Revista ContexTO, N°10. ISSN (En línea) 2810-6660

ContexTO

TERAPIA OCUPACIONAL

ORTÓTICA, UNA MIRADA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

T.O. Patricia Pinto Herrera

COMPETENCIAS MÍNIMAS QUE REQUIERE POSEER UN PROFESIONAL EGRESADO DEL CAMPO DE LA SALUD EN EL ÁREA GERONTO-GERIÁTRICA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES: UNA REVISIÓN NARRATIVA

T.O. Alicia Valdés Rojas, Matías Alejandro Jiménez Álvarez, Gonzalo Rodrigo Ballesteros Melo, Felipe González Basterrica, Estefanía Castro Cortez, Matías Cerda Savoy, Valeria Arredondo Reyes

SISTEMATIZACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR UN TERAPEUTA OCUPACIONAL, UTILIZANDO EL PORTAFOLIO METODOLÓGICO COMUNICACIÓN, INICIATIVA, AUTONOMÍA Y MANEJO DE SITUACIONES (CIAM), EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA RESIDENCIAL VINCULADA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON LIBERTAD VIGILADA

T.O. Cristian Marcelo Gutiérrez Villagrán

DESCRIPCIÓN DEL DESEMPEÑO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE MUJERES ADULTAS CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

T.O. Vivian Neumann Collyer, T.O. Nicole Carreño Guerrero y T.O. Felipe Díaz Muñoz

APROXIMACIÓN AL MODELO DENVER DE ATENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS PEQUEÑOS CON AUTISMO

T.O. Diego Pablo González Lagos

FIJANDO LA MIRADA EN UNA TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA, EN LA OCUPACIÓN Y EN LAS NECESIDADES FAMILIARES EN INFANCIA

T.O. Sabina Barrios Fernández

Universidad Central

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Terapia Ocupacional

ContexTO

ISSN (En línea) 2810-6660

Propuestas para la Acción en Terapia Ocupacional

Carrera de Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud



Universidad Central

ContexTO

N°10 / Julio de 2023
Carrera de Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Central de Chile
ISSN (En línea) 2810-6660
Licencia CC BY 4.0.

Dirección:
Carrera de Terapia Ocupacional
Universidad Central de Chile
Lord Cochrane 417
Torre A, piso 5
Santiago de Chile

Versión electrónica:
www.revistacontextoucen.cl

ContexTO publica trabajos originales de Terapeutas Ocupacionales a fin de difundir conocimientos nacidos desde la práctica profesional.

Cada número está dedicado a un tema específico de la praxis en Terapia Ocupacional, seleccionado por el Comité Editorial para este fin.

Los autores son responsables por los contenidos y puntos de vista expresados, los cuales no necesariamente coinciden con los de la Editora, el Comité Editorial o la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Central de Chile.

ContexTO se reserva el derecho de realizar modificaciones formales a los textos originales si lo considera necesario.

ContexTO somete los trabajos recibidos a revisión por pares expertos.

Corrección de textos
Rodrigo Marilef Betanzo

Diseño
Patricio Castillo Romero
www.entremedios.cl

EQUIPO EDITORIAL

DIRECTORA

TO. Irene Muñoz Espinosa https://orcid.org/0000-0002-8766-1471

Doctoranda en Educación Universitat de les Illes Balears. Magíster en Educación en Ciencias de la Salud y Diplomada en Docencia en Ciencias Biomédicas, Universidad de Chile. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana y Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Chile. Orientadora en Relaciones Humanas y Familia, Instituto Profesional Carlos Casanueva. Investigación en formación de profesionales universitarios, salud del adolescente, drogodependencias y vulneración de derechos.

EDITORA

TO. Mabel Navarrete V. https://orcid.org/0000-0002-1269-4164

Magister en Ciencia de la Educación con mención en Docencia e Investigación Universitaria, Diplomada en Educación Superior, Universidad Central de Chile. Licencia en Ciencias de la Ocupación Humana y Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile. Investigación en Ocupaciones y uso del tiempo en la Niñez y la Adolescencia. Obesidad en la Niñez y Adolescencia. Calidad de Vida en Adolescentes con Escoliosis idiopática.

COORDINACIÓN EDITORIAL

TO. Evelyn Álvarez A. https://orcid.org/0000-0001-7701-4759

Magíster en Ciencias Biológicas, mención Neurociencias, Universidad de Chile. Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana de la Universidad de Chile. Diplomada en Neuropsicología y Neuropsiquiatría Adulto. Especialista en deporte para personas con discapacidad, Universität Leipzig. Estudiante de Doctorado en Psicología de Universidad Diego Portales.

TO. Mónica Oyarzún S. https://orcid.org/0000-0001-5442-8545

Magíster en Educación con mención en Docencia e Investigación Universitaria, Universidad Central. Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile. Diplomada en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Universidad de Chile. Diplomada en Modelo de Ocupación Humana Universidad de Los Andes. Diplomada en Detección e Intervención en Estados Mentales de Riesgo Universidad de Chile. Investigación en salud mental y psiquiatría.

TO. María Alicia Valdés Rojas. https://orcid.org/0000-0001-9775-6346

Magíster en Integración Social de Personas con Discapacidad, Universidad de Salamanca
Licenciada en Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile.
Diplomada en Educación Superior en Salud, Universidad de Chile.

REVISORES/AS EXTERNOS/AS

Mg. Constanza Briceño Ribot
Mg. Stephanie Prieto Suazo
Mg. Ana Valdebenito Aravena
TO. Enrique Henny Köller.

