la realización de diversos cursos. Las entrevistadas refieren tener limitaciones en la realización de los quehaceres domésticos, por ejemplo, baldear, trapear, manipular objetos, levantar pesos y en las actividades instrumentales. Dentro de las actividades de la vida diaria se ven afectadas el vestido, atado de cordones y el baño. Todas las entrevistadas tuvieron la posibilidad de realizar elecciones ocupacionales importantes y significativas para ellas. Algunas aseguran que les hubiese gustado tener otras ocupaciones, pero por razones económicas, falta de oportunidades y problemas familiares no pudieron realizarse. Las metas y los planes personales que se fijan para futuro, se relacionan con sus posibilidades económicas y se refieren a la concreción de proyectos materiales como la construcción de departamentos para alquilar, terminación de vivienda, realización de viajes. Y en otros casos priorizaron los vínculos familiares, cuidado de hijos, cuidado de padres: “Ahora yo la mimo a mi mamá, yo la cuido a ella, disfruto de mi mamá”, “Hoy por hoy disfruto de mis hijos, ya los tengo, todos volvieron, los tengo conmigo, se aman entre ellos y me aman...estoy en una nueva etapa”. Como mayor desafío las entrevistadas afirman que es mantener su vida en equilibrio tomando conciencia de la importancia en la continuidad de un plan de tratamiento y control de su enfermedad por

parte de los profesionales de la salud en el CEMA. Todas las participantes dan importancia a los vínculos familiares estables y a un ambiente familiar armonioso: “El mayor desafío en mi vida es ser mujer, madre y esposa, porque se aprende de los seres queridos. Antes pensaba solo en el trabajo y en lo económico y no le daba importancia a mi salud”.

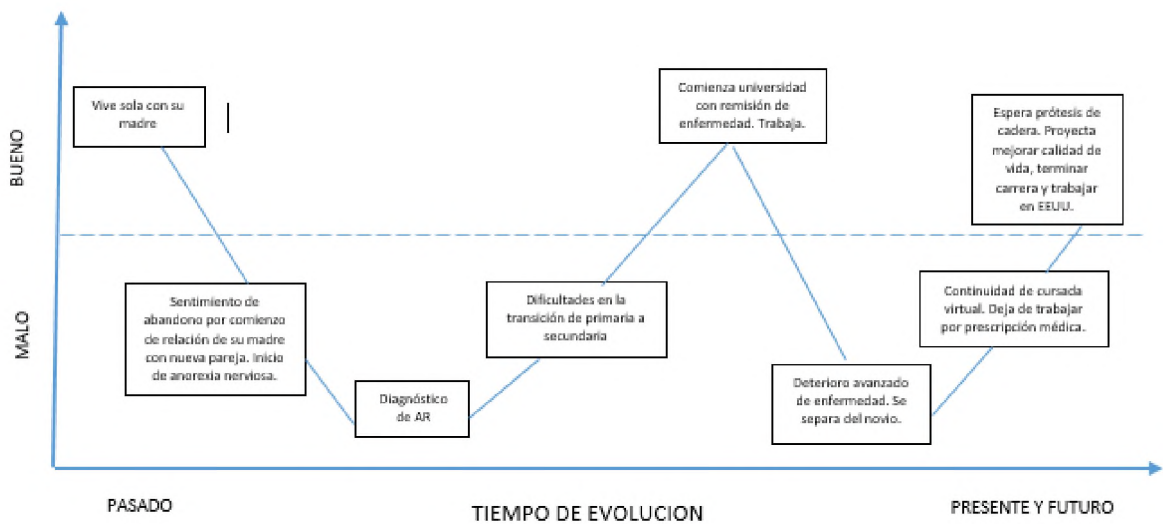
2. Eventos críticos

Todas las entrevistadas coinciden en que el diagnóstico de la enfermedad les provocó un fuerte impacto emocional, que marcó un antes y un después en sus vidas:” Muy avasallante y me limitó en la mayoría de mis actividades”.” Me limita en todo mi hacer”. Algunas de las entrevistadas afirman que tuvieron una actitud negadora frente al mismo, debido que implicaba un cambio profundo en su desempeño ocupacional. En otros casos la separación, los conflictos en las relaciones familiares, la muerte de un familiar o ser querido, impactaron fuertemente en sus vidas. Algunas de las participantes consideraron como un fracaso, no haber completado los estudios secundarios porque consideran que podrían haber tenido otras oportunidades laborales y ocupacionales. Dentro de los eventos críticos, considerados por las entrevistadas como positivos, se encuentran infancia feliz, noviazgo, casamiento, nacimiento de los hijos y nietos. En la actualidad, la mayoría de las entrevistadas afirman que llevan una vida más equilibrada y se sienten conformes con sus logros y desempeño ocupacional, teniendo en cuenta cuáles son sus capacidades y limitaciones. La vida familiar ocupa un lugar muy importante en la vida de las participantes.

Adicionalmente se realizó el perfil ocupacional en forma individual a las nueve entrevistadas, en función de la narración de su historia de vida. Este perfil se evalúa de acuerdo a la percepción subjetiva que realiza cada entrevistada, guiada por las preguntas del instrumento.

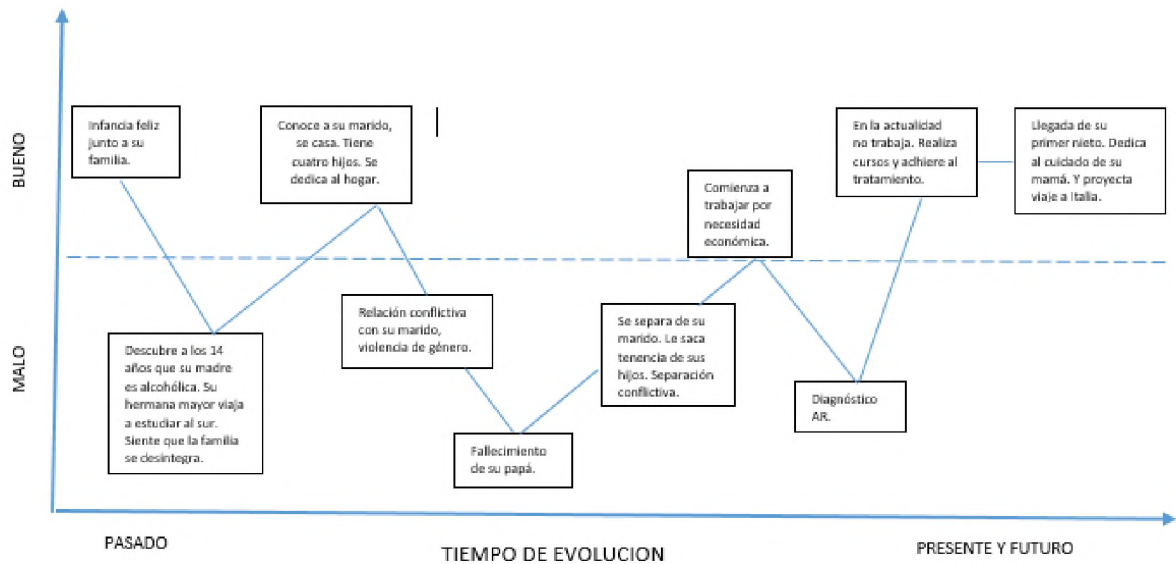
Caso 1

El perfil narrativo, la entrevistada relata los eventos críticos de su vida, donde refiere que vive y se cría con su mamá, ya que sus padres se habían separado antes de que naciera. A su papá lo conoce personalmente a los 17 años, no tenía relación salvo, algún llamado telefónico. Tiene hermanos de parte de su padre con los cuales no tiene relación tampoco. A los 11 años relata que “me sentí abandonada por mi madre, toda la familia me decía que era egoísta”, la mamá se pone de novia y el tiempo que le dedicaba a ella cuando volvía del trabajo, se lo dedicaba en ese momento a la pareja. La entrevistada no tenía buena relación con la pareja de la mamá, han tenido varias controversias. Sumado que la familia materna (tías, abuelos) le recriminaba que no sea egoísta, que su mamá tenía derecho a rehacer su vida. A los 12 años sufre anorexia nerviosa y a los 14 años se desencadena la AR. La entrevistada la asocia a situaciones de estrés escolares, era muy responsable y “si tenía que rendir un examen me ponía muy nerviosa”. Tardan varios meses en diagnosticarle la enfermedad. Recuerda como una etapa linda el transcurso de sus años en la secundaria, estaba en remisión de la enfermedad. A los 18 años ingresa a la facultad, mientras trabaja. Recuerda el verano del 2015 como la mejor época de su vida, se sentía bien de salud, no tomaba corticoides, trabajaba, salía a cenar con amigos, iba a la playa, iba a bailar, “no dependía más que de mí”. La peor época de su vida, una relación con un chico que no pudo ser, ya que lo sobrepasó la situación, había un montón de cosas que juntos no podíamos hacerla. A los 21 años ya avanza la enfermedad y de acá en adelante el deterioro es cada vez más progresivo El mayor fracaso, refleja no haber aprovechado a estudiar los primeros años a full en la facultad, “hoy veo a la mayoría de mis amigos recibidos”. Su principal desafío y meta es operarse, le colocarán una prótesis de cadera, espera muy ansiosa, quiere terminar su carrera y trabajar en EEUU.



Caso 2

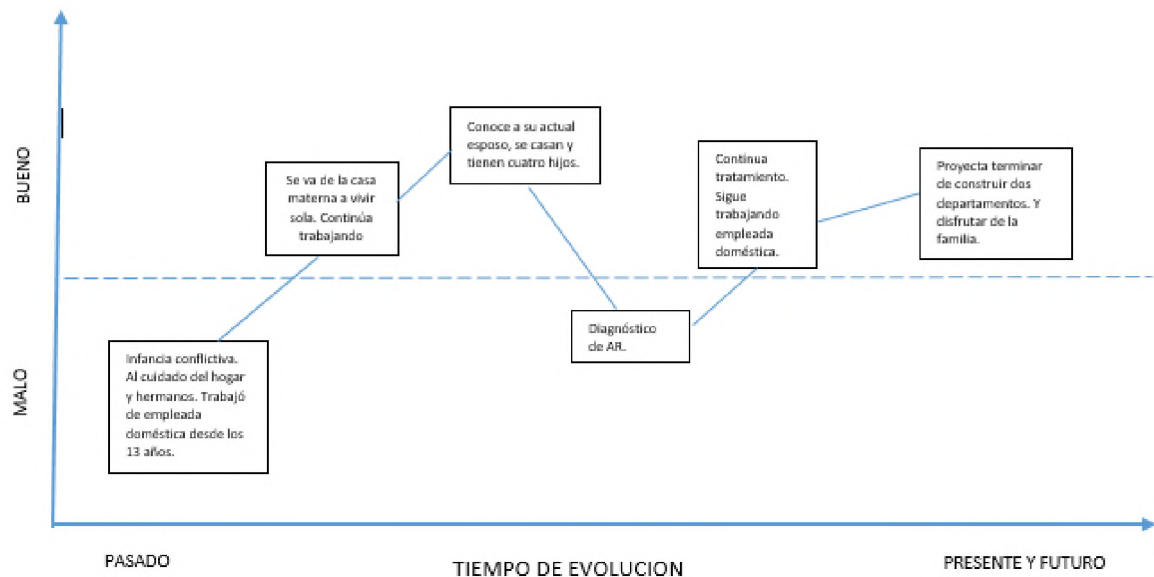
La entrevistada relata que tuvo una infancia muy feliz hasta sus 14 años, donde su hermana mayor se va a estudiar al Sur, refiere que siente que la familia se desintegra. Su madre es alcohólica desde los 40 años, y tiene recuerdos de acompañarla a alcohólicos anónimos, el cual la ponía muy nerviosa por no saber cómo tratarla, le daba mucha vergüenza, la entrevistada tenía 16 años cuando su mamá sufre un coma alcohólico. Luego a los 18 años conoce a su marido, con el cual se casa a los 20 años, comenta que hasta que nació su segunda hija la relación era buena, pero fue cambiando, muy celoso y se tornaba cada vez más violento, con golpes. A los 40 años de la entrevistada, fallece su papá, otro de sus momentos más críticos. Y a los 44 años se separa de su marido, momentos muy difíciles, donde le saca la tutela de sus cuatro hijos y ella se va de la casa. Comienza su actividad laboral para sustentarse. Al año de separarse le diagnostican AR, que relata “fue como un baldazo de agua fría...”. Se concientiza de la enfermedad en el transcurso del tiempo concurriendo a los grupos del CEMA, que brindan apoyo psicológico, médico y terapia ocupacional, cede en sus actividades, en lo laboral no pudo continuar. En la actualidad se siente conforme con sus actividades, con sus roles y rutinas actuales. Visualiza su futuro criando a sus nietos y realizando un viaje a Italia.



Caso 3

La entrevistada relata que tuvo una infancia muy dura, con una relación madre e hija fría y distante, eran doce hermanos de distinto padre, y la entrevistada era la que realizaba desde chica todas las tareas del hogar, desde cocinar para todos los integrantes de la casa, limpiar, lavar. A los 13 años la madre la lleva a que limpie casas y le manejaba el dinero que cobraba. A los 15 años decide irse de la casa y continúa trabajando con ayuda de su papá. A los 17 años conoce a su marido y a los 8 meses se casan, su marido trabaja en la actualidad de camionero. Tienen cuatro hijos que son su orgullo, refiere que sus hijos lograron lo que ella no pudo, seguir estudiando, recibirse, tener una profesión, esas eran sus metas, y que “mis hijos no pasaran por todo lo que yo pase...”. A los 45 años se desencadena la enfermedad, que tardaron un año en darle diagnóstico, le decían que era osteoporosis. Ante los cambios se ha visto limitada en varias actividades que hacía en el pasado, por lo tanto, va descubriendo con el tiempo y por indicación médica que tareas puede realizar y cuáles no. Tiene proyectos y planes a futuro

como terminar de construir dos departamentos, refiere “para nuestra vejez, poder alquilarlos y tener otra entrada”.

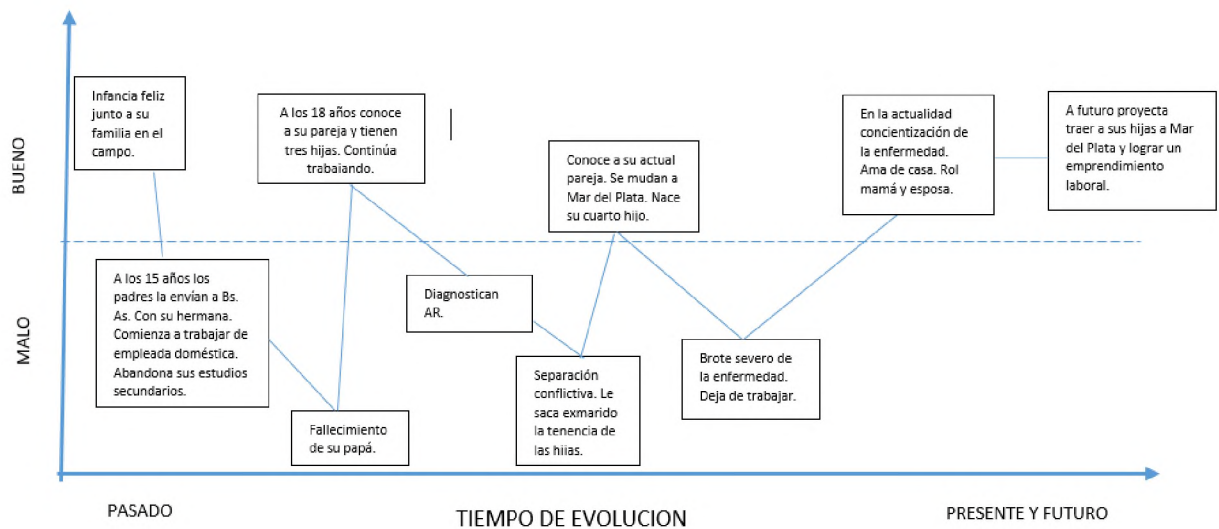


Caso 4

En su historia narrativa la entrevistada relata que tuvo una infancia cálida, nació y vivió en el campo con su familia, era la hija menor de la familia. Luego, se mudó a un pueblo cercano con sus padres a una casa muy grande. Cuando ya era adolescente, alrededor de los 15 años, sus padres la mandaron a vivir con su hermana mayor y una prima a Buenos Aires, a La Matanza, y allí tuvo que abandonar sus estudios secundarios para trabajar de empleada doméstica. Manifiesta que quería estudiar y trabajar, pero el tiempo no le alcanzaba para realizar ambas actividades, hecho que la frustró porque cree que si hubiera terminado sus estudios su vida podría haber tomado otra dirección. A los 16 años falleció su padre, quien

vivía y trabajaba con su madre en una quinta en Gral. Rodríguez. Cuando cumplió 17 años trabajó dos años realizando amasado en una fábrica de galletitas. A los 18 años conoce a su primera pareja. La entrevistada expresa “remonté de nuevo y tuve a mi hija mayor con mi primer marido, fue muy lindo y desgastante a la vez porque él no le agradaba a nadie en mi familia”. A los 19 años comenzó su desempeño en el servicio doméstico hasta el año 2015. Pasados unos años, con su pareja e hija se mudan a otro lugar de Buenos Aires, donde nacieron sus otras dos hijas y continúa trabajando de empleada doméstica para darle una mayor estabilidad económica a su familia. Empieza a tener dificultades en sus manos y la operan del túnel carpiano. En el transcurso de un corto tiempo, le afecta la otra mano y es ahí cuando su médico le realiza un análisis que confirma el diagnóstico de AR. La entrevistada asume una actitud negadora y continua con su actividad laboral pese a sus limitaciones. A los 32 años se separó de su primera pareja. Los problemas conyugales habían comenzado con anterioridad al diagnóstico, impactándola fuertemente. Debido a esta situación decide pasar un tiempo en la casa de su madre y deja a las hijas con su padre, pero cuando intenta buscarlas no le permite llevárselas, resultando este hecho angustiante y doloroso para ella. Los síntomas de la enfermedad se aseveran, pero continúa trabajando. Dos años después conoce a su actual pareja y se muda a Mar del Plata. Lo relata como una época feliz y mejora aún más con el nacimiento de su hijo. Unos meses después del nacimiento de su hijo tiene un brote severo de la enfermedad que no le permite seguir trabajando. Este último acontecimiento le demanda comenzar un tratamiento apropiado. A partir de este momento centra su vida en el rol de madre y de ama de casa. Recientemente logró traer a su hija menor de Buenos Aires para vivir con ella y se está adaptando a la nueva vida familiar. Expresa que es el mejor momento de su vida. Sus metas para el futuro son poder traer a sus otras hijas a vivir a Mar del Plata y tener algún emprendimiento familiar. Es una persona con mucha perseverancia y actitud positiva. Actualmente está comprometida con el tratamiento y trata de equilibrar sus roles teniendo en

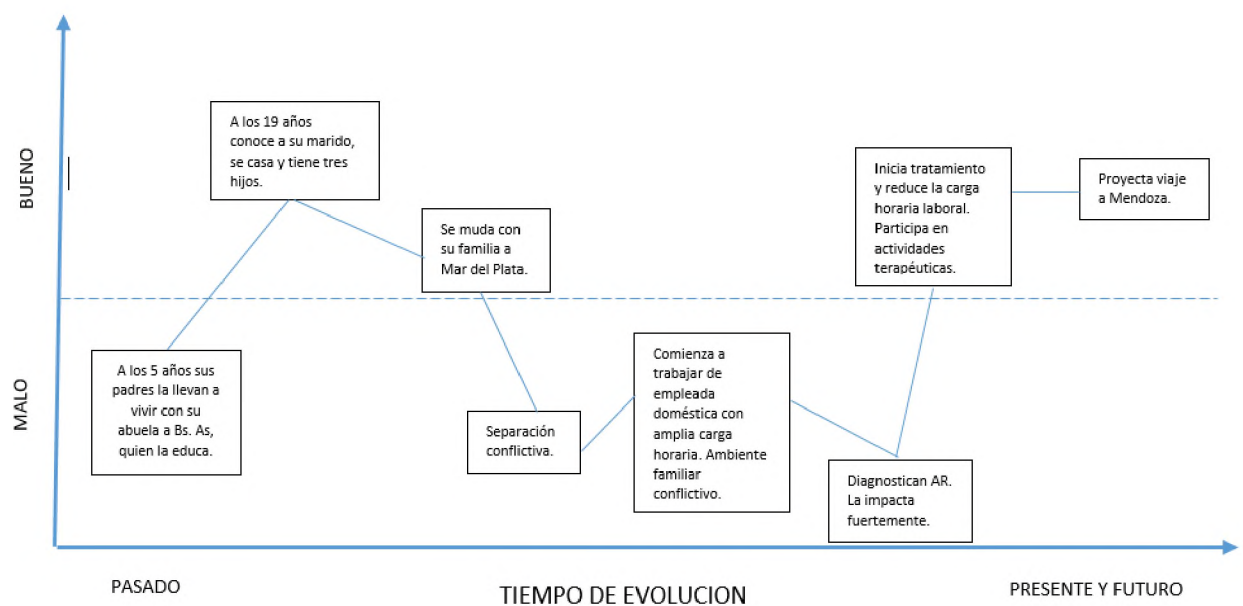
cuenta sus capacidades y limitaciones, refiere “Estoy aprendiendo a ser mamá, mujer y esposa” y “Comprobé que es más importante mi salud que el trabajo”.



Caso 5:

Los datos obtenidos del perfil narrativo indican que la entrevistada a los 5 años cuando deja la casa de sus padres y la llevan a vivir a Buenos Aires donde la educa su abuela, estudió hasta tercer año del secundario y luego abandonó sus estudios. Luego a los 19 años conoce a su marido, se casa y tiene tres hijos. Es ama de casa y se dedica al cuidado de sus hijos. Considera esta etapa de su vida como un buen periodo en su vida. Posteriormente se mudan a Mar del Plata y su esposo trabaja de constructor. Se produce la separación conflictiva de su marido, expresa “al principio fue traumático, me quedé sola con los tres chicos a cargo”. El exmarido decidió mudarse a Corrientes y ella no estaba de acuerdo. La entrevistada se emplea en servicio doméstico para sostenerse económicamente junto a sus hijos. Este es un periodo de grandes cambios, el ambiente familiar es conflictivo, sus hijos se pelean entre sí y ella tiene

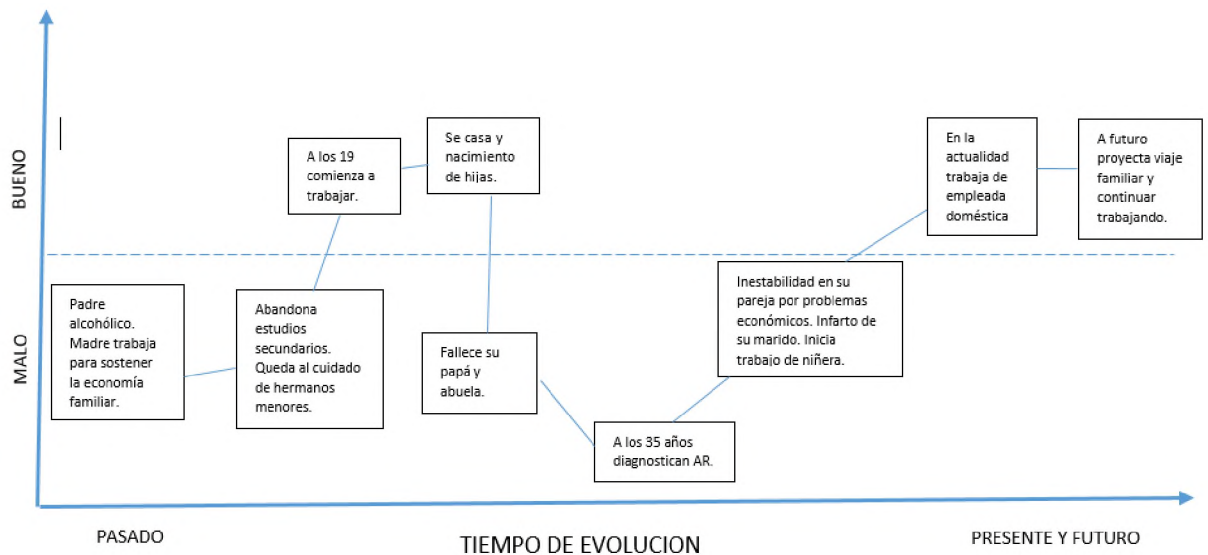
que poner límites, comenta “yo tenía adolescentes y era una explosión permanente con los chicos”. Pasados 5 años de su separación, le diagnostican la enfermedad impactándola fuertemente. Se concientiza de su enfermedad e inicia un tratamiento adecuado, reprograma sus actividades y equilibra su principal actividad laboral reduciendo su amplia carga horaria, con sus roles de madre y ama de casa. En la actualidad cuida a sus dos nietos en el horario de trabajo de sus padres. Realiza natación terapéutica y participa de actividades recreación como salidas y pequeños viajes. Se siente conforme con sus elecciones ocupacionales, roles y rutinas actuales. Tiene proyectos y planes para su futuro, actualmente planea viajar para visitar a su amiga en otra provincia.



Caso 6

Con respecto al perfil narrativo, la historia de vida de la entrevistada comienza con problemas familiares en su infancia, su padre alcohólico y su madre tenía que trabajar muchas horas para sostenerse económicamente. Ella era la mayor de 4 hermanos y los cuidaba cuando su madre y padre trabajaban. Un hecho que relata como negativo fue no completar sus estudios secundarios. Expresa “mis padres no me ayudaban, eran muy permisivos, no me decían nada,

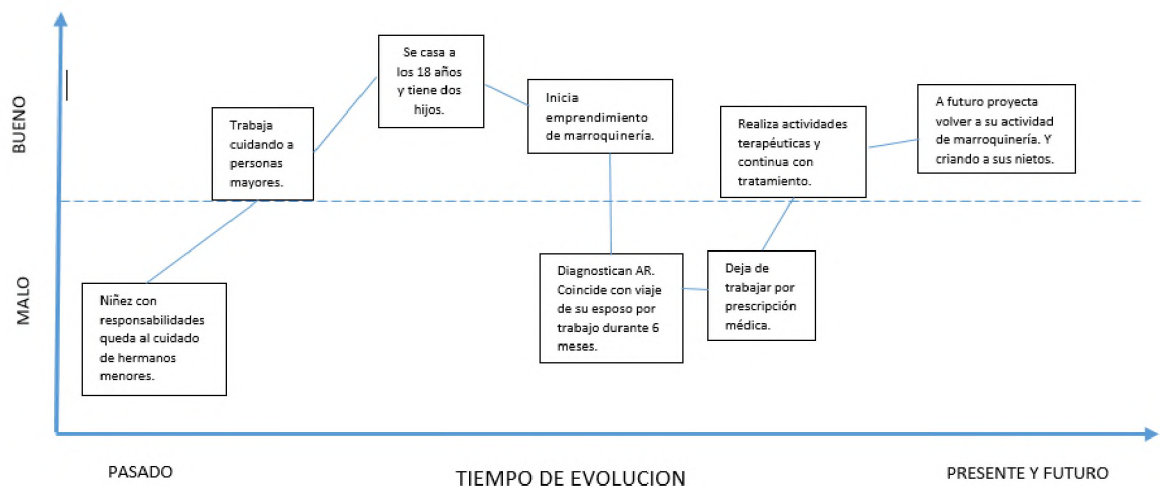
era igual, si traía una mala nota o faltaba, así fue como abandoné el colegio”. A los 19 años se emplea en una fábrica textil, percibía un buen salario y tenía un grupo sólido de amistades. Este es un periodo de estabilidad, comenta “Fui muy feliz en esa época, ver crecer a mis hijas, sus cumpleaños, el colegio, los actos escolares, los cumpleaños de 15, lo disfruté muchísimo, me emociono mucho cuando lo recuerdo”. Otro hecho traumático fue a los 28 años la muerte de su padre e inmediatamente la muerte de su abuela. A los 35 años le diagnosticaron la enfermedad AR, tuvo una actitud de negación frente a la enfermedad y decidió no realizar el tratamiento de forma adecuada. En ese momento había tenido algunos problemas de pareja por una situación familiar con el padre de su marido. Pasado un tiempo su marido sufre un infarto y surgen algunos problemas económicos porque no puede trabajar en su taller. Se empleó como niñera de dos niñas, tuvo algunos problemas en su desempeño por algunas limitaciones de su enfermedad, pero continuó realizándolo. Considera que la separación de su hija mayor como un fracaso personal, porque permitió la relación de su hija con su novio sabiendo que el joven no era buena persona. Posteriormente se concientiza del tratamiento de la enfermedad porque los síntomas se van agudizando, y cambia de empleo. En la actualidad se desempeña como empleada doméstica en la casa de una médica cardióloga, a la que fue recomendada. Este empleo y su situación familiar actual le dan dirección a su vida y son significativos para la entrevistada. Está cerca de lograr su jubilación próximamente y dentro de sus proyectos futuros desea realizar un viaje familiar. También expresa su deseo de ser comerciante o vendedora de indumentaria en su propio comercio, proyectos que están lejanos de concretarse debido a sus posibilidades físicas y económicas.