CONTENIDOS

11 *Presentación*

13 *ORTÓTICA, UNA MIRADA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL*
T.O. Patricia Pinto Herrera

31 *COMPETENCIAS MÍNIMAS QUE REQUIERE POSEER UN PROFESIONAL EGRESADO DEL CAMPO DE LA SALUD EN EL ÁREA GERONTO-GERIÁTRICA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES: UNA REVISIÓN NARRATIVA*
T.O. Alicia Valdés Rojas, Matías Alejandro Jiménez Álvarez, Gonzalo Rodrigo Ballesteros Melo, Felipe González Basterrica, Estefanía Castro Cortez, Matías Cerda Savoy, Valeria Arredondo Reyes

49 *SISTEMATIZACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR UN TERAPEUTA OCUPACIONAL, UTILIZANDO EL PORTAFOLIO METODOLÓGICO COMUNICACIÓN, INICIATIVA, AUTONOMÍA Y MANEJO DE SITUACIONES (CIAM), EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA RESIDENCIAL VINCULADA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON LIBERTAD VIGILADA*
T.O. Cristian Marcelo Gutiérrez Villagrán

65 *DESCRIPCIÓN DEL DESEMPEÑO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE MUJERES ADULTAS CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA*
T.O. Vivian Neumann Collyer, T.O. Nicole Carreño Guerrero
y T.O. Felipe Díaz Muñoz

81 *APROXIMACIÓN AL MODELO DENVER DE ATENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS PEQUEÑOS CON AUTISMO*
T.O. Diego Pablo González Lagos

91 *FIJANDO LA MIRADA EN UNA TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA, EN LA OCUPACIÓN Y EN LAS NECESIDADES FAMILIARES EN INFANCIA*
T.O. Sabina Barrios Fernández

ContexTO somete los trabajos recibidos a revisión por pares expertos.

Editorial

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num10.57

Publicaciones y terapia ocupacional

Actualmente, el estado editorial de las revistas de terapia ocupacional, a nivel mundial, muestra que existen dieciséis revistas de terapia ocupacional indexadas según Scimago Journal & Country Rank (2021) de Scopus. Un porcentaje importante de esta distribución representa a revistas estadounidenses, luego las revistas del Reino Unido, y en tercer lugar se encuentran las revistas brasileñas.

La realidad a nivel latinoamericano, muestra que Brasil es el país que cuenta mayor representación de revistas, le sigue Chile, y luego Argentina, siendo Latindex la base de datos que tiene la mayor cantidad de revistas en sus registros. Como muestran estos datos, existen diferencias cuantitativas en relación a quiénes están publicando, el idioma en que se publica y el acceso al conocimiento publicado sobre terapia ocupacional, todo lo cual dificulta el arribo a la comunidad latinoamericana, ya sea por el idioma o por el financiamiento.

La indexación es el resultado de un largo y complejo proceso, al cual las revistas académicas y científicas aspiran en su trayectoria. En este sentido, al ser los cuerpos editoriales los responsables de garantizar la calidad y la integridad de la investigación publicada en una revista científica, incluyendo definir la línea de trabajo que resguarde el proceso editorial con una perspectiva de mejora continua, es que son responsables de la continuidad de una revista bajo los estándares de calidad de la o las bases de datos a las cuales está adscrita. En los últimos años, el cuerpo editorial de la revista ContexTO ha enfrentado grandes desafíos que nos han mantenido trabajando arduamente, con una mirada sólida, rigurosa, innovadora y abierta, elevando la perspectiva de trabajo, orientándonos a la calidad con el fin de formar parte de estos grupos de excelencia.

Durante este desarrollo nos hemos dado cuenta de la necesidad de contar con redes colaborativas, donde se levanten deseos comunes en los equipos editoriales de la región, abriendo espacios de acción conjunta, como una oportunidad de gestión y de apoyo que permitirá visibilizar el trabajo constante que realizan las editoriales, para mantener la creación y difusión de conocimiento de terapia ocupacional en la región latinoamericana.

Por otro lado, la importancia de la continuidad de las estructuras editoriales, con tiempo y recursos, con un soporte estructural, que permita la permanencia y sostenibilidad de los órganos difusores y, al mismo tiempo, manteniendo los estándares de calidad, sin dejar de abrir espacios a la diversidad de realidades del conocimiento en el mundo de la terapia ocupacional

En este camino radica la importancia de asociarse y ser reconocidas por organismos externos que garanticen un conocimiento democrático y de calidad.

Equipo Editorial

ContexTO

ORTÓTICA, UNA MIRADA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

ORTHOTICS, A VIEW FROM OCCUPATIONAL THERAPY

Fecha recepción: 26 de octubre de 2022 / fecha aceptación: 18 de abril de 2023

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num10.49

T.O. Patricia Pinto Herrera
Universidad Mayor, Santiago, Chile.
Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile
Mg. en Integración de Personas con discapacidad
Autor de correspondencia: ppintoh56@gmail.com
https://orcid.org/0009-0008-1547-5646

Resumen

Esta revisión muestra aspectos generales de la Ortótica, información de interés para terapeutas ocupacionales que se desempeñen en el área de la salud física o que estén proyectándose en ésta, ya que él o la terapeuta ocupacional son reconocidos en los equipos de trabajo como expertos en el área de confección de órtesis, en diferentes contextos de atención como hospitales, centros de rehabilitación y dispositivos de atención primaria, entre otros.

Por medio de una revisión narrativa, este artículo pretende un acercamiento conceptual a la Ortótica, entregando antecedentes teóricos y descriptivos sobre los dispositivos ortésicos y la dualidad histórica de nominación conceptual "órtesis o férula". Además, se presentan las clasificaciones utilizadas a nivel nacional e internacional, generadas por organizaciones internacionales y aquella que es mayormente utilizada en nuestro país (Chile). Se presentan consideraciones biomecánicas a tener en cuenta en los procesos de intervención ortésica, que contribuyen a una correcta selección del dispositivo, cumpliendo con los requerimientos propuestos por la patología y con las condiciones anatómicas de la persona usuaria. La segunda sección, expone las diversas opciones de materiales y aditamentos a utilizar en la confección de estos dispositivos. La tercera sección, señala la importancia de comprender el propósito terapéutico a cumplir, y también cómo desarrollar un molde y moldear en la estructura corporal, así como también las indicaciones y precauciones a considerar en el uso de la órtesis.

Palabras clave

Ortesis; Terapia Ocupacional; rehabilitación

Abstract

This review presents general aspects of orthotics, information of interest to occupational therapists working in the field of physical health or those aspiring to work in this area. Occupational therapists are recognized within healthcare teams as experts in orthosis fabrication in various care settings, including hospitals, rehabilitation centers, and primary care facilities.