Caso 7

El gráfico de perfil narrativo de la entrevistada denota una etapa en la niñez con responsabilidades, ya que cuidaba de sus hermanos menores mientras su madre salía del hogar para trabajar. Concluye los estudios primarios. Realiza trabajos como cuidadora de personas, ayudando a la economía familiar. Comienza estudios secundarios a los 16 años en horario nocturno y se pone de novia con el que es su actual marido, abandona el colegio en primer año. Se casa a los 18 años y pierde un embarazo a los dos meses por aborto espontáneo. Intenta retomar los estudios secundarios, pero queda embarazada y por sentirse muy descompuesta los vuelve a abandonar. Nace su hijo y a los dos años queda embarazada de su hija. Decide trabajar en un café de un lavadero de autos de su mejor amiga y lo sostiene por un año, se le dificultaba con la crianza de sus hijos. En 2010 comienza con el emprendimiento de marroquinería, lo que le genera una estabilidad económica, pero son tiempos de mucho sacrificio y exigencia. Luego en 2013 le dan el diagnóstico de que padece A.R que a su vez coincide con un viaje del marido por seis meses por trabajo a Chile y Buenos Aires, lo que le genera mucha responsabilidad y

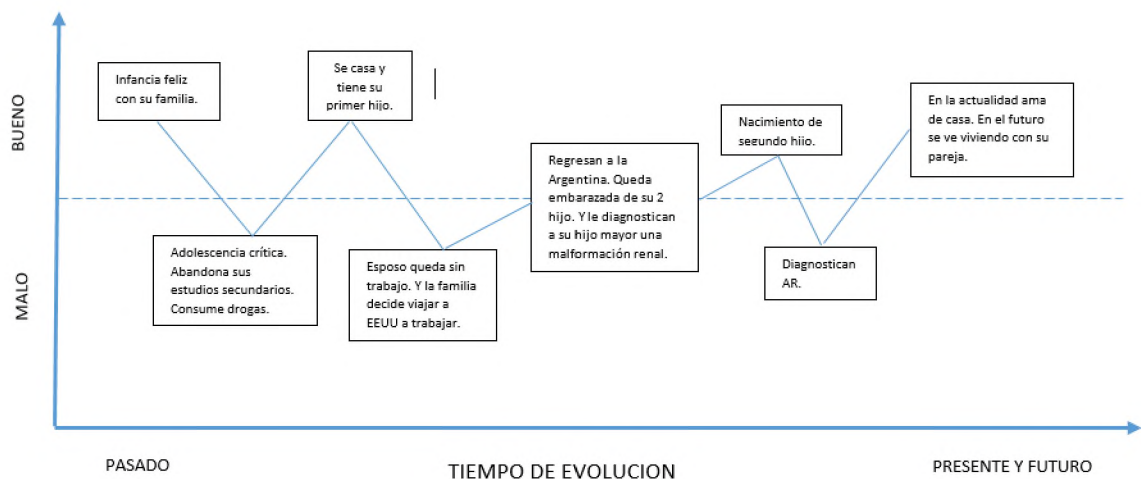
angustia. Sigue trabajando como marroquinera, siendo ayudada por su hermana y marido. Recientemente tuvo rebrote de la enfermedad lo que le indican por prescripción médica cesar su actividad laboral. La entrevistada desea en un futuro retomar su trabajo de marroquinería. Es muy responsable, exigida ante muchas obligaciones, perseverante, noble en valores, sentimientos y proyectos de vida familiar y laboral.



Caso 8

Con respecto a su historia narrativa, la entrevistada relata que tuvo una infancia feliz, y aunque eran humildes nunca les faltó un plato de comida. Recuerda no tener muchos juguetes, pero salían de campamento todos juntos. Terminó los estudios primarios. Luego tuvo una etapa crítica en su adolescencia, porque era rebelde y se escapaba del colegio a consumir sustancias o pastillas, refiere “Perdí el eje de mi vida”. Se pone de novia y comienza a estudiar cerámica, antes de concluir los estudios (3 años) se casa y si bien termina de estudiar debe dos materias aún. En el año 1988 nace su primer hijo y por falta de trabajo de su marido deciden ir vivir a EEUU en 1990 por cuatro años. Regresan y se estabilizan. Queda embarazada de su segundo

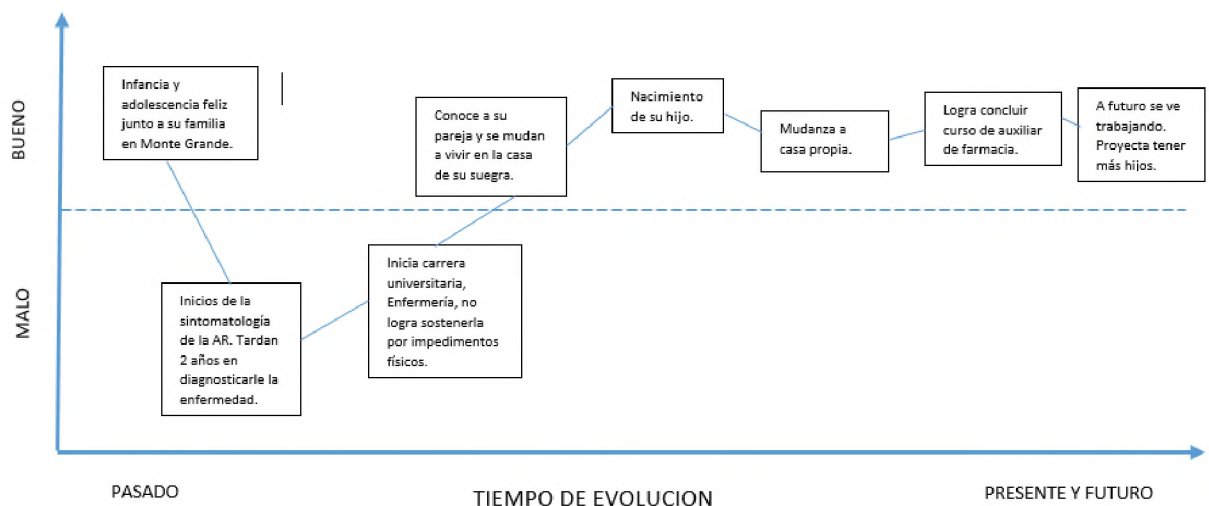
hijo y descubren una enfermedad renal de su hijo mayor que en un principio no lograron diagnosticarla, lo que le generó mucha angustia y ansiedad. Nace su segundo hijo y a los cinco meses, la entrevistada se enferma, de lo que creía era una fuerte gripe por el dolor corporal general, pero con los estudios pertinentes la diagnostican AR, la medican y comienza con actividades que ayudaban a paliar sus dolores y mejorar su calidad de vida. A los 41 años de la entrevistada fallece su padre, diagnosticado con la misma enfermedad que padece ella. En la actualidad continua con las actividades que priorizan su salud. Denota responsabilidad con buenos valores, sentimientos y proyectos de vida, presenta necesidad de calma y privacidad con su pareja para encarar etapas futuras.



Caso 9

En su perfil narrativo la entrevistada relata que tuvo una infancia y adolescencia feliz en Monte Grande, donde vivía con sus padres y hermanos. Concluyó allí estudios primarios y secundarios, dice que era una estudiante muy responsable. A los 19 años comienza con un cuadro de inflamación y dolor agudo de sus articulaciones, y es aquí donde comienza rotaciones por diferentes médicos sin saber que le pasaba, cosa que la asustaba mucho. Comenta que fue

una fue una etapa muy dura, hasta que a los 21 años lograron diagnosticarla con AR y comienza un tratamiento que mejora su sintomatología temporariamente. En esta época conoce a quien hoy es su marido actual y se pone de novia. Intenta estudiar la carrera de enfermería en dos ocasiones, una en la UBA donde no le gusto el plan de estudios y luego en la Cruz Roja, pero debió abandonar por impedimentos físicos en primer año, ya que no podía tomar notas por el dolor en sus manos. Se muda con su novio a la casa de su suegra en Batán, pero extraña mucho a su familia viajando asiduamente a Monte Grande. En 2013 nace su hijo que la completa de felicidad y la estabiliza. En el 2017 se muda con su pareja a su propia casa. En la actualidad pudo terminar de estudiar el curso de auxiliar de farmacia que la llena de orgullo y satisfacción y terminó de hacer el curso de corte y confección. Su proyección hacia el futuro es buena. La entrevistada es una mujer muy responsable, que se exige en demasía ante obligaciones o actividades no compatibles con su limitación física. Es noble en valores, sentimientos y proyecta a futuro tener otro hijo y poder desempeñarse como auxiliar de farmacia.



En resumen, a partir de los datos recolectados se observa que en el discurso de las entrevistadas los eventos críticos negativos más relevantes están relacionados con el

diagnóstico o aparición de la enfermedad, el fallecimiento de un familiar cercano, separaciones conflictivas y los eventos críticos positivos fueron casamiento, nacimiento de hijos. También se percibió en el discurso de las entrevistadas que la enfermedad aparece relacionada con un episodio emocional negativo en términos generales.

3. Rutina diaria

En general las entrevistadas describen una rutina diaria en la semana, estructurada entre quehaceres domésticos, trámites, actividades relacionadas con el principal rol productivo y con el cuidado de la salud. En todos los casos la participación y el desempeño en las rutinas diarias demuestran una adaptación ocupacional adecuada. Éstas se estructuran de forma organizada, teniendo en cuenta el balance entre actividad, descanso y diversión mediante la concientización del tratamiento orientado al cuidado de la salud y reconocimiento de sus capacidades y limitaciones, que repercutirán en su calidad de vida.

4. Roles ocupacionales

En cuanto a roles ocupacionales, se observa que mayormente está restringido por la enfermedad, en algunos casos han dejado de realizar sus principales roles productivos por prescripción médica. En los casos en que desempeñan una actividad productiva lo pueden realizar debido a que el ambiente es favorable o facilitador. Por otra parte, en la mayoría de los casos el rol de madre y ama de casa son significativos y valorados por las entrevistadas.

5. Ambiente ocupacional

El ambiente ocupacional del principal rol productivo en la mayoría de las entrevistadas es favorable debido a que presta el apoyo necesario a sus esfuerzos, es significativo porque sus empleadores reconocen habilidades y limitaciones en el desempeño de sus actividades

laborales.” La doctora para la que trabajo me cuida, no me deja salir al patio cuando hace mucho calor, me enseña a comer sano y a llevar una vida ordenada”. “En mi trabajo limpio sobre lo limpio, mis patrones saben sobre mi enfermedad y me cuidan”. En la mayoría de los casos, los espacios físicos en el hogar son accesibles, pero requirieron modificaciones o adaptaciones que permitieron un mejor desempeño y mayor movilidad dentro de los mismos.” En mi casa todo está a mi nivel, a mi altura, parece la casa de los siete enanos. Faltan algunos servicios como el agua, pero mi hija y mi marido me ayudan a realizar algunas tareas”. Mayormente consideran a su hogar confortable, seguro y con una adecuada privacidad. El ambiente familiar es considerado amoroso, tranquilo, armonioso y cálido en la mayoría de los casos. En el resto de las entrevistadas es aburrido y conflictivo. En lo que respecta al ambiente de diversión mayormente son accesibles y satisfactorios, logran una participación social activa y la adaptación ocupacional es adecuada. En el resto de los casos los espacios resultan inseguros o inaccesibles dependiendo del compromiso físico de la enfermedad. Algunos casos muestran una escasa participación social y sus actividades de diversión se concentran solo en su ambiente familiar.

Tercer objetivo, “Conocer las potencialidades y limitaciones ocupacionales en las tres subescalas de la adaptación ocupacional”.

Desde un análisis cualitativo se observa que, en la escala de Identidad Ocupacional, en cuanto a las potencialidades se puede observar que, a través de sus experiencias de vida acumuladas, nos permite identificar que las entrevistadas tienen metas y proyectos personales que le dan sentido a la dirección de sus vidas. Sus valores influyeron en las elecciones ocupacionales denotando compromiso y responsabilidades en su desempeño. En la mayoría de los casos, las limitaciones provienen de los intereses, que no concuerdan con las elecciones y capacidades que posee cada entrevistada. También se observa la falta de concientización de la enfermedad en el pasado, que las llevó a realizar elecciones ocupacionales no adecuadas de

acuerdo a sus habilidades y oportunidades. Con respecto a la escala de Competencia Ocupacional, las potencialidades que podemos observar que se ven involucradas en una variedad de roles y proyectos personales que le generan satisfacción. Se registra un buen balance entre las actividades personales, en algunos casos laborales y de ocio en la actualidad debido al proceso de tratamiento.

En relación a las limitaciones de la escala de Competencia Ocupacional, se observa que la enfermedad impactó significativamente en las metas e intereses personales, donde la mayoría de las entrevistadas han tenido que modificar sus metas a futuro y una minoría persiste en lograrlas, aunque no sea viable. Todo esto se ve reflejado en la disminución de la participación ocupacional. En relación al pasado se observó que hubo una dificultad en equilibrar las demandas de los roles. Se evidencia que en el pasado hubo cierta falta de balance entre el trabajo, descanso y diversión por no poseer una adecuada concientización de las limitaciones que genera la enfermedad. En la escala de Contexto Ocupacional, el apoyo las demandas y las limitaciones que los aspectos físicos y sociales del ambiente ejercen en las entrevistadas forma parte del impacto ambiental que apoya o interfiere en la participación ocupacional de las mismas. Pudimos observar que las potencialidades están dadas porque las demandas y oportunidades generalmente compatibilizan con los intereses y habilidades de las entrevistadas en la vida hogareña y las formas ocupacionales de diversión. En el grupo social que se desempeñan la colaboración con otros, generalmente apoya un funcionamiento positivo. En cuanto a las limitaciones lo que se ve afectado principalmente es el rol productivo ya sea en formas ocupacionales, grupo social y espacios físicos, objetos y recursos, porque cinco de las entrevistadas no se desempeñan laboralmente por prescripción médica debido a sus limitaciones propias de la enfermedad.

Cuarto objetivo, “Identificar la influencia del ambiente físico y social en la generación de oportunidades y presiones en la adaptación ocupacional”.

Mediante un análisis cualitativo se observa que las oportunidades en el ambiente físico y social, tanto productivo, como en la vida hogareña y de diversión están dadas por ser accesibles, confortables, seguras y brindan el apoyo necesario para una adecuada y satisfactoria adaptación ocupacional. La interacción y colaboración con otros, tanto familiares, amistades y empleadores hacen que su desempeño ocupacional sea apropiado al tiempo y a la conservación de energía disponibles. El espacio físico, objetos y recursos de la vida en el hogar muestran que la mayoría cuentan con espacios adecuados, en cierta forma accesibles, y privados, comentando que el obstáculo más común en ellas son las escaleras y los desniveles en el piso. Algunas han podido realizar modificaciones y adaptaciones que contribuyen en su calidad de vida. Solo una entrevistada presenta problemas extremos en la adaptación ocupacional, en todos los reactivos de la escala de contexto ocupacional debido a la severidad de la sintomatología de su enfermedad. Mencionamos que cinco de las entrevistadas no se desempeñan laboralmente por prescripción médica y el resto de las entrevistadas han podido desempeñarse laboralmente debido a que se redujo la carga horaria laboral y realizan tareas livianas.

DISCUSION

Este trabajo tiene como objetivo describir y analizar el grado de adaptación ocupacional que presentan las personas con Artritis Reumatoidea con una evolución mínima de cinco años de la enfermedad, mediante los datos que se obtuvieron por la administración del instrumento OPHI II que pertenecen al Modelo de Ocupación Humana.

Con respecto al objetivo específico que propuso determinar el grado de adaptación ocupacional de la muestra en cada reactivo de las tres subescalas de Identidad ocupacional, Competencia Ocupacional y Contexto Ocupacional, según el tiempo de evolución de la enfermedad se ha podido establecer que en la escala de Identidad Ocupacional la mayoría de las entrevistadas poseen una apropiada y buena adaptación ocupacional, mientras que en las escalas de Competencia ocupacional y Contexto ocupacional se registran algunos problemas en la adaptación ocupacional. Hemos observado que a través de las experiencias de vida acumuladas y los cambios desarrollados a lo largo de sus vidas, han logrado afianzar el sentido de quién es uno y quién desea llegar a ser, esto se genera a partir de la participación ocupacional. También observamos una disminución en la valoración de la escala de competencia ocupacional porque no pueden sostener en el tiempo un patrón de participación ocupacional que sea productivo y satisfactorio debido a las limitaciones físicas y ambientales que implican modificar hábitos, rutinas, intereses y roles personales. Y con respecto a la escala de Contexto ocupacional se evidenció problemas en la adaptación ocupacional debido a que el impacto ambiental afecta a cada persona dependiendo de sus valores, sus intereses, la causalidad personal, sus roles, hábitos y las capacidades de desempeño. Como consecuencia de la enfermedad crónica AR, han tenido que reconstruir su patrón de vida representado en roles y hábitos nuevos o modificados.

En relación a la hipótesis, existirá un mayor grado de afectación en las tres subescalas, Identidad Ocupacional, competencia Ocupacional y Contexto Ocupacional de la adaptación ocupacional, a mayor tiempo de evolución de la enfermedad en personas con AR, se observó que esta hipótesis se corrobora parcialmente ya que los datos cuantitativos arrojan una disminución del grado de adaptación ocupacional en las escalas de competencia y de contexto ocupacional.

En relación al segundo objetivo específico, indagar sobre la adaptación ocupacional en relación a las cinco áreas temáticas, elecciones de actividades/ ocupacionales, eventos de vida críticos, rutina diaria, roles ocupacionales y contextos ocupacionales (entorno), según el tiempo de evolución de la enfermedad se pudo establecer que a partir del desarrollo de la enfermedad la mayoría de las entrevistadas tuvieron que realizar modificaciones o adaptaciones en los ambientes físicos del hogar, y han tenido que realizar cambios en las elecciones ocupacionales, rutina diaria, roles ocupacionales y contextos ocupacionales (entorno). Se destaca que, a pesar de las limitaciones ocasionadas por la enfermedad crónica, las entrevistadas se fueron adaptando a lo largo del tiempo ya que han recibido información y educación por parte de un equipo interdisciplinario, se han concientizado acerca de la enfermedad y del tratamiento y cuáles son sus capacidades y sus limitaciones. Dentro del área de eventos críticos se observó en forma coincidente que las entrevistadas en su discurso, manifestaron el inicio o diagnóstico de la enfermedad AR relacionándolo con un hecho significativo emocional.

Cabe destacar que hubo una entrevistada, que presentó problemas extremos en la adaptación ocupacional en las escalas de competencia y contexto ocupacional, ya que el inicio de su enfermedad fue a una edad temprana, la sintomatología fue severa, generándole limitaciones en su deambulación. Presentó dificultades crecientes en cumplir con las expectativas de los roles debido a las excesivas demandas y a su capacidad disminuida.

A partir de estos datos cualitativos se confirma la hipótesis: existirá un aumento de cambios desfavorables en el grado de adaptación ocupacional en las cinco áreas temáticas: elecciones de actividad /ocupacionales, eventos de vida críticos, rutina diaria, roles ocupacionales y contextos ocupacionales (entorno) en función del tiempo de evolución de la enfermedad en personas con A R.

En cuanto al objetivo específico conocer las potencialidades y limitaciones ocupacionales en las tres subescalas de la adaptación ocupacional, se halló que las limitaciones en las entrevistadas se encontraron en las escalas de competencia y contexto ocupacional, evidenciándose dificultades en la mayoría en ejercer roles ocupacionales, cambios en sus rutinas, hábitos e intereses y en sus elecciones ocupacionales. Mientras tanto las potencialidades se observaron en la escala de identidad ocupacional, donde se registró la reconstrucción de un estilo de vida que les permitió vivir de forma eficaz y confortable según los deseos y necesidades personales. A partir de estos datos se evidenció que la hipótesis: se observará en las tres subescalas (identidad, competencia y ambientes de comportamiento ocupacional) de la adaptación ocupacional un mayor grado de limitaciones y un menor grado de potencialidades ocupacionales en personas con AR, no se corrobora, porque a pesar de las limitaciones encontradas en las escalas, las entrevistadas mantienen un nivel de adaptación ocupacional adecuado en relación a la vida cotidiana, donde permite o facilita la participación ocupacional. Las entrevistadas narraron sobre el conocimiento de su enfermedad y la concientización del tratamiento, la posibilidad de enfrentar desafíos y mejorar su calidad de vida.

A propósito del objetivo específico identificar la influencia del ambiente físico y social en la generación de oportunidades y presiones en la adaptación ocupacional, se observa que las entrevistadas lograron una adecuada adaptación ocupacional debido a que realizaron modificaciones en el ambiente físico y en el principal rol productivo, vida hogareña y diversión

en base al apoyo recibido de sus entornos más próximos. La mayoría de las entrevistadas sostienen que la oportunidad, el apoyo y las demandas equilibradas son fundamentales para favorecer su participación ocupacional de vida hogareña, principal rol productivo y de diversión, mejorando su calidad de vida. Por otra parte, los soportes ambientales y las adaptaciones contribuyen para que la persona complete una forma ocupacional a pesar de las limitaciones que van surgiendo en la capacidad de desempeño durante la evolución de la enfermedad. En relación a la hipótesis: las personas que tengan un ambiente físico y social más favorable exhibirán mayor nivel de adaptación ocupacional en las personas con AR, se corrobora, ya que los datos cualitativos confirmaron que el apoyo social y ambiental, las relaciones interpersonales, facilitan el desempeño y la participación ocupacional permitiendo un nivel de adaptación ocupacional adecuado y satisfactorio.

En esta muestra en general, se evidenció que el grado de adaptación ocupacional es adecuado, bueno y satisfactorio y que permite la participación ocupacional en las escalas de identidad ocupacional, competencia ocupacional y de contexto ocupacional. Considerando la literatura científica sobre el tema y las hipótesis planteadas en relación al grado de adaptación ocupacional en personas con Artritis Reumatoidea, se observó que en esta muestra particular si bien hay varios criterios afectados en mayor grado, tales como se da en la escala de competencia ocupacional y en el de contexto ocupacional, también se halló que la concientización de la enfermedad y el tratamiento a lo largo del tiempo de evolución ha sido favorable para lograr la participación ocupacional en la vida de las personas.

Tomando en cuenta los modelos actuales de Terapia Ocupacional, desde el Marco de Trabajo podemos decir que el Terapeuta Ocupacional interviene a través de entrevistas, evaluaciones, intervención y seguimiento de los resultados, proporcionando lineamientos para la práctica de Terapia Ocupacional. El Modelo de Ocupación Humana tiene una visión holística de la Terapia Ocupacional donde se considera fundamental intervenir tempranamente, llevando

a cabo una evaluación amplia y detallada de la historia de vida de una persona, el impacto de la enfermedad, los eventos críticos, y la dirección en la cual la persona desea llevar su vida teniendo en cuenta sus intereses. La evaluación de TO también está destinada a proveer una apreciación con el fin de detectar, cuantificar y describir el déficit y su influencia sobre el desempeño ocupacional, con la intención de lograr el retorno a la competencia ocupacional, así como también, prevenir deformidades y mejorar su calidad de vida. En el rol de Terapia Ocupacional se concibe a las personas como sujetos que necesitan comprometerse en ocupaciones significativas y relevantes para crecer a través del hacer y fomentar la participación ocupacional. El proceso de intervención en Terapia Ocupacional consiste en facilitar el compromiso en ocupaciones en colaboración con las personas. Para dirigir este proceso existen estrategias específicas y enfoques de intervención seleccionadas por el terapeuta en colaboración con las personas basado en sus necesidades y metas personales. Cabe destacar la importancia del abordaje interdisciplinario de la Artritis Reumatoidea. En forma simultánea con respecto al tratamiento específico de Terapia Ocupacional, es fundamental implementar la educación de la persona con AR, con el objetivo de que la misma tenga conocimiento de su enfermedad y del uso de técnicas para proteger las articulaciones y prevenir el dolor durante la ejecución de tareas ocupacionales.

Por otra parte con respecto al instrumento seleccionado OPHI II, la medición de las tres escalas, se realizó en relación al término función ocupacional, lo cual el Modelo de Ocupación Humana lo describe como que es un proceso que representa estados óptimos de incentivo y compromiso con el ambiente, las personas son ocupacionalmente funcionales cuando satisfacen las expectativas y necesidades sociales con relación a la participación productiva y de tiempo libre, pueden dar expresión a la tendencia de explorar y dominar , de mantener y aumentar la causalidad personal, valorar intereses, roles, hábitos, destrezas y sus constituyentes. Por el contrario, la disfunción ocupacional representa estrés y falta de

compromiso con el ambiente, la persona no puede satisfacer las expectativas y demandas sociales de participación en actividades laborales y recreativas, la conducta no satisface la tendencia de explorar y dominar o amenaza con la ruptura de los componentes del sistema. (Kielhofner, G. 2002). En las actualizaciones del Modelo de Ocupación Humana el término función ha sido reemplazado por el de adaptación ocupacional donde se define como la construcción de una **identidad ocupacional positiva**, es el sentido de quien es uno y los deseos de convertirse en un ser ocupacional generado a partir de la propia historia de participación, está comienza con el autoconocimiento de las capacidades e intereses y se extiende hasta la construcción de una visión del futuro que se desea. Y el logro de una **competencia ocupacional**, se relaciona con el grado en el cual una persona sostiene un patrón de participación ocupacional que refleja la identidad ocupacional a través del tiempo en el contexto del entorno propio.

Por otra parte, se implementó el uso del instrumento OPHI II en la muestra estudiada. Durante la realización de las entrevistas, las entrevistadas narraron sus historias de vida. Se eligió este instrumento fundamentándolo en el marco teórico en el artículo de Lee, S. W., Taylor, R., Kielhofner, G., & Fisher, G. (2008) donde más del 80 % de los encuestados indicó que utilizan el MOHO en su práctica al menos en algún momento y lo utilizan como un enfoque holístico en cuanto a la ocupación, centrada en el cliente y basada en la evidencia práctica. A su vez, los conceptos del MOHO le resultaron útiles para la planificación y para su intervención en el tratamiento. Es una herramienta útil para trabajar con las necesidades y habilidades de las personas y ayuda a mantener un sentido claro de la identidad profesional debido a la intervención centrada en la ocupación propia de la profesión de Terapia Ocupacional.

Respecto a los aspectos metodológicos de esta investigación, cabe señalar que el instrumento no aporta en su instructivo procedimientos o estrategias para el análisis cuantitativo y estadístico de los datos, por lo tanto, se procedió a elaborar una matriz de datos con la

correspondiente tabulación y codificación de datos a fin de realizar los análisis estadísticos correspondientes. Esta matriz de datos elaborada a los fines de esta investigación ad hoc queda disponible para futuros estudios que apliquen este instrumento.

Por las características del presente estudio y las limitaciones en cuanto al número de casos estos datos obtenidos no son susceptibles de extenderlos a la población en general.

Otra apreciación es el tiempo prolongado considerable de administración que lleva debido a la cantidad de información compleja recabada de cada caso.

Se sugiere realizar investigaciones en poblaciones con diferentes características muestrales, realizar estudios comparativos de personas con AR en tratamiento y otro grupo que no lo están.

Finalmente esperamos que esta investigación sirva como inicio para futuras investigaciones de otros aspectos de la enfermedad AR, y para la ampliación de nuestro campo de intervención.

CONCLUSIONES

En base a nuestro estudio, analizamos y describimos el grado de adaptación ocupacional en personas con AR, donde destacamos que a pesar de las limitaciones registradas en las escalas de competencia y contexto ocupacional las entrevistadas han logrado una buena y apropiada adaptación ocupacional y que permite la participación ocupacional. En la muestra se comprobó en cuanto a las áreas temáticas como roles ocupacionales, elecciones ocupacionales, rutina diaria que a pesar de las limitaciones que presentaban por la enfermedad pudieron readaptarse en su mayoría favorablemente, destacando que el inicio de un tratamiento temprano favorece la adaptación ocupacional en personas con Artritis Reumatoidea. En relación a los eventos críticos destacamos la relación que existe entre el inicio o diagnóstico de la enfermedad con hechos significativos emocionales. Y también concluimos que un contexto ocupacional que genere oportunidades, apoyo y brinde soportes ambientales adecuados, permite y facilita la adaptación ocupacional.

Los datos obtenidos en esta investigación dan la apertura a nuevos diseños de intervención en Terapia Ocupacional, para la implementación de distintos abordajes.

CUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRAFICO

Complete el siguiente formulario marcando con una X el casillero que corresponda según usted. Le rogamos que sea lo más sincero/a que pueda y no deje ninguna pregunta sin contestar. Los datos son confidenciales y serán utilizados sólo con fines de investigación. Gracias por su colaboración.

Nombre:

Edad:

.....

Sexo:

F	M
---	---

Estado civil:

soltero/a

casado/a

viudo/a

divorciado/a

Lugar de residencia:

Ocupación, profesión o actividad laboral:

.....

.....

Actividades actuales:

.....

.....

.....

.....

Nivel de instrucción:

primario

secundario

terciario

universitario

Convivencia

Vivo solo/a

Personas con quien convive:

.....

.....

.....

Cantidad de años de evolución de la enfermedad.....

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por las estudiantes de Lic. En Terapia Ocupacional Gabriela Bidart, Andrea Guerra y Marcela Trubiano de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de este estudio es indagar acerca de la adaptación ocupacional en personas que tienen Artritis Reumatoidea con una evolución a partir de los cinco años.

Si usted accede a participar en este estudio, se concertará una entrevista personal lo cual su duración aproximada es entre 45 a 60 minutos.

Usted será guiado continuamente por la persona para ofrecerle la orientación que necesite.

Le solicitamos sea sincero en sus respuestas.

La participación es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y con fines estrictamente de investigación para hacer avanzar el conocimiento científico. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Su participación es muy valiosa, desde ya le agradezco su colaboración.

Fecha

Firma del participante

Roles Ocupacionales

La sección de los Roles Ocupacionales esta integrada por preguntas que exploran los roles ocupacionales que constituyen el estilo de vida de una persona.

Roles de trabajador, estudiante, cuidador

- **Cuénteme un poco acerca de usted.**

¿Trabaja actualmente?

¿Estudia?

¿Esta a cargo del cuidado de niños, esposo(a), o _____?

[O]

Sé que usted es un trabajador, estudiante que está a cargo de _____?

[haga estas preguntas para todos los roles de trabajador, estudiante, o cuidador]

- **¿Cómo fue que llegó a (desempeñar este trabajo, escoger este tipo de trabajo/estudiar, responsabilizarse de sus...)?**

- **¿Qué es lo que su trabajo o estudio comprende?**

[O]

¿Cuáles son sus responsabilidades (o que tiene que hacer) como _____?

¿Que tan bien considera que realiza sus responsabilidades?

¿Le gusta desempeñarlas?

- **¿Qué es lo que principalmente obtiene de su trabajo/estudios?**

[O]

¿Cuál es la razón fundamental por lo que hace esto?

- **¿Qué clase de trabajador/estudiante/cuidador diría que es?**

¿Puede darme algún ejemplo de algo que lo demuestre?

[O]

Dígame algo que haya sucedido recientemente que muestre la clase de (trabajador/padre/madre/esposo(a)/hijo(a) es.

[O]

Dígame algo que haya hecho recientemente como trabajador/padre/madre/esposo (a)/hijo(a) y de lo cual se siente orgulloso.

[Si no está estudiando o trabajando]

- **¿Ha trabajado anteriormente?**

[Si] ¿Cómo fue que obtuvo este trabajo, escogió esta clase de trabajo/estudios?

[Y/o]

¿Qué clase de trabajador fue?

¿Qué tanto tiempo/esfuerzo requirió su trabajo?

¿Le fue difícil su trabajo?

¿Qué fue lo más importante que obtuvo de su trabajo?

¿Por qué renunció / dejó ese tipo de trabajo?

¿Que tanto su (enfermedad/lesión/discapacidad) afectó su trabajo?

[No] ¿Por qué piensa que no ha trabajado?

- **¿Qué hubo acerca de sus experiencias estudiantiles previas?**

¿Qué clase de estudiante fue?

¿Qué tanto tiempo/esfuerzo requirió su estudio?

¿Le fue difícil su estudio?

¿Qué fue lo más importante que obtuvo de sus estudios?

¿Hasta que año cursó?

¿Que tanto su (enfermedad/lesión/discapacidad) afectó sus estudios?

Roles de amigo, voluntario, aficionado y otros

- **¿Adicionalmente a (su trabajo/estudios y otras responsabilidades) hay algo realmente importante que tome mucho de su tiempo o requiera de su esfuerzo?**

[O]

¿Hay alguna cosa que especialmente haga a menudo?

[O]

Parece que su rol en _____ (refiriéndose al ambiente o al grupo) es _____

(refiriéndose a los roles informales como ser un líder, ayudar/animar a los demás,

etc.)

Cuidado de la casa (si no está trabajando)

- **¿Vive en un (departamento/casa/cuarto/asilo/otro)?**

¿Quién más vive con usted?

¿Qué tipo de responsabilidades tiene usted para cuidar su casa/
departamento/cuarto?

[O]

- **¿Cómo reparte de sus responsabilidades para cuidar su (casa/departamento/cuarto)?**

Participación en organizaciones religiosas

- **¿Participa actualmente en alguna organización o grupo religioso?**

Plíquese acerca de esto.

¿Qué cosas hace?

¿Cómo empezó a hacerlas?

- **¿Por qué hace esto?**
- **¿Lo hace por divertirse o tiene un fin más serio?**

Rutina Diaria

La sección de Rutina Diaria incluye preguntas de cómo la persona organiza y usa su tiempo, la satisfacción con la rutina diaria, y los componentes ocupacionales típicos con el que lleva su tiempo.

- **Describa un típico día durante la semana**
 - ¿Puede decirme algo que haya sucedido recientemente que ejemplifique lo que es esta rutina para usted?
- **¿El fin de semana es algo diferente?**
 - [Sí] Describa
- **¿Está satisfecho con esta rutina?**
 - [Sí] ¿Qué es lo que le gusta de ella?
 - [No] ¿Qué es lo que le disgusta de ella?
- **Si llegara a tener un día realmente bueno o malo, ¿Cómo sería este?**
- **¿Cuales son los aspectos más importantes en su rutina?**
 - ¿Su rutina le permite hacer las cosas más importantes para usted?
 - [No] ¿Cuáles son las cosas más importantes que no puede hacer?
- **¿Su rutina diaria llegó a ser en algún momento diferente?**
 - [O, en relación a un período específico previo]*
 - ¿Qué tan diferente fue su rutina cuando _____?
 - ¿Cómo compararía ambas rutinas?
 - ¿Cuál era mejor para usted?
 - ¿Tenía hobbies o proyectos que fueron parte de su rutina pasada?
- **¿Cuál es el aspecto más importante que requiere mantener en su rutina?**
- **¿Qué es lo que más le gustaría cambiar de su rutina?**
- **¿Tiene algunos hobbies o proyectos en curso que forman parte de su rutina actual?**
 - Cuénteme acerca de _____
 - ¿Con qué frecuencia lo realiza?
 - ¿Cómo fue que empezó?
 - ¿Qué es lo que más le gusta del hobby/proyecto?
 - ¿Desde cuando forma parte de su rutina?
- **¿Tiene actualmente hobbies o proyectos que hayan sido parte de su rutina pasada?**
- **¿Cuáles fueron los eventos, experiencias que más moldearon o cambiaron su vida?**

Ambiente Ocupacional

La sección de Ambientes de Comportamiento Ocupacional incluye preguntas orientadas hacia los ambientes ocupacionales de las personas, incluyendo personas y su influencia en el comportamiento ocupacional.

Hogar

- **Cuénteme acerca de donde vive.**

[O]

Entiendo que usted vive _____

[O]

Platíqueme acerca de su hogar (departamento/cuarto/dormitorio): ¿Cómo es?

- ¿Es su hogar/casa confortable?
- ¿Cuenta con suficiente privacidad?
- ¿Puede ir de un lugar a otro?
- ¿Es un lugar adecuado?
- ¿Tiene usted las cosas necesarias para hacer lo que usted quiere?
- ¿Llega a aburrirse en su casa?
- ¿Le gustan los alrededores?
- ¿Son estimulantes?

[Las siguientes preguntas se duplican en esa sección con las correspondientes al papel de cuidador (a), y no necesitan ser planteadas si éstas se abordan primero]

- **¿Qué es lo que tiene que hacer para mantener su casa (departamento, cuarto, dormitorio)?**

- ¿Le gusta hacerlo?
- ¿Es capaz de hacerlo bien?

- **¿Con quien vive?**

[O]

¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

[O]

Entiendo que vive con _____?

- ¿Cómo se lleva con _____?
- ¿Que clase de cosas hacen juntos?

- **¿Cómo describiría el ambiente donde vive? (Por ejemplo, cuales de los siguientes términos describe la situación en la que vive: amoroso, conflictivo, tenso, calmado, caótico, ocupado, aburrido)**

[O]

Platíqueme algo de lo que haya sucedido recientemente que ejemplifica como es el ambiente donde vive.

- **¿Hay alguien en su casa/o en su familia que le pone tenso o le hace la vida difícil?**
- **Si necesita ayuda en algo, ¿puede usted confiar en su (familia, esposo (a), compañero, etc.) le ayudará?**
¿Puede darme un ejemplo?
- **Si se siente deprimido o derrotado, ¿Puede usted confiar en su (familia, esposo, compañero, etc.) le aconsejen o apoyen?**
¿Puede darme un ejemplo?

Principal ocupación productiva

- **Platíqueme acerca del lugar donde trabaja/la escuela en la que estudia.**
[O]
Dígame cómo es el lugar donde trabaja/la escuela en la que estudia.
¿Es la adecuada a sus estudios/al trabajo que realiza?
¿Tiene la suficiente privacidad?
¿Puede moverse con facilidad?
¿Cuáles son las principales cosas que hace en su trabajo/en la escuela?
¿Es el lugar adecuado?
¿Tiene las cosas que requiere para hacerlas?
¿Se llega a aburrir?
¿Le gusta el ambiente de trabajo?
¿Le gustan los alrededores?
- **¿Cómo describiría el ambiente donde trabaja (por ejemplo, cuales de los siguientes términos, describe la situación en la que trabaja: amoroso, conflictivo, tenso, calmado, caótico, ocupado, aburrido)?**
[O]
Platíqueme algo acerca de lo que haya sucedido recientemente que ejemplifique como el ambiente como es el ambiente donde trabaja.
- **¿Con quienes interactúa más en su trabajo o escuela?**
- **¿Cómo se lleva con sus colegas/compañeros de trabajo/jefe/compañeros de escuela/maestros?**
- **¿Hay alguien en su trabajo que lo dificulta o le ponga tenso?**
- **Si usted necesita ayuda, ¿Puede confiar en sus colegas/compañeros de trabajo/jefe, lo hará?**
¿Puede darme un ejemplo?
- **Si se siente deprimido o derrotado, ¿Puede usted confiar en su jefe o sus compañeros de trabajo le aconsejen o le apoyen?**
¿Puede darme un ejemplo?

Diversión

- **¿Cuáles son las principales cosas que hace para divertirse o relajarse?**
 - ¿En donde lo hace?
 - ¿Es un buen lugar?
 - ¿Le gusta las instalaciones/el ambiente?
 - ¿Son adecuadas para usted?
 - ¿Realmente cuenta con los lugares que quisiera para relajarse o divertirse?
- **¿Quiénes son las personas con las que se divierte o relaja, principalmente?**
 - ¿Cómo se lleva con ellas?
- **Platíqueme algo acerca de lo que haya sucedido recientemente que ejemplifique la clase de ambiente en el que se divierte o relaja.**

Elecciones de Actividad/Ocupación

La sección de actividad / decisiones ocupacionales incluye preguntas que buscan comprender como la persona toma decisiones relevantes a su comportamiento ocupacional y los valores, intereses, y causas personales que hay de tras, de esas decisiones.

- **¿Cómo fue que llegó a (desempeñar este trabajo/escoger esta línea de trabajo/estudiar/tener responsabilidades hacia sus padres)?**
- **¿Puede hacer las cosas que considera realmente importante?**
- [Sí] **¿Cuáles son algunas de las cosas realmente importantes para usted?**
- [No] **¿Puede decirme que cosas no puede hacer y porque?**
- [O]
- ¿Cuáles son las cosas que no puede hacer?**
- ¿Me puede dar un ejemplo?
- ¿Puede platicarme acerca de una situación reciente en la que no haya podido hacer algo valioso)?
- **¿Le ha sido posible en su vida, elegir las cosas importantes para usted?**
- **¿Hay algo que rutinariamente interfiera en lo que usted desea hacer?**
- **¿Considera usted que cuenta con el suficiente tiempo para hacer las cosas que le gustan?**
- [Sí] **¿Cuenta con tiempo libre?**
- ¿Cómo lo ocupa?
- ¿Qué hace para divertirse?
- ¿Puede platicarme acerca de cómo se divirtió recientemente?
- [No] **¿Por qué considera que ya no tiene tiempo para divertirse?**
- ¿Puede darme un ejemplo de cuando usted se sintió que no tuvo tiempo suficiente para hacer las cosas que le gustan?**
- [Si no puede responder] **¿Por qué considera que ya no se divierte?**
- **¿Se fija metas para usted mismo / hace planes para el futuro?**
- [Sí] **¿Puede hacer seguimiento?**
- ¿Puede darme un ejemplo de cuando se fijo una meta y le dio seguimiento?
- ¿Me puede dar un ejemplo de cuando ha tenido una meta y no ha sido capaz de llevarla a cabo?
- [No] **¿En alguna ocasión ha buscado algo que realmente ha querido alcanzar?**
- [O]
- ¿Cómo decidió hacer las cosas que quiere?**
- **Cuando se encuentra con obstáculos o dificultades ¿cómo las maneja?**
- ¿Puede darme un ejemplo?
- **¿Cuál es el principal desafío que afronta actualmente?**

[O. en relación a circunstancias, situaciones traumáticas]

¿Cómo cree usted que se ajustará a ellas / las manejará _____ ?

¿Puede darme un ejemplo de algunas decisiones que usted haya hecho que ejemplifiquen esto?

Eventos Críticos de Vida

La sección de Eventos Críticos de Vida incluye preguntas que cuestionan acerca de puntos de cambio, buenos tiempos, malos tiempos, éxitos y fracasos en la vida de la persona.