Through a narrative review, this article aims to provide a conceptual overview of orthotics, offering theoretical and descriptive background on orthotic devices and the historical duality in the conceptual nomenclature of “orthosis” or “splint.” Furthermore, it presents the classifications used nationally and internationally, developed by international organizations, as well as the one most commonly used in Chile. Biomechanical considerations are presented to be taken into account in orthotic intervention processes, which contribute to a correct selection of the device, meeting the requirements proposed by the pathology and the anatomical conditions of the user. The second section presents the various options of materials and attachments to be used in the fabrication of these devices. The third section highlights the importance of understanding the therapeutic purpose to be fulfilled, and also how to develop a mould and mold to the body structure, as well as the indications and precautions to consider in the use of the orthosis.

Keywords

Orthotics; Occupational Therapy; rehabilitation

Introducción

Se dice que la confección de una órtesis es una combinación de ciencia y arte, al igual que, históricamente, se ha definido nuestra disciplina (Jacobs & Noelle, 2003). Esta construcción lingüística aborda desde el conocimiento empírico y demostrable, a la expresión creativa que plasma una estética autoral y que resulta un beneficio para quien lo requiera. Si bien, la creación tiene distinciones particulares, el común denominador de las órtesis es que deben responder a las necesidades para las cuales son prescritas.

¿Férula u Órtesis?

Para los/as profesionales de la salud el uso de ambos términos se aplica en forma indistinta. No obstante, para la población en general puede ser más familiar el término férula. La nominación del término férula, ha sido utilizado para representar a dispositivos ortopédicos de menor complejidad, y ha sido asociada fundamentalmente al uso de yesos y vendajes utilizados para la reducción de fracturas y luxaciones. La definición registrada en el diccionario médico Mosby's Medical Nursing, and Allied Health Dictionary (Anderson, 1994), dice que órtesis es "dispositivo ortopédico para inmovilizar, sujetar o sostener cualquier parte del cuerpo" (Coppard & Lohman, 2008, p.1469).

Trombly, señala a la férula como un dispositivo temporal que forma parte de un programa de tratamiento, a diferencia de la órtesis que sería un dispositivo permanente que remplaza o sustituye la pérdida de función muscular (Trombly, 2008).

El término órtesis, tiene su origen en el vocablo griego *orthos***,** cuyo significado es: *corregir, poner derecho, enderezar.* Se comienza a emplear a fines de la Segunda Guerra mundial, relacionándolo a diferentes dispositivos exo-esqueléticos.

Las órtesis se refieren a aditamentos de mayor complejidad en su fabricación y en sus objetivos, al dar cobertura a las alteraciones biomecánicas y funcionales de un segmento corporal:

> …una órtesis es un dispositivo que se aplica al cuerpo para estabilizar o inmovilizar, prevenir o corregir deformidades, proteger contra lesiones, promover la curación o apoyar la función… Las órtesis están diseñadas para promover la función cuando se ve comprometida por una lesión aguda, trauma acumulativo, una enfermedad, una intervención quirúrgica una anomalía congénita o cambios quirúrgicos… (McKee & Morgan, 1998, p. 37)

Las órtesis tienen con propósito apoyar el desempeño ocupacional y la participación en roles significativos para la persona.

La definición de órtesis que señala el diccionario médico Mosby's Medical Nursing, and Allied Health Dictionary (1994), propone "Un sistema de fuerza diseñado para controlar, corregir o compensar deformidad ósea, las fuerzas deformantes o fuerzas ausentes del cuerpo" (Coppard y Lohman, 2001, p.1121). Los propósitos a los cuales hace referencia esta definición, posibilitarían modificar las características estructurales o funcionales del sistema músculo esquelético que se encuentran con alteraciones.

Para el Instituto biomecánico de Valencia, España, la Ortótica es la aplicación de las leyes mecánicas sobre el cuerpo humano con la intención de lograr resultados terapéuticos.

En el año 1992, la Sociedad Americana de Terapeutas de Mano (ASHT), valida el uso intercambiable de los términos órtesis y férula:

> Dispositivo de uso externo al cuerpo, que se usa para sostener, restringir, movilizar o inmovilizar estructuras. Aunque hay muchos usos terapéuticos de estos dispositivos, los más comunes se refieren a prevenir y corregir deformidad, proteger estructuras en reparación, restringir el movimiento, mejorar el movimiento e influir en la remodelación de tejidos (American Society of Hand Therapy, 2022, p. 1)

Una órtesis, entonces, se usa para denominar aparatos o dispositivos, férulas, ayudas técnicas y soportes utilizados por pacientes, prescritos en especialidades médicas como ortopedia y fisiatría -medicina física y rehabilitación-, y en algunas disciplinas como fisioterapia, terapia ocupacional y podología que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Su propósito permite sostener, alinear o corregir deformidades y mejorar la función del aparato locomotor. Son elementos técnicos auxiliares y terapéuticos que reconstruyen, sustituyen y corrigen las funciones dañadas y se encuentran en contacto con el cuerpo. Por tanto, es un dispositivo aplicado externamente que se destina para compensar las deficiencias de la estructura y función de los sistemas neuromuscular y esquelético (ISO, 2021). Actualmente en Chile, ambos términos -órtesis y férula- son empleados como sinónimos, sin precisión de sus diferencias de base. Para efectos de este artículo se utilizará órtesis como nominativo único para ambos dispositivos.

Clasificación

La mayoría de la literatura sobre esta materia es de procedencia internacional. Ello implica, conocer y comprender nominaciones y clasificaciones que se aplican en otras partes del mundo (UNE, 2016; ISO, 2020).

En el país, se utiliza con mayor preponderancia sólo una de estas codificaciones detalladas a continuación.

Tres tipos de categorías más conocidas:

- Clasificación según norma ISO
- Clasificación según la Sociedad Americana de Terapistas de Mano (ASHT)
- Clasificación clásica utilizada en Chile (mayoritariamente)

Clasificación según norma ISO

Según la norma ISO 8549-1 de Organización Internacional de Normalización (ISO, 2020) las nominaciones responden a las abreviaturas de cada tipo de órtesis, las que se componen de las primeras letras en mayúsculas, asociando la primera letra -en inglés- de cada articulación sobre la que actúa la órtesis y añade una O de órtesis.

La tabla 1, muestra el formato, que permitiría una fácil localización e identificación, según la norma.

Tabla 1
Clasificación de órtesis

CLASIFICACIÓN SEGÚN NORMA ISO	
3.2. CLASIFICACIÓN DE ÓRTESIS DE EXTREMIDAD INFERIOR	
TO (toe orthosis)	Órtesis de ortejo
FO (foot orthosis)	Órtesis del pie
AFO (ankle-foot orthosis)	Órtesis de tobillo-pie
KO (knee orthosis)	Órtesis de rodilla
KAFO (knee-ankle-foot orthosis)	Órtesis de rodilla, tobillo y pie
HO (hip orthosis)	Órtesis de cadera
HKO (hip-knee orthosis)	Órtesis de cadera, rodilla
HKAFO (hip-knee-ankle-foot orthosis)	Órtesis de cadera, rodilla, tobillo, pie
3.3 CLASIFICACIÓN DE ÓRTESIS DE EXTREMIDAD SUPERIOR	
FO (finger orthosis)	Órtesis digital
TO (thumb orthosis)	Órtesis de pulgar
HO (hand orthosis)	Órtesis de mano
WHO (wrist-hand orthosis)	Órtesis de muñeca
EO (elbow orthosis)	Órtesis de codo
EWHO (elbow-wrist-hand orthosis)	Órtesis de codo, muñeca, mano
SO (shoulder orthosis)	Órtesis de hombro
SEO (shoulder-elbow orthosis)	Órtesis de hombro, codo
SEWHO (shoulder-elbow-wrist-hand orthosis)	Órtesis de hombro, codo, muñeca, mano
3.4 CLASIFICACIÓN DE ÓRTESIS ESPINALES	
CO (cervical orthosis)	Órtesis de la región cervical, incluida laarticulación atlanto occipital
CTO (cervico-thoracic orthosis)	Órtesis cérvico-torácica,incluida laarticulación atlanto occipital
CTLSO (cervico-thoraco-lumbo-sacral orthosis)	Órtesis de las regiones cervical, torácica, lumbar y sacroilíaca, incluida la articulación atlanto occipital
TO (thoracic orthosis)	Órtesis torácica
TLSO (thoraco-lumbo-sacral orthosis)	Órtesis de la región torácica, lumbar y Sacroilíaca
LSO (lumbo-sacral orthosis)	Órtesis de la región lumbar y sacro ilíaca
SIO (sacro-iliac orthosis)	Órtesis sacroilíaca
3.5 CLASIFICACIÓN DE ÓRTESIS CRANEALES	
FO (facial orthosis)	Órtesis de la totalidad o parte de la cara
CO (cranial orthosis)	Órtesis craneal

Elaboración propia

Clasificación según la Sociedad Americana de Terapeutas de Mano (ASHT)

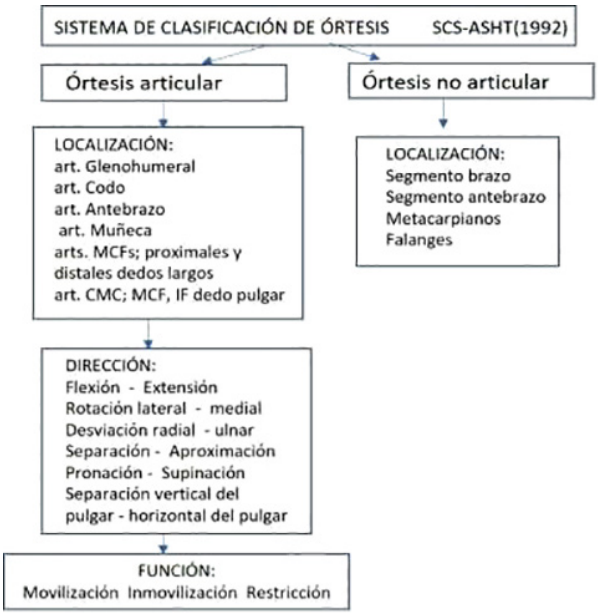
En 2004, ASHT (American Society of Hand Therapist) crea un sistema de categorización de las órtesis para la extremidad superior, SCS (Splint Classification System) de acuerdo a**:**

- Lugar anatómico donde se ubica la órtesis (articulación o segmento corporal)
- Dirección cinemática (flexión-extensión-separación)
- Propósito fundamental (movilizar-inmovilizar-restringir)
- Articulaciones secundarias involucradas (tipo 0-1-2) (Jacobs & Noelle, 2003)

Esta categorización divide inicialmente a las órtesis en dos grupos: órtesis articulares, refiriéndose a aquellas que actúan sobre una o más articulaciones, y las órtesis no articulares, las cuales se ubican en segmentos corporales, no cruzando por articulaciones, siendo estas últimas, menos frecuentes que las primeras.

La figura 1 muestra la lógica de esta clasificación.

Figura 1.
Clasificación ASHT, 1992



Elaboración propia

Esta clasificación también hace referencia a las articulaciones primarias sobre las que se está actuando, y secundarias que se precisan incorporar para el cumplimiento del objetivo ortésico; a las opciones de diseño de las órtesis dinámicas, si serán confeccionadas en alto o bajo perfil, así como al tipo de superficie que cubrirá la base estática de la órtesis: volar; dorsal; radial; ulnar; circunferencial.

Se señala un ejemplo: una órtesis para un síndrome de túnel carpiano correspondería ser clasificada como órtesis articular:

- Localización: articulación radio carpiana (muñeca)
- Dirección: flexo-extensión neutra
- Función: inmovilizar

En este caso no habría (0) articulaciones secundarias involucradas.

Esta clasificación es comúnmente revisada y difundida como un referente conceptual del área de la ortótica, tanto en pregrado como en formación de post título, fundamentalmente. Sin embargo, no ha sido incorporada en la práctica profesional. Si bien contempla una amplia gama de aspectos de estos dispositivos para la extremidad superior, cuyo objetivo es generar un sistema integral, organizado y estandarizado, en nuestro país no ha logrado una inclusión plena en la práctica de los y las profesionales terapeutas ocupacionales.

Clasificación clásica utilizada en Chile

En el ejercicio de la técnica ortésica, la nomenclatura utilizada en Chile, es una nominación clásica de las órtesis que involucra considerar tres aspectos:

A. La estructura
B. El diseño
C. La función que debe cumplir de acuerdo al propósito por el cual se prescribe

A.La estructura

Según la estructura de las órtesis se dividen en estáticas y dinámicas

A.1. Órtesis estáticas: se definen como aquellas que en su estructura no tienen componentes móviles, y pueden o no involucrar articulaciones. Se subdividen en:

- Órtesis estáticas propiamente tal, siendo ésta una base estática que no tendrá modificaciones dado el propósito a cumplir (fig. 2).
- Órtesis estáticas seriadas, las cuales serán re moldeadas en respuesta a las nuevas condiciones estructurales del segmento, dependiente de la evolución de la alteración biomecánica (fig. 3).
- Órtesis estáticas progresivas, también nominadas órtesis semidinámicas. Este tipo de órtesis en una clasificación intermedia a lo estático y movilizador. Reciben esta nominación debido a que mantienen una base estática que no se modifica, a la cual se le incorporan componentes inelásticos (velcro, barras graduadas, hilo nylon) que, en forma progresiva, aplicarán fuerzas de baja intensidad, movilizando gradualmente una estructura hasta lograr la posición deseada (fig. 4-5).

figura 2



figura 3



figura 4



figura 5



A.2. Las órtesis dinámicas: se componen de una base estática, donde son incorporados componentes móviles (elásticos, resortes), que van a aplicar fuerzas, iniciando o generando movimiento en las articulaciones (ROM pasivo-activo).

figura 6



B. El diseño

Al igual que en la clasificación de la ASHT, el diseño de las órtesis puede ser nominado según la ubicación que se le dará en el segmento corporal, considerando la posición anatómica, planos y referentes anatómicos, al señalar el diseño que se ubica:

- diseño dorsal: en región posterior de mano o antebrazo.
- diseño posterior: en zona posterior de otra parte del cuerpo.
- diseño palmar-volar: en región anterior de mano o antebrazo.
- diseño anterior: en zona anterior de otra parte del cuerpo.
- lateral radial: en la región lateral o externa de antebrazo-mano.

- lateral ulnar: en la región medial de antebrazo o mano.
- circunferencial: que envuelve todo el perímetro de la estructura anatómica requerida.

C. La función que debe cumplir de acuerdo al propósito por el cual se prescribe

Se subdivide en:

c.1. Movilizar: permitir la higiene articular a través de la movilidad activo-pasiva; generar movimiento en rango controlado; optimizar la función de la mano; asistir, facilitar o sustituir movimiento (ejemplo: músculos denervados durante el proceso de restauración de la conducción nerviosa), también ser utilizadas como ejercicio activo resistido.

c.2. Inmovilizar: mantener estable una posición corporal, al limitar el movimiento articular; mejorar la función, al posicionar estructuras corporales; estabilizar y/o o proteger tejidos vulnerables, en riesgo de daño estructural, o en proceso de reparación tisular.

c.3. Restringir: corregir una alteración estructural; llevar a una correcta posición que permita o facilite la función del segmento; reducir o eliminar acortamiento de tejidos (capsulares, ligamentosos, musculares).

c.4. Dar respuesta a prevenir o compensar la alteración biomecánica o funcional producida en una patología de etiología diversa: se puede considerar como cuarto criterio debido que se mencionarán indicaciones específicas para el cumplimiento de una órtesis, como por ejemplo: proteger; posicionar; alinear; limitar movimiento; corregir deformidades; mantener balance muscular; sustituir fuerzas ausentes; generar movilidad articular; ejercitar; mantener o aumentar rango de movimiento articular; permitir o facilitar la función motriz, proteger y posicionar estructuras edematosas; mantener largo de tejidos; apoyar proceso de reparación tisular; reducir contractura de musculatura espástica.

Consideraciones Biomecánicas

El/la terapeuta ocupacional que utilice la intervención ortésica como técnica terapéutica, debe tener certeza en el conocimiento de la biomecánica corporal, de la patología, tanto en la evolución y pronóstico esperado, las posibles complicaciones a considerar, así también, los tiempos del proceso de reparación tisular. Debe conocer la alteración biomecánica y funcional que la patología genera en el desempeño ocupacional de la persona, y cómo a través de las órtesis se pueden mejorar, revertir o compensar.

Los/as terapeutas ocupacionales deben incorporar conceptos básicos de mecánica en todas las fases de la intervención ortésica -diseño y fabricación de estos aditamentos-. Comprender y aplicar en forma correcta la biomecánica que brinda buen resultado en la intervención ortésica, cumpliendo con el objetivo para el cual una órtesis fue indicada, facilitando la adherencia de la persona al uso de este elemento externo.

Las órtesis han sido definidas como sistemas de fuerzas, por tanto, se entiende que aplican fuerzas externas a las estructuras anatómicas para permitir cambios estructurales, con el objetivo de modificar la condición en la que la estructura se encuentra. La mayoría de las órtesis se constituyen en palancas. Conocer las palancas corporales y la interacción con las palancas ejercidas por las órtesis, nos permitirán escoger con mejor precisión el apoyo ortésico. Una palanca mecánica es eficiente cuando se requiere poca fuerza para superar una gran resistencia. La inclusión de este concepto permitirá generar ventaja mecánica para la aplicación de la fuerza requerida por la órtesis. Es fundamental considerar que la fuerza aplicada por la órtesis sea distribuida en una amplia área de superficie corporal, aplicando el principio de contacto total, el cual disminuye el riesgo de daño sobre la superficie aplicada, al no ejercer toda la presión en una superficie reducida. También se debe considerar la dirección en la cual se aplica la fuerza, y el ángulo de aplicación de la fuerza, por ejemplo, al aplicar tracción en extensión sobre una falange, debe haber un ángulo de 90° entre el elemento que aplicará la fuerza y el eje longitudinal del dedo en el cual se movilizará una articulación.

Materiales y aditamentos

En la confección de una órtesis, el criterio de los/as terapeutas ocupacionales que debe preponderar, ha de ser el objetivo que ésta va a cumplir. Una vez definido este propósito, que puede ser prevenir, compensar o minimizar una alteración biomecánica o funcional, entre otros, se determina la estructura de la órtesis que permita este cumplimiento.

Lo esperado idealmente sería contar con una vasta gama de alternativas de materiales y aditamentos para la fabricación de la órtesis, lo cual implicaría no restringir las posibilidades de elección. Esto también supone que los/as terapeutas ocupacionales tengan conocimiento y manejo de estas alternativas, para una correcta elección y aplicación.

Ocello y Lovotti (2015), señalan que “La selección del material muchas veces está sujeta a la disponibilidad de recursos económicos de los pacientes y las instituciones donde trabajan los terapeutas” (Ocello & Lovotti, 2015, p. 24). También es cierto que el no explorar materiales diversos, puede deberse a desconocimiento de las propiedades y características de materiales potencialmente alternativos para la fabricación de las órtesis. Actualmente, en nuestro país, la diversidad de materiales para la confección de la base de la órtesis y aquellos accesorios que se utilizan para ajustar, movilizar o traccionar, son variados en características, propiedades y costos.

Para quienes han recibido formación de pre grado durante las décadas de los 70s y 80s, saben que la disponibilidad de materiales era limitada. En la confección de bases estáticas de las órtesis, se utilizaban barras de metal o pletinas de aluminio; cuero natural (badana, sueleta); termoplásticos de alta temperatura, como el acrílico; vendas de yeso. Los materiales termo moldeables de baja temperatura a los cuales se tenía acceso, en forma restringida, tanto por su alto costo, como por las limitaciones de importación, eran Hexalite, un polímero que venía en rollos y su estructura era un entramado de cuadriculas

de plástico y Orthoplast, otro termoplástico de baja temperatura, de presentación en láminas.

Anteriormente, la capacidad creativa de los/as terapeutas ocupacionales, en el área de la ortótica, quizás era requerida con mayor frecuencia. Esto, debido a la dificultad de acceso para la adquisición de insumos específicos en la confección de órtesis, ya que, en su mayoría, eran importados y de alto costo. Por tanto, había que crear y construir en forma manual diferentes aditamentos, tal como los resortes para las órtesis dinámicas, que se debían fabricar en "alambre de cuerda de piano", alambre acerado de muy difícil manipulación, lo cual implicaba un trabajo lento, complejo y que no siempre lograba la calidad esperada. Por tanto, antiguamente en nuestro país, la fabricación de las órtesis era un trabajo arduo y dificultoso.

Materiales Termoplásticos: una breve reseña

Termoplásticos de alta temperatura (TPAT)

Son polímeros termo moldeables, requieren sobre 80°C de temperatura para su activación. Por esta razón no pueden ser moldeados directamente sobre una estructura corporal, lo cual implica contar con un molde positivo de yeso para su modelado. Ello involucra más horas profesionales, por mayor tiempo en la elaboración completa de la órtesis.

A continuación, se mencionarán algunos termoplásticos de alta temperatura que pueden ser alternativas de elección para los/las terapeutas ocupacionales.

- Acrílico: polímero termoplástico de presentación traslúcida o transparente, es de excelente estética. Según estudios existentes, no sería tóxico para las personas. Este material ha sido declarado como biocompatible. Está disponible en láminas y es de costo muy económico. La temperatura de activación del acrílico es a los 130°C, lo que requiere confección previa de un molde positivo de yeso para moldear el acrílico sobre este.
- PVC (policloruro de vinilo) polímero vinílico similar al polietileno, de muy bajo costo. Su uso es controversial, por las emisiones de productos tóxicos que genera al entrar en contacto con alta temperatura, los cuales podrían originar algún daño en las personas durante su manipulación, si es que no se toman los resguardos de seguridad necesarios. Para lograr un buen ajuste a los contornos corporales, también requiere de un molde positivo, aunque muchos terapeutas ocupacionales intentan dar la forma del segmento, manipulándolo sin este molde.
- Espuma de polietileno llamada Plastazote, que se comercializa en láminas y se encuentra en diferentes grosores. Su temperatura de activación para moldear es de 160-180°C, una de sus características principales es su mínimo peso. Se puede utilizar tanto para base de una órtesis, como también para acolchados.

Termoplásticos de baja temperatura (TPBT)

Son polímeros termo moldeables que se activan a 60°C y que tienen un tiempo de activación y de trabajo de moldeo, aproximadamente de entre 0,5 a 7 minutos (tiempo que depende proporcionalmente del grosor de la lámina de TPBT).

Para la mayoría de las/os terapeutas ocupacionales, el material primario de elección y más utilizado, es el termoplástico de baja temperatura, debido a sus propiedades -moldeabilidad, rigidez, elasticidad, memoria-, lo cual permite facilidad en el moldeo, ajuste a la estructura anatómica y menor tiempo en horas de trabajo profesional. Si bien su costo es más elevado que los materiales de alta temperatura, este incremento económico se puede compensar con la reducción de horas implicadas en el proceso de fabricación de las órtesis.

Además, propiedades genéricas del TPBT permiten que en las órtesis se logre un excelente ajuste al segmento corporal, dado por la elasticidad y moldeabilidad del material; y también ser modificadas en varias oportunidades debido a su memoria elástica, lo cual implica que puede volver a sus dimensiones y forma original, teniendo la capacidad de recuperar tamaño, forma y grosor; la rigidez del material como otra de sus propiedades, permitirá a una órtesis tolerar carga o estrés cuando ésta lo requiera, resistiendo a fuerzas deformantes una vez que el material se encuentre modelado e inactivo.

La adhesividad, otra de las propiedades de los TPBT, puede ser muy conveniente cuando se requiere o se utiliza para superponer refuerzos de este plástico o cuando se incorporan aditamentos de tracción o de cierre, como velcros, por ejemplo. No es tan aceptable cuando en forma no intencionada se adhieren elementos indeseados a la órtesis en confección o se pegan partes de esta durante su manipulación.

A la fecha, en nuestro país hay diversos representantes de empresas extranjeras que importan material TPBT para confeccionar órtesis. La elección que deben hacer las/los terapeutas ocupacionales que se desempeñen en el área de la ortótica, al determinar el material para su adquisición, es considerar varios aspectos que no solo implican el costo de estos materiales, sino también de los requerimientos ortésicos específicos de su población usuaria -ciclo etario; patologías; objetivos terapéuticos-; propiedades específicas de este material, así como el conocer o reconocer sus competencias profesionales en esta área, su experiencia y también la habilidad en el manejo de este material.

Materiales alternativos

Son todos aquellos materiales que no han sido específicamente creados para ser utilizados en la confección de órtesis, pero que presentan características apropiadas para la confección de estos dispositivos. Se han sido denominados como “Materiales de bajo costo”, en relación comparativa al mayor costo de los materiales señalados anteriormente.

La decisión para que el/la terapeuta ocupacional opte por seleccionar materiales de bajo costo, puede estar determinada por algunos aspectos, tales como: dificultad para

acceder a materiales específicamente manufacturados para la confección de órtesis -no disponibilidad de existencia de materiales termoplásticos o falta de recursos económicos para su adquisición-, o más bien, reconocer que las características de estos materiales alternativos son adecuadas a las necesidades de la población usuaria y al cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Ejemplo de algunos de estos materiales son el cuero sintético o natural; tela; vendas de yeso; acrílico; barras de aluminio, entre otros.

Aditamentos

Son materiales diversos, accesorios que se utilizan para complementar la base estática de las órtesis, con el propósito de dar cumplimiento al objetivo de ésta.

Algunos de estos, de uso más frecuente son:

- Para cerrar o ajustar la órtesis al segmento corporal, como la cinta de velcro; banda de *softstrap* o *alphastrap*; vendas elásticas.
- Para movilizar o traccionar, como hilo elástico; hilo plástico; gomas elásticas; resortes; alambre acerado; pasadores.
- Para unir piezas, como remaches de aluminio, remaches de níquel.
- Para acolchar como, lámina de espuma (adhesiva; no adhesiva; forrada); lámina espuma de goma (plastazote), lámina espuma de PVC (luxofoam).

Otros aditamentos que pueden cumplir diferentes propósitos, por ejemplo, ser utilizados como base de la órtesis o como accesorios, son: tela de neopreno; tela lycra; pletinas de aluminio; piezas de cuero natural (sueleta, badana); cuero sintético; pasadores niquelados; lámina de polietileno, tubos guías de hilo elástico, entre otros.

PROCEDIMIENTO EN LA INTERVENCIÓN ORTÉSICA

1. Prescripción ortésica

La prescripción de una órtesis como parte de un plan terapéutico, es una indicación que busca, a través de este dispositivo, compensar o mejorar la capacidad funcional de una persona que presente diferentes alteraciones en el desempeño ocupacional producto de la alteración biomecánica o funcional, provocada por una patología de causa física.

La identificación y comprensión de estas alteraciones, por parte de quien prescribe, así como del curso de la patología y su pronóstico, permitirán mayor precisión en el propósito que la órtesis como medida terapéutica debiera cumplir.

Respecto de quien escribe este capítulo, se considera que una buena prescripción es aquella que sólo señala el o los objetivos que debe cumplir la órtesis. Por tanto, permitirá

al terapeuta ocupacional discernir y determinar cuál es la estructura que debe otorgar a la órtesis que dará cumplimiento al propósito por el cual fue prescrita -dinámica, estática o semidinámica-. Posterior a la evaluación integral, se define el diseño adecuado a las necesidades, así como el material pertinente y disponible para su confección.

Es importante destacar que los detalles más específicos de esta manufactura, deben ser decisiones del/a profesional que es responsable de elaborar la órtesis prescrita. De lo contrario, se obstruye la autonomía del/a profesional de determinar y elegir la alternativa ortésica pertinente a la solicitud requerida.

2. Confección del molde

En el año 1992, la Sociedad Americana de Terapeutas de Mano (ASHT), valida el uso intercambiable de los términos órtesis y férula considerando que es un dispositivo de uso externo al cuerpo, usado para sostener, restringir, movilizar o inmovilizar estructuras. Aunque hay muchos usos terapéuticos de estos dispositivos, los más comunes se refieren a prevenir y corregir deformidad, proteger estructuras en reparación, restringir el movimiento, mejorar el movimiento e influir en la remodelación de tejidos

Contar con moldes tipos o estándares en medidas, puede ser útil como referentes para dibujar el molde a la persona usuaria, y así disminuir el tiempo de confección. Se estima que siempre será mejor un molde individualizado a la persona usuaria y a sus requerimientos ortésicos.

Si el molde a dibujar fuese para una órtesis de mano-antebrazo, mantener alineado el tercer rayo (eje de la mano) con la línea media del antebrazo, evitando que se produzca desviación cubital de la muñeca, la cual se genera por la diferencia entre el largo del radio y el cúbito o ulna en su porción distal.

- Para iniciar el dibujo del molde, se debe posicionar a la persona en forma cómoda, colocando el segmento objetivo sobre papel y sobre un soporte que le dé estabilidad.
- Considerando los referentes anatómicos pertinentes al diseño del molde, marcar el contorno del segmento, con un lápiz que debe ubicarse perpendicular a la hoja de papel, para evitar aumento o disminución del contorno perimetral. Efectuado este trazado, se diseña el molde de la órtesis, localizando los referentes anatómicos a considerar: largo, profundidad, cobertura, pliegues de flexión, por ejemplo.
- Se debe comprobar que el molde cumpla con los indicadores necesarios, antes de traspasarlo al material termoplástico u a otro material alternativo. Recortando el molde y posicionándolo en la estructura anatómica para su comprobación. Un molde bien confeccionado, nos asegura un buen aprovechamiento de materiales, y buena adaptación a la estructura anatómica.

3. Modelar la base de la órtesis

Seleccionado el termoplástico de baja temperatura, en adelante TPBT, como material para confeccionar la base estática de la órtesis, debe traspasarse a este el molde dibujado. No utilizar lápices que puedan dejar marcar indelebles en el material, y que alteren la estética de la órtesis.

El TPBT se debe activar con calor húmedo para recortar el molde y proceder a modelar sobre el segmento objetivo. Es fundamental conocer y controlar la temperatura que debe alcanzar el agua para recortar y modelar. Esto, con el propósito de no alterar las propiedades del material.

Previo o durante el moldeo, el/la terapeuta ocupacional debe posicionar a la persona usuaria de forma cómoda y estable, para ubicar el segmento corporal objetivo, de manera que el posicionamiento permita condiciones para un modelamiento de la órtesis en forma óptima.

Por ejemplo, al confeccionar una órtesis antebraquiopalmar, la persona usuaria debiera estar sentada, con codo apoyado, antebrazo en supino y el/la terapeuta ocupacional ubicado frente a ella, a igual nivel para manipular el material y movilizar el segmento corporal a la posición requerida en el modelado.

En órtesis de mano, para conservar o favorecer la funcionalidad futura, durante el moldeo se debe preservar o configurar: los arcos de la mano, una posición que mantenga el largo de los ligamentos articulares y dejar liberado pliegues de flexión.

Durante el moldeo se debe procurar no aplicar excesiva fuerza al conformar el material sobre el segmento corporal, ya que además de dejar marcas en el termoplástico, generalmente huellas digitales, puede generar a posterior, puntos de presión, con el consecuente daño tisular e intolerancia al uso de la órtesis.

Moldear el TPBT implica buen manejo del tiempo, ya que se vuelve inactivo en breves minutos, dependiendo de las características del material. Tener certeza del propósito de la órtesis; estar alerta a diversas variables a considerar en el modelado; aplicar destrezas procedimentales que permitan el objetivo en un solo moldeo, evitar repeticiones que puedan fatigar al usuario/a, son requerimientos que el/la terapeuta ocupacional debe tener siempre presente.

4. Indicaciones y precauciones de uso de la órtesis

Otro aspecto fundamental para lograr la adhesión al tratamiento y el cumplimiento del objetivo terapéutico de la órtesis, es entregar a la persona usuaria/o información sobre el propósito a cumplir, tiempo de utilización, indicaciones específicas sobre uso y cuidados del dispositivo, también las precauciones que debe tener presente para evitar potenciales daños.

Entregar a la persona usuaria un plan de uso claro y preciso. Estas indicaciones deben ser verbales y por escrito, para asegurar la comprensión y seguimiento de las mismas.

Algunas indicaciones generales de uso y cuidados de la órtesis son:

- Forma de colocación y retiro de la órtesis y de los aditamentos, en caso de órtesis dinámicas y semidinámicas.
- Período de tiempo de uso, es decir, espacio o intervalo de tiempo durante el cual se va a usar la órtesis: cantidad de días, semanas, o en forma permanente.
- Frecuencia de uso: continuo, intermitente, uso diurno, nocturno
- Horas de uso: señalar horas de uso y descanso.
- Pauta de ejercicios o movilización si corresponde, para mantención de higiene articular.
- Cuidados de mantenimiento de la órtesis (higiene; recambio de aditamentos; evitar cercanía a fuentes de calor).
- Vigilar el estado de la piel en contacto con la órtesis.

Algunas señales que representan alertas ante daño tisular y que implican la suspensión del uso de la órtesis, son:

- Presencia de molestia o dolor.
- Enrojecimiento de la piel.
- Marcas de presión sobre la piel.
- Heridas por compresión o cizalle, flictenas.
- Aumento de volumen local.
- Parestesia, anestesia (alteraciones sensitivas).
- Alteración de la temperatura o la coloración (alteración vascular).
- Dermatitis de contacto (reacción alérgica al plástico, humedad, sudoración).

El control y seguimiento oportuno del uso y contribución de la órtesis al programa de tratamiento de la persona, permiten al terapeuta ocupacional visibilizar las dificultades, para efectuar en forma pertinente la mantención, modificación o cambio del dispositivo, que permita dar cumplimiento a los objetivos terapéuticos que han sido propuestos, de acuerdo a los requerimientos particulares de la persona usuaria.

Este trabajo pretende ser una contribución a terapeutas ocupacionales que se encuentran en formación o se inician laboralmente en esta área de la Terapia Ocupacional. Finalmente, pretende ser un primer paso en el aporte a la exploración de nuestra disciplina, en la producción de conocimiento científico que refuerce, releve y profundice la experticia en esta materia.

Referencias

American Society of Hand Therapist. (10 de enero de 2021). *Position Statements.* https://asht.org/practice/practice-management/position-papers_old

American Society of Hand Therapist. (28 de diciembre de 2022). *Manual for developing position statements, standards and guidelines*. www.asht.org

Anderson, K. N. (1994). *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Profesiones de la Salud.* Mosby.

Jacobs, M., & Noelle, A. (2003). *Splinting the hand and upper extremety: Principles and Process.* Lippincott Williams & Wilkins.

McKee, P., & Morgan, L. (1998). *Orthotics in rehabilitation. Splinting the hand and body.* Davis Company.

Ocello, M., & Lovotti, V. (2015). *Órtesis y Prótesis. Herramientas para la Rehabilitación.* Universidad Nacional del Litoral. https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5534/ortesisyprotesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Internacional de Normalización. (2020). *Prosthetics and orthotics — Vocabulary — Part 1: General terms for external limb prostheses and external orthoses* (ISO 8549-1).

Trombly, C. (2008). *Occupational Therapy for Physycal Dysfunction.* Lippincott Williams y Wilkins.

UNE. (2016). *Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología*. https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma?c=N0058322

COMPETENCIAS MÍNIMAS QUE REQUIERE POSEER UN PROFESIONAL EGRESADO DEL CAMPO DE LA SALUD EN EL ÁREA GERONTO-GERIÁTRICA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES: UNA REVISIÓN NARRATIVA

MINIMUM COMPETENCIES REQUIRED BY A HEALTH PROFESSIONAL GRADUATE IN THE GERONTO-GERIATRIC AREA TO MEET THE CARE NEEDS OF THE OLDER POPULATION: A NARRATIVE REVIEW

Fecha recepción: 14 de diciembre de 2022 / fecha aceptación: 15 de mayo de 2023

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num10.52

T.O. Alicia Valdés Rojas
Universidad Central de Chile, Santiago, Chile.
Terapeuta ocupacional, Máster en Integración Social de Personas con Discapacidad, Universidad de Salamanca. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana Universidad de Chile. Diplomada en Docencia en Ciencias Biomédicas Universidad de Chile.
Autor de correspondencia: mvaldesr@ucentral.cl
https://orcid.org/0000-0001-9775-6346

Matías Alejandro Jiménez Álvarez
Estudiante de terapia ocupacional, Universidad Central de Chile.
Email: matias.jimeneza@alumnos.ucentral.cl
https://orcid.org/0009-0005-3385-9860

Gonzalo Rodrigo Ballesteros Melo
Estudiante de terapia ocupacional, Universidad Central de Chile.
Email