- **¿Cuales son los eventos o las experiencias que cambiaron su vida?**
[O, si un cambio es aparente o conocido]
¿Cuándo realmente cambiaron las cosas para usted?
[O, si un evento específico es conocido]
¿Cómo cambiaron las cosas desde _____ ?
{Preguntar para cada evento}
- **Dígame acerca de _____**
 ¿Qué sucedió?
 ¿Qué cambios produjo?
- **Pensando en su vida, ¿Cuándo considera que estuvo haciendo las cosas mejor?**
 Platíqueme acerca de este período.
 ¿Qué lo hizo tan bueno?
[O]
 ¿Porque? ¿Qué hubo acerca de su conducta o de las circunstancias que hizo este período mejor?
- **¿Cuál considera que es el mayor éxito de su vida?**
[O]
Cuénteme acerca de algo que le sucedió en la escuela o en su trabajo (o dentro de su principal rol ocupacional) donde usted se sintió especialmente exitoso.
- **¿Cuál considera el peor período de su vida?**
 Cuénteme acerca de este período
 ¿Qué lo hizo tan malo?
[O]
 ¿Por qué? ¿Qué hubo acerca de su conducta o de las circunstancias que hizo este período peor?
- **¿Cuál considera el mayor fracaso en su vida?**
[O]
Platíqueme acerca de algo que le sucedió en la escuela o en su trabajo (o dentro de su principal rol ocupacional) donde usted se sintió especialmente fracasado.
- **Si usted pudiera llegar a modificar su futuro, ¿qué es lo que haría?**
 ¿Qué piensa que estaría haciendo?
[O]

¿Qué cosas se ve haciendo usted en el futuro?

¿Es eso lo que le gustaría hacer?

APÉNDICE E

ESCALAS DE CALIFICACIÓN

Escala de Identidad Ocupacional

Escala de Competencia Ocupacional

Escala de Contexto (Ambiente) Ocupacional

Escala de Identidad Ocupacional

Ítem	Calif.	Criterios	Notas Adicionales del examinador
Tiene Metas y Proyectos Personales	4	<input type="checkbox"/> Presenta metas/proyectos personales de desafío y/o que aumentan esfuerzo requerido <input type="checkbox"/> Se siente con energía/emocionado con respecto a metas futuras/proyectos personales.	
	3	<input type="checkbox"/> Sus metas/proyectos personales son compatibles con habilidades/limitaciones <input type="checkbox"/> Tiene suficiente desco a futuro para resolver dudas/desafíos <input type="checkbox"/> Motivado para trabajar en metas/proyectos personales	
	2	<input type="checkbox"/> Sus metas/proyectos se encuentran arriba/debajo de habilidades estimadas <input type="checkbox"/> No está muy motivado para trabajar en metas/proyectos personales. <input type="checkbox"/> Se le dificulta pensar acerca de metas/proyectos personales/futuros. <input type="checkbox"/> Compromiso/emoción/motivación limitada.	
	1	<input type="checkbox"/> No puede identificar metas/proyectos personales. <input type="checkbox"/> Sus metas son inalcanzables en relación a sus capacidades. <input type="checkbox"/> Las metas tienen poca/ninguna relación con habilidades/limitaciones. <input type="checkbox"/> Carece de compromiso o motivaciones para el futuro. <input type="checkbox"/> Está desmotivado debido a metas, proyectos personales conflictivos/excesivas.	
Identifica un Estilo de vida ocupacional Deseado	4	<input type="checkbox"/> Sumamente comprometido con un estilo de vida. <input type="checkbox"/> Presenta una fuerte convicción acerca de cómo se visualiza. <input type="checkbox"/> Tiene un fuerte estilo de vida preferido. <input type="checkbox"/> Identifica una o varias ocupaciones significativas. <input type="checkbox"/> Tiene ideas claras acerca de las prioridades para estructurar/ocupar su tiempo.	
	3	<input type="checkbox"/> Identifica un estilo deseado de vida con algunas dudas/insatisfacciones. <input type="checkbox"/> Tiene ideas claras acerca de las prioridades para estructurar/ocupar su tiempo. <input type="checkbox"/> Identifica una o más ocupaciones de alguna manera importantes/significativas.	
	2	<input type="checkbox"/> Tiene problemas en identificar el tipo de estilo de vida ocupacional que desea. <input type="checkbox"/> Fuertes dudas o insatisfacciones con la actividad ocupacional que desempeña. <input type="checkbox"/> Se le dificulta identificar como estructurar/ocupar su tiempo. <input type="checkbox"/> Identifica una o más ocupaciones en las que duda de su sentido	
	1	<input type="checkbox"/> Extremadamente descontento con su estilo de vida/rutina. <input type="checkbox"/> No puede identificar un estilo de vida significativo. <input type="checkbox"/> No puede identificar ocupaciones que le emocionen/lleen. <input type="checkbox"/> No puede visualizar como estructurar/ocupar su tiempo.	

Espera el Éxito	4	<input type="checkbox"/> Sumamente confiado acerca de cómo debe vencer obstáculos/limitaciones/fallas. <input type="checkbox"/> Enfrenta los desafíos esperando tener éxito. <input type="checkbox"/> Tiene fuertes creencias en su efectividad. <input type="checkbox"/> Se siente en control de hacia donde va su vida. <input type="checkbox"/> Acepta las circunstancias fuera de su control sin afectarse.	
	3	<input type="checkbox"/> Mantiene un adecuado control sobre obstáculos/limitaciones/fallas por resolver. <input type="checkbox"/> Espera enfrentar los desafíos. <input type="checkbox"/> Espera tener éxito en determinado número de áreas. <input type="checkbox"/> Crece adecuadamente en su efectividad como persona.	
	2	<input type="checkbox"/> Tiene una dudosa capacidad de auto-control/enfrentar obstáculos/limitaciones/fracasos. <input type="checkbox"/> Siente inseguridad acerca de la posibilidad de tener éxito. <input type="checkbox"/> Se le dificulta mantenerse confiado respecto de obstáculos/limitaciones/fracasos por vencer. <input type="checkbox"/> Se afecta fácilmente cuando enfrenta desafíos.	
	1	<input type="checkbox"/> Tiene una visión pesimista de la capacidad de su desempeño <input type="checkbox"/> Se siente inútil. <input type="checkbox"/> Se siente incapaz de auto-controlarse. <input type="checkbox"/> Se siente inútil para influir en los acontecimientos. <input type="checkbox"/> Se rinde en presencia de obstáculos/limitaciones/fracasos.	
Acepta Responsabilidades	4	<input type="checkbox"/> Acepta responsabilidades en acciones personales. <input type="checkbox"/> Busca/utiliza retroalimentación para mejorar.	
	3	<input type="checkbox"/> Acepta responsabilidades razonables en acciones personales . <input type="checkbox"/> No se auto-culpa o critica en exceso. <input type="checkbox"/> Puede usar de la retroalimentación para modificar estrategias.	
	2	<input type="checkbox"/> Tiende a evitar responsabilidades razonables en acciones personales. <input type="checkbox"/> Culpa a otros/circunstancias de sus fracasos. <input type="checkbox"/> Se critica en exceso. <input type="checkbox"/> Tiende a negar/se siente abrumado por la retroalimentación.	
	1	<input type="checkbox"/> Acepta poca o ninguna responsabilidad por sus fracasos. <input type="checkbox"/> Se devalúa permanentemente. <input type="checkbox"/> Evita/no puede utilizar la retroalimentación . <input type="checkbox"/> Permanentemente se vale de otras/circunstancias para evitar las responsabilidades.	
Valora Capacidades y Limitaciones	4	<input type="checkbox"/> Rápidamente reconoce/acepta limitaciones en tanto enfatiza recursos. <input type="checkbox"/> Rápidamente confirma que las capacidades pueden compensar sus limitaciones. <input type="checkbox"/> Evalúa de manera realista sus capacidades al escoger una ocupación/realizar un esfuerzo.	
	3	<input type="checkbox"/> Reconoce algunas limitaciones. <input type="checkbox"/> Tiene una razonable tendencia para sobre/sub-estimar capacidades. <input type="checkbox"/> Tiene un adecuado conocimiento de capacidades/limitaciones para escoger una ocupación adecuada/realizar un esfuerzo.	
	2	<input type="checkbox"/> Sobre/subestima sus propias capacidades llevándolas a desarrollar ocupaciones inadecuadas. <input type="checkbox"/> Se le dificulta reconocer/compensar limitaciones con capacidades.	

	1	<input type="checkbox"/> Falla en estimar en forma real sus capacidades. <input type="checkbox"/> Se le dificulta reconocer/compensar limitaciones con capacidades.	
Tiene Compromisos Y Valores	4	<input type="checkbox"/> Un fuerte sentimiento de lo que es importante moldea/dirige elecciones. <input type="checkbox"/> Compromisos dan un fuerte sentido de dirección/propósito. <input type="checkbox"/> Estándares personales claros en relación a la forma de vida dan por resultado una imagen positiva de sí mismo.	
	3	<input type="checkbox"/> Identifica algunos valores que influyen en la elección ocupacional. <input type="checkbox"/> Tiene un adecuado compromiso hacia una dirección u objetivo en la vida. <input type="checkbox"/> Los estándares personales/principios resultan en una adecuada relación.	
	2	<input type="checkbox"/> Los valores conflictivos limitan la elección ocupacional <input type="checkbox"/> Desconoce el objetivo/dirección de su vida. <input type="checkbox"/> Tiene valores no compartidos por uno o varios grupos sociales/sociedad.	
	1	<input type="checkbox"/> Alienado/carece de compromiso o elección ocupacional. <input type="checkbox"/> No puede encontrar inversión/sentido del objetivo y dirección en la vida. <input type="checkbox"/> No se identifica con los valores grupales o de la sociedad. <input type="checkbox"/> Tiene valores que están desviados/en contra de grupos sociales/sociedad.	
Reconoce Identidades y Obligaciones	4	<input type="checkbox"/> Se ve a sí mismo dentro de un rango amplio de roles. <input type="checkbox"/> Tiene un fuerte sentido de identidad que emana de sus roles. <input type="checkbox"/> Esta fuertemente comprometido con sus roles.	
	3	<input type="checkbox"/> Se ve a sí mismo en uno o más roles. <input type="checkbox"/> Obtiene una adecuada identidad de los roles. <input type="checkbox"/> Esta comprometido con los roles.	
	2	<input type="checkbox"/> Se le dificulta verse en uno o más roles. <input type="checkbox"/> Esta comprometido marginalmente con los roles. <input type="checkbox"/> Se le dificulta identificar las responsabilidades de los roles a pesar de quererlos. <input type="checkbox"/> Tiene una débil identificación con los roles.	
	1	<input type="checkbox"/> No se identifica con ningún rol ocupacional. <input type="checkbox"/> Se identifica con roles desviados. <input type="checkbox"/> Carece de compromiso hacia los roles.	
Tiene Intereses	4	<input type="checkbox"/> Esta fuertemente atraído por una o más actividad(es) ocupacionales que motivan a una elección. <input type="checkbox"/> Sus intereses incrementan habilidades/oportunidades.	
	3	<input type="checkbox"/> Adecua intereses para guías elecciones. <input type="checkbox"/> Atraído por ocupaciones que corresponden a sus habilidades/oportunidades.	
	2	<input type="checkbox"/> Se le dificulta identificar intereses. <input type="checkbox"/> Tiene una limitada atracción hacia cualquier ocupación que concuerda con sus habilidades. <input type="checkbox"/> Sus intereses no concuerdan bien con habilidades/oportunidades.	
	1	<input type="checkbox"/> Incapaz de identificar intereses. <input type="checkbox"/> Sus intereses no tienen ninguna relación con sus habilidades/oportunidades para involucrarse en ellos.	

Se sintió efectivo (en el pasado)	4	<input type="checkbox"/> Tuvo un fuerte sentido de responsabilidad personal. <input type="checkbox"/> Esperó tener éxito en situaciones de desafío.	
	3	<input type="checkbox"/> Sintió que la responsabilidad era la adecuada cuando se le dio. <input type="checkbox"/> Tuvo la esperanza de tener éxito en situaciones de desafío.	
	2	<input type="checkbox"/> Sintió que la responsabilidad era inadecuada cuando se le dio. <input type="checkbox"/> Se sintió desalentado cuando se enfrentó a situaciones de desafío.	
	1	<input type="checkbox"/> Careció de sentido de responsabilidad. <input type="checkbox"/> Se sintió desesperanzado.	
Encontró sentido y satisfacción en su estilo de vida (en el pasado)	4	<input type="checkbox"/> Estaba sumamente contento con su estilo de vida. <input type="checkbox"/> Encontró gran satisfacción/sentido de su vida. <input type="checkbox"/> Tenía una fuerte identidad personal.	
	3	<input type="checkbox"/> Estaba generalmente contento con sus roles de vida pero había cosas que el/ella deseaba cambiar. <input type="checkbox"/> Tenía un determinado número de experiencias ocupacionales llenas de sentido/satisfactorias.	
	2	<input type="checkbox"/> Estaba de alguna forma descontento con sus roles de vida. <input type="checkbox"/> Tenía alguna dificultad en identificar intereses. <input type="checkbox"/> Tenía dificultad en encontrar satisfacciones/sentido a la vida.	
	1	<input type="checkbox"/> Estaba extremadamente descontento con su estilo/roles de vida. <input type="checkbox"/> Era incapaz de identificar intereses. <input type="checkbox"/> Era incapaz de encontrar sentido a la vida.	
Hizo elecciones ocupacionales (en el pasado)	4	<input type="checkbox"/> Ha estado comprometido/energizado por una historia de vida significativa. <input type="checkbox"/> Hizo excelentes elecciones ocupacionales para buscar su historia de vida. <input type="checkbox"/> Sus elecciones ocupacionales fueron posibles de lograr de acuerdo a su realidad.	
	3	<input type="checkbox"/> Estuvo adecuadamente motivado por una historia de vida significativa. <input type="checkbox"/> Hizo elecciones ocupacionales adecuadas en la búsqueda de una historia de vida.	
	2	<input type="checkbox"/> Tuvo dificultad en identificar/comprometerse con un estilo de vida. <input type="checkbox"/> Hizo elecciones ocupacionales que interfirieron con la búsqueda de una historia de vida. <input type="checkbox"/> La historia de vida condujo a elecciones ocupacionales negativas.	
	1	<input type="checkbox"/> Su historia de vida no fue motivadora (por ejemplo: trágica, se retrata como víctima). <input type="checkbox"/> Fue incapaz de visualizar una historia de vida. <input type="checkbox"/> Evitó/hizo muy malas elecciones ocupacionales.	

Escala de Competencia Ocupacional

Ítem	Calif.	Criterios	Notas Adicionales del examinador
Mantiene un estilo de vida satisfactorio	4	<input type="checkbox"/> Involucrado en roles/proyectos personales/hábitos que proporcionan una alta identidad/experiencia benéfica. <input type="checkbox"/> Su estilo de vida está directamente relacionado con valores/metás importantes. <input type="checkbox"/> Llena su vida con una serie de roles/proyectos personales. <input type="checkbox"/> El estilo de vida muestra un gran sentido de dirección/propósito.	
	3	<input type="checkbox"/> Involucrado en una variedad de roles/proyectos personales que proveen identidad/satisfacción. <input type="checkbox"/> El estilo de vida permite la expresión de algunos valores/metás importantes. <input type="checkbox"/> Generalmente hay un buen balance de roles/proyectos personales que llenan el espacio de su vida. <input type="checkbox"/> El estilo de vida generalmente expresa un sentido de dirección/propósito.	
	2	<input type="checkbox"/> Tiene dificultad en mantener/completar una serie de roles/proyectos personales/actividades. <input type="checkbox"/> Tiene dificultad en llenar el espacio de su vida con roles/proyectos personales/actividades adecuadas. <input type="checkbox"/> Tiene un estilo de vida estresante con demasiadas demandas/prioridades. <input type="checkbox"/> El estilo de vida muestra una clara falta de dirección/propósito. <input type="checkbox"/> Hay inconsistencia/conflicto entre roles/proyectos personales/responsabilidades.	
	1	<input type="checkbox"/> Abrumado con responsabilidades relacionadas a roles/proyectos personales. <input type="checkbox"/> Hay una falta continua en los roles/proyectos personales. <input type="checkbox"/> Hay una fuerte carencia de roles/proyectos personales/responsabilidad para llenar un estilo de vida. <input type="checkbox"/> El estilo de vida no muestra una dirección/propósito.	
Cumple con las expectativas de los roles	4	<input type="checkbox"/> Destaca en cumplir las obligaciones de todos los roles. <input type="checkbox"/> Las obligaciones/demandas de los roles son consistentes con un estilo de vida altamente productivo.	
	3	<input type="checkbox"/> Generalmente cumple con las obligaciones de diversos roles. <input type="checkbox"/> Las obligaciones/demandas de los roles son generalmente suficientes para mantener un patrón consistente de logro.	
	2	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente/dificultad creciente de cumplir las expectativas de los roles (debido a excesivas demandas de los roles/capacidad disminuida). <input type="checkbox"/> Pocas obligaciones para mantener un patrón consistente de logro.	
	1	<input type="checkbox"/> Incapaz de cumplir las demandas de los roles de vida mayores. <input type="checkbox"/> Perdió completamente los roles principales de vida debido a una incapacidad/otra problemática. <input type="checkbox"/> Negligente/sin demandas personales en sus roles y con poca oportunidad de logro.	

Trabaja hacia metas Personales	4	<input type="checkbox"/> Mantiene/enfoca esfuerzos altamente exitosos hacia el cumplimiento de las metas. <input type="checkbox"/> Consistente logra/excede las metas. <input type="checkbox"/> Se anticipa a cómo y cuándo se requiere formular metas para lograr una óptima productividad/satisfacción.	
	3	<input type="checkbox"/> Regularmente mantiene su esfuerzo hacia sus metas. <input type="checkbox"/> Logra/casi logra alcanzar la mayoría de sus metas. <input type="checkbox"/> Es capaz de reorientar metas/esfuerzos cuando las circunstancias se lo dictan.	
	2	<input type="checkbox"/> La enfermedad/u otra circunstancia creó interferencias/interrupciones parciales al logro de sus metas. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente pierde el enfoque/compromiso hacia sus metas. <input type="checkbox"/> Las metas fueron significativamente impactadas por la enfermedad. <input type="checkbox"/> Progresa en forma variable hacia sus metas. <input type="checkbox"/> Algunas veces persiste en lograr metas inalcanzables.	
	1	<input type="checkbox"/> La enfermedad/u otra circunstancia invalidaron las metas. <input type="checkbox"/> No puede mantenerse enfocado en las metas/en mantener un esfuerzo hacia las metas a través del tiempo. <input type="checkbox"/> Abandona metas. <input type="checkbox"/> Lucha por metas inalcanzables lo que lo lleva a fracasos constantes.	
Cubre los estándares de desenvolvimiento personal	4	<input type="checkbox"/> Logra un nivel de desempeño acorde con sus mayores aspiraciones/expectativas.	
	3	<input type="checkbox"/> Debido a algún alto o bajo estándar personal. <input type="checkbox"/> Debido a algunas limitaciones en sus capacidades.	Alcanza un nivel de desempeño que generalmente cubre lo esperado.
	2	<input type="checkbox"/> Debido a expectativas personales excesivas <input type="checkbox"/> Debido a limitaciones significativas/capacidad disminuida.	Existe una continua diferencia entre resultados y estándares que genera una duda en sí mismo
	1	<input type="checkbox"/> Existe una dificultad continua para alcanzar expectativas personales irreales. <input type="checkbox"/> La fuerte pérdida en su capacidad impide el logro de los estándares de desenvolvimiento.	

Organiza el tiempo para sus responsabilidades	4	<input type="checkbox"/> Tiene una buena rutina y organización que rápidamente le hace cubrir sus responsabilidades/metras. <input type="checkbox"/> Rápidamente hace flexible la rutina a fin de hacer frente a responsabilidades/circunstancias de manera creativa. <input type="checkbox"/> La rutina expresa una forma muy elevada de estrategias de adaptación.	
	3	<input type="checkbox"/> Tiene una rutina consistente que permite cubrir la mayoría de las responsabilidades. <input type="checkbox"/> Generalmente es capaz de modificar la rutina cuando se requieran las responsabilidades/cambios en la circunstancias. <input type="checkbox"/> La rutina expresa estrategias satisfactorias de adaptación.	
	2	<input type="checkbox"/> Tiene una gran dificultad en organizar rutinas que no le permiten cubrir múltiples responsabilidades/adaptarse a cambios. <input type="checkbox"/> Tiene pocas metas/responsabilidades que produzcan una rutina eficiente. <input type="checkbox"/> Los elementos de la rutina suponen formas muy ineficaces de estrategias de adaptación	
	1	<input type="checkbox"/> Totalmente desorganizado/rutina caótica. <input type="checkbox"/> Incapaz de organizar su rutina en labores de autocuidado básicas. <input type="checkbox"/> Incapaz de adaptar su rutina a nuevas circunstancias. <input type="checkbox"/> La rutina expresa conductas altamente disfuncionales como abuso de drogas/estrategias de adaptación negativas.	
Participa en intereses	4	<input type="checkbox"/> Busca apasionadamente/con satisfacción uno o más intereses. <input type="checkbox"/> Rápidamente esta listo/goza por nuevos intereses.	
	3	<input type="checkbox"/> Consistentemente participa en intereses. <input type="checkbox"/> Generalmente es capaz de tratar de/ gozar de nuevos intereses.	
	2	<input type="checkbox"/> Tiene una participación inconsistente en los intereses. <input type="checkbox"/> Tiene alguna dificultad en encontrar tiempo/fuerzas para participar en intereses importantes. <input type="checkbox"/> La enfermedad/u otras circunstancias interrumpen/reducen su participación en intereses pasados. <input type="checkbox"/> Tiene dificultad en tratar de desarrollar/encontrar satisfacción en nuevos intereses/adaptarse a ellos.	
	1	<input type="checkbox"/> Mínima/falta de búsqueda de intereses. <input type="checkbox"/> Sin /poca energía/tiempo para participar en intereses. <input type="checkbox"/> Enfermedad/traumas interfirieron fuertemente/evitaran la participación en intereses pasados. <input type="checkbox"/> Completamente incapaz de tratar de/adaptarse a nuevos intereses.	
Cumplió con las expectativas de los roles (pasado)	4	<input type="checkbox"/> Manejó completamente los roles apropiados a las etapas de desarrollo. <input type="checkbox"/> Fue capaz de balancear las múltiples demandas de los roles.	
	3	<input type="checkbox"/> Generalmente mantuvo los roles apropiados a las etapas de desarrollo. <input type="checkbox"/> Fue generalmente capaz de balancear las múltiples demandas de los roles.	

	2	<input type="checkbox"/> Tuvo dificultad en balancear las demandas de los roles. <input type="checkbox"/> Tuvo periodos de roles difíciles de cumplir con demandas. <input type="checkbox"/> Tuvo un desenvolvimiento variable/inconsistente en sus roles. <input type="checkbox"/> Tuvo roles conflictivos.	
	1	<input type="checkbox"/> Tuvo fracasos significativos en uno o más de los roles principales. <input type="checkbox"/> Tuvo carencias de roles. <input type="checkbox"/> Tuvo serios problemas en varios/todos los roles.	
Mantuvo hábitos (pasado)	4	<input type="checkbox"/> Mantuvo una rutina altamente organizada en sus fases de desarrollo/metás. <input type="checkbox"/> Mantuvo un programa diario altamente satisfactorio/productivo.	
	3	<input type="checkbox"/> Generalmente mantuvo un programa diario productivo. <input type="checkbox"/> Generalmente mantuvo una rutina apropiada a sus fases de desarrollo/metás.	
	2	<input type="checkbox"/> Su programa diario fue inconsistente. <input type="checkbox"/> Su rutina estuvo insuficientemente organizada para su etapa de desarrollo/metás. <input type="checkbox"/> Tuvo periodos de significativa desorganización de su vida diaria.	
	1	<input type="checkbox"/> Tuvo problemas significativos para mantener su rutina. <input type="checkbox"/> Los patrones de rutina fracasaron para ajustarse a las etapas de desarrollo/metás. <input type="checkbox"/> Tuvo patrones de vida caóticos en relación con sus etapas de desarrollo/metás. <input type="checkbox"/> Tuvo una rutina inactiva. <input type="checkbox"/> Tuvo patrones de vida marcadamente desviados.	
Logró satisfacción (pasado)	4	<input type="checkbox"/> Logró todas sus metas importantes <input type="checkbox"/> Su estilo de vida pasada le proporcionaron un alto nivel de satisfacción. <input type="checkbox"/> Tenía un buen balance de trabajo/descanso y diversión.	
	3	<input type="checkbox"/> Alcanzó la mayoría de las metas importantes en la vida. <input type="checkbox"/> Generalmente logró balancear trabajo/descanso y diversión. <input type="checkbox"/> Su estilo de vida fue generalmente entretenido. <input type="checkbox"/> Generalmente mantuvo/dio seguimiento a sus metas.	
	2	<input type="checkbox"/> Tuvo una significativa insatisfacción con su estilo de vida. <input type="checkbox"/> Tuvo cierta falta de balance entre el trabajo/descanso y diversión. <input type="checkbox"/> Fracasos importantes desviaron/interfirieron sus logros. <input type="checkbox"/> Perdió un interés o meta importante y no lo reemplazó. <input type="checkbox"/> Tuvo dificultades en dar seguimiento a sus metas.	
	1	<input type="checkbox"/> Enfermedad/u otras circunstancias significativamente impidieron/interfirieron el buscar metas/intereses. <input type="checkbox"/> Tuvo un fuerte sentimiento de fracaso/insatisfacción con su estilo de vida. <input type="checkbox"/> Tuvo un significativo fracaso que condujo a insatisfacción. <input type="checkbox"/> Tuvo un pobre balance de trabajo/descanso y diversión.	

Escala de Contexto (Ambiente) Ocupacional

Ítem	Calif.	Criterios	Notas Adicionales del examinador
Formas ocupacionales de vida en el hogar (tareas)	4	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos son apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades de desafío estimulan intereses y habilidades
	3	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos generalmente son apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades generalmente compatibilizan con intereses y habilidades.
	2	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos ocasionalmente son apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades de alguna manera no compatibilizan con intereses y habilidades
	1	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos son pobremente apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades compatibilizan pobremente con intereses y habilidades.
Formas ocupacionales del principal rol productivo (tareas)	4	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos son apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades de desafío estimulan intereses y habilidades.
	3	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos generalmente son apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades generalmente compatibilizan con intereses y habilidades.
	2	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requerido ocasionalmente son apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades de alguna manera no compatibilizan con intereses y habilidades.
	1	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requerido son pobremente apropiados al tiempo/energía disponibles.	Demandas/oportunidades compatibilizan pobremente con intereses y habilidades.

Formas ocupacionales de diversión (tareas)	4	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos son apropiados al tiempo/energía disponibles.	} Demandas/oportunidades de desafío estimulan intereses y habilidades.
	3	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos generalmente son apropiados al tiempo/energía disponibles.	} Demandas/oportunidades generalmente compatibilizan con intereses y habilidades.
	2	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos ocasionalmente son apropiados al tiempo/energía disponibles.	} Demandas/oportunidades de alguna manera no compatibilizan con intereses y habilidades.
	1	<input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Tiempo/esfuerzo requeridos son pobremente apropiados al tiempo/energía disponibles.	} Demandas/oportunidades compatibilizan pobremente con intereses y habilidades.
Grupo social de vida hogareña	4	<input type="checkbox"/> Oportunidades/expectativas de la interacción/apoyo de colaboración funcionan de manera óptima. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico intensifica el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros valoran habilidades, contribuciones/esfuerzos.	
	3	<input type="checkbox"/> La necesaria interacción/colaboración con otros generalmente apoya un funcionamiento positivo. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico apoya el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros reconocen habilidades/contribuciones/esfuerzos.	
	2	<input type="checkbox"/> Poca/sobre demanda interacción /colaboración limita el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico retrae el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros no reconocen habilidades/contribuciones y esfuerzos.	
	1	<input type="checkbox"/> Interacción /colaboración no existe/ demanda lo imposible o es conflictivo. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico contribuye a un funcionamiento deficiente. <input type="checkbox"/> Se siente inútil en su capacidad para influir en los resultados.	
Grupo social del principal rol productivo	4	<input type="checkbox"/> Oportunidades/expectativas de interacción /apoyo de colaboración funcionan de manera óptima. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico intensifica el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros valoran habilidades/contribuciones/esfuerzos.	
	3	<input type="checkbox"/> La necesaria interacción /colaboración con otros generalmente apoya un funcionamiento positivo. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico apoya el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros reconocen habilidades/contribuciones/esfuerzos.	
	2	<input type="checkbox"/> Poca/sobre demanda de interacción/colaboración limita el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico retrae funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros no reconocen habilidades /contribuciones/esfuerzos.	

	1	<input type="checkbox"/> Interacción colaboración no existe/o demanda lo imposible o es conflictivo. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico contribuye a un funcionamiento deficiente <input type="checkbox"/> Se siente inútil en su capacidad para influir en sus capacidades.	
Grupo social de diversión	4	<input type="checkbox"/> Oportunidades/expectativas de interacción /apoyo de colaboración funcionan de manera óptima. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico intensifica el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros valoran habilidades/contribuciones/esfuerzos.	
	3	<input type="checkbox"/> La necesaria interacción /colaboración con otros generalmente apoya un funcionamiento positivo. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico apoya el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros reconocen habilidades/contribuciones/esfuerzos.	
	2	<input type="checkbox"/> Poca/sobre demanda de interacción/colaboración limita el funcionamiento. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico retrac funcionamiento. <input type="checkbox"/> Otros no reconocen habilidades /contribuciones/esfuerzos.	
	1	<input type="checkbox"/> Interacción colaboración no existe/o demanda lo imposible o es conflictivo. <input type="checkbox"/> Ambiente emocional/práctico contribuye a un funcionamiento deficiente. <input type="checkbox"/> Se siente inútil en su capacidad para influir en sus capacidades.	
Vida del hogar espacio físico objetos recursos	4	<input type="checkbox"/> Completamente accesible <input type="checkbox"/> Seguro (con mínimo riesgo) <input type="checkbox"/> Satisface exactamente necesidades de privacidad. <input type="checkbox"/> Muy confortable <input type="checkbox"/> Muy estimulante/significativo <input type="checkbox"/> Suficiente/presta apoyo	Medio ambiente y objetos
	3	<input type="checkbox"/> Mayormente accesible. <input type="checkbox"/> Generalmente seguro (con riesgos moderados) <input type="checkbox"/> Adecuadamente privado <input type="checkbox"/> Adecuadamente confortable <input type="checkbox"/> Adecuadamente estimulante/significativo <input type="checkbox"/> Presta apoyo adecuadamente	Medio ambiente y objetos
	2	<input type="checkbox"/> En cierta forma accesible <input type="checkbox"/> Inseguro (con riesgos sustanciales) <input type="checkbox"/> En cierta forma intruso. <input type="checkbox"/> En cierta forma incómodo. <input type="checkbox"/> En cierta forma desmotivante/falto de significado. <input type="checkbox"/> En cierta forma sin prestar apoyo.	Medio ambiente y objetos
	1	<input type="checkbox"/> Inaccesible <input type="checkbox"/> Inseguro(con altos riesgos) <input type="checkbox"/> Sin privacidad. <input type="checkbox"/> Muy incómodo <input type="checkbox"/> Desmotivante/falto de significado <input type="checkbox"/> Totalmente inadecuado	Medio ambiente y objetos

Principal rol productivo, espacio físico, objetos y recursos	4	<input type="checkbox"/> Completamente accesible <input type="checkbox"/> Seguro (con mínimo riesgo) <input type="checkbox"/> Compatibiliza exactamente con necesidades de privacidad <input type="checkbox"/> Muy confortable <input type="checkbox"/> Muy estimulante/significativo <input type="checkbox"/> Suficiente/presta apoyo	} Medio ambiente y objetos	
	3	<input type="checkbox"/> Mayormente accesible. <input type="checkbox"/> Generalmente seguro (con riesgos moderados) <input type="checkbox"/> Adecuadamente privado <input type="checkbox"/> Adecuadamente confortable <input type="checkbox"/> Adecuadamente estimulante/significativo <input type="checkbox"/> Presta apoyo adecuadamente	} Medio ambiente y objetos	
	2	<input type="checkbox"/> En cierta forma accesible <input type="checkbox"/> Inseguro (con riesgos sustanciales) <input type="checkbox"/> En cierta forma intruso. <input type="checkbox"/> En cierta forma incómodo. <input type="checkbox"/> De cierta forma desmotivante /falta de significado. <input type="checkbox"/> En cierta forma sin prestar apoyo.	} Medio ambiente y objetos	
	1	<input type="checkbox"/> Inaccesible <input type="checkbox"/> Inseguro(con altos riesgos) <input type="checkbox"/> Sin privacidad. <input type="checkbox"/> Muy incómodo <input type="checkbox"/> Desmotivante/falta de significado <input type="checkbox"/> Totalmente inadecuado	} Medio ambiente y objetos	
Diversión espacio físico, objetos y recursos	4	<input type="checkbox"/> Completamente accesible <input type="checkbox"/> Seguro (con mínimo riesgo) <input type="checkbox"/> Satisface exactamente necesidades de privacidad <input type="checkbox"/> Muy confortable <input type="checkbox"/> Muy estimulante/significativo <input type="checkbox"/> Suficiente/presta apoyo	} Medio ambiente y objetos	
	3	<input type="checkbox"/> Mayormente accesible. <input type="checkbox"/> Generalmente seguro (con riesgos moderados) <input type="checkbox"/> Adecuadamente privado <input type="checkbox"/> Adecuadamente confortable <input type="checkbox"/> Adecuadamente estimulante/significativo <input type="checkbox"/> Presta apoyo adecuadamente	} Medio ambiente y objetos	
	2	<input type="checkbox"/> En cierta forma accesible <input type="checkbox"/> Inseguro (con riesgos sustanciales) <input type="checkbox"/> En cierta forma intruso. <input type="checkbox"/> En cierta forma incómodo. <input type="checkbox"/> En cierta forma desmotivante/falta de significado. <input type="checkbox"/> En cierta forma sin prestar apoyo.	} Medio ambiente y objetos	
	1	<input type="checkbox"/> Inaccesible <input type="checkbox"/> Inseguro(con altos riesgos) <input type="checkbox"/> Sin privacidad. <input type="checkbox"/> Muy incómodo <input type="checkbox"/> Desmotivante/falta de significado <input type="checkbox"/> Totalmente inadecuado	} Medio ambiente y objetos	

OPHI-II Hoja de Resumen de Datos

Fecha:

Terapeuta O.:

Información del Cliente:

Nombre:

Edad:

Genero: M F

Origen Étnico:

Caucásico

Afro-americano

Asiático

Indo-americano o nativo de Alaska

Hispánico

Multi-racial

Otro

Desconocido

ICD9:

Primario:

Secundario:

Situación de trabajo:

Estado de Vida:

Años de Educación:

Titulos Obtenidos:

Independencia en su participación ocupacional (marque uno):

Independiente

Necesita Ayuda

Totalmente dependiente

Escala de Identidad Ocupacional	1	2	3	4
Tiene Metas y Proyectos Personales				
Identifica un Estilo de Vida Ocupacional				
Espera Éxito				
Acepta Responsabilidades				
Valora Habilidades y Limitaciones				
Tiene Compromisos y Valores				
Reconoce Identidades y Obligaciones				
Tiene Intereses				
Se Sintió Efectivo (pasado)				
Encontró Sentido / Satisfacción en su Estilo de Vida (pasado)				
Hizo elecciones Ocupacionales				
Escala de Competencia Ocupacional	1	2	3	4
Mantiene un Estilo de Vida Satisfactorio				
Cumple con las Expectativas de sus Roles				
Trabaja Hacia Metas				
Cubre los Estándares de Desarrollo Personal				
Organiza su tiempo para cumplir Responsabilidades				
Participa en Intereses				
Cumplió con sus Roles (pasado)				
Mantuvo Hábitos (pasado)				
Logró Satisfacción (pasado)				
Escala de Contexto Ocupacional	1	2	3	4
Formas Ocupacionales de vida en el hogar				
Formas Ocupacionales del Rol Principal Productivo				
Formas Ocupacionales de Diversión				
Grupo Social en la Vida Hogareña				
Grupo Social del Principal rol Productivo				
Grupo Social de Diversión				
Espacios Físicos, Objetos y Recursos en la Vida Hogareña				
Espacios Físicos, Objetos y Recursos en el Rol Productivo				
Espacios Físicos, Objetos y Recursos en los ambientes de Diversión				

4 = Función ocupacional excepcionalmente competente
 3 = Función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria
 2 = Algunos problemas en la función ocupacional
 1 = Problemas extremos en la función ocupacional

Análisis/ Plan: _____

Registro de Narración de Historia de Vida

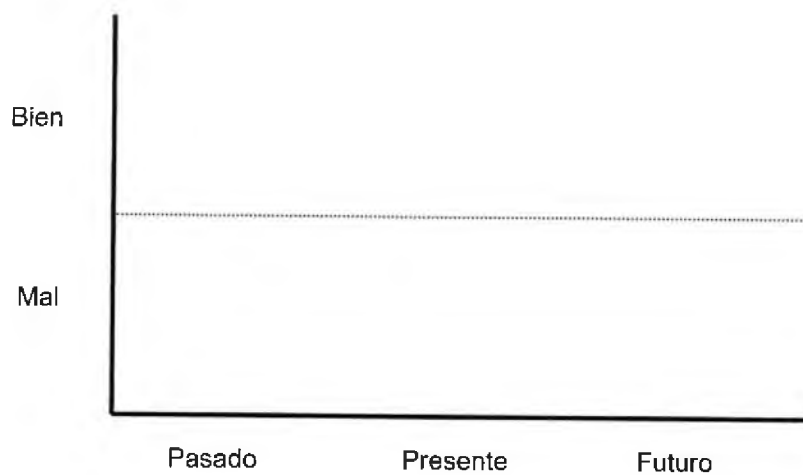
Cliente: _____

Fecha: _____

Terapeuta: _____

Perfil Narrativo

Dibuje las pendientes incluyendo los principales eventos de vida y como mejoró o empeoró la vida del cliente a partir de estos eventos. La inclinación de la pendiente indica la severidad o los cambios en los eventos.



Significado/Implicaciones de la Historia de Vida

- Allan, N. Wachholtz, D, Valdés, A, (2005).” Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados”. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. N° 5.
- Alzás García, L.M. et al (2016). Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación cualitativa en Ciencias Sociales. Vol. 3, pp. 639-648.
- Arias, M.M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Investigación y Educación en Enfermería, 18(1), 13-26.
- Ávila Álvarez, A, Martínez Piedrola, R, Matilla Mora, R, Máximo Bocanegra, M, Méndez Méndez, B, Talavera Valverde, MA et al. (2010) Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2º Edición. American Occupational Therapy Association (AATO).
- Ayciriex, M, Sánchez, M. (2015)” Percepción de las actividades de apoyo a la vida cotidiana en el hogar y el trabajo de mujeres con artritis reumatoidea”. Tesis presentada para obtener el título de grado de Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Bassani, G, Oyarzun, MV, Sánchez, M. (2007) “Huellas personales de una causa nacional”. Tesis presentada para obtener el título de grado de Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Benavides, M.O & Gómez-Restrepo, C (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista colombiana de psiquiatría, 34(1), 118-124.
- Bericat, E. (1998). La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida. Barcelona: Ariel.
- Biondelli, C, Casañas, M, Serrón, F. (2012).” Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con artritis reumatoidea”. Tesis presentada para

obtener el título de grado de Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Bru Morón, C, Chaparro del Moral, R, Rillo, O, Casalla, L, Tamborenea, M et al. (2012) "Productividad laboral en artritis reumatoidea: Relación con características clínico- radiológicas". CABA. Servicio de reumatología del hospital, Dr. E. Tornú.
- Cosentino, R. & Cosentino, R. V. (2001). Miembro superior: Semiología con consideraciones clínicas y terapéuticas. La Plata: Serie Ciencia de Puño y Letra.
- Cruz, A, Arias, I, Figueroa, K, Llavona, D, Rivera, A. (2014) "Factores que promueven la adaptación ocupacional en mayores en Puerto Rico". TOG (A Coruña) Vol. 11. Núm. 20. www.revistatog.com.
- De Las Heras de Pablo CG. (2015). "Significado de la Terapia Ocupacional: Implicaciones para la mejor práctica". TOG (A Coruña); monografía 7: [127-145]
Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/significado.pdf>
- Della Porta, D. Keating, M. (2003). Enfoque y metodologías en las Ciencias Sociales: Una perspectiva pluralista. Madrid: Akal.
- Denzin, N. K. (1970). Sociological Methods: A Source Book. Chicago: Aldine Publishing. Company.
- Díaz Petit, J., Camp, R. (2002). Rehabilitación en la artritis reumatoide. Barcelona. España: Editorial Masson S.A.
- Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C, & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Hopkins, H, Smith, H. Willard/ Spackman. (1998) "Terapia Ocupacional". 8º Edición. España: Ed. Médica Panamericana.

- Kielhofner, G, Henry, A, Walens & Roge, E. (1991) “Generalizability study of the Occupational Performance History interview. Occupational Therapy journal research”, 11,292-306.
- Kielhofner, G. (2006). “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional”. 3° Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2008). Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación. 4° Edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Kielhofner, G, Mallinson, T, Crawford, C, Nowak, M, Rigby, M et al. (2008). Manual del usuario de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (II) (OPHI-II) (Versión 2.1). Universidad de Illinois. Chicago.
- Krzemien, D. (2007). Reflexiones sobre la Psicología como ciencia, el conocimiento y el método científico en las ciencias humanas. Ficha de cátedra. FCS y TS, UNMDP.
- Lee, S.W, Taylor, R, Kielhofner, G, Fisher, G. (2008).” Teory use in practice: A National Survey of Therapist who use the Model of Human Occupation”. American Journal of Occupational Therapy, 62, 106-117 January/February 2008, Volume 62, Number 1.
- Maldonado Cocco, J.A., Citera, G., Paira S.O. (2000). *Reumatología*. Buenos Aires. Argentina: Ed. AP Americana de Publicaciones.
- Martínez S, L, Muñoz H, F, Suazo G, C et al. (2014) Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso. 3° Edición. Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA).
- Olsen, W. (2004). Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really Be Mixed. Ed. M. Holborn, Development in Sociology. Londres: Causeway Press.

- Oppermann, M. (2000). Triangulation. A methodological discussion. *International Journal of Tourism Research*, 2, 141-146.
- Otero Pazos, N, Santamaría-Vázquez, M. (2015)” Influencia de los factores sociodemográficos en el desempeño ocupacional en personas con discapacidad física institucionalizadas”. *TOG. A Coruña*. Vol. 12. N°22. www.revistatog.com
- Polonio López, B. (2003).” *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*”. 1º Edición. Madrid. España. Editorial Medica Panamericana.
- Polonio López, B, Durante Molina, P, Noya Arnaiz, B. (2001). “*Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*”. 1ºEdición. Madrid. España. Editorial Medica Panamericana.
- Ramos Vértiz, J.R. (2006). *Traumatología y Ortopedia*. 2º Edición. Buenos Aires: Editorial Atlante.
- Trombly, C.A. (1990). “*Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*”. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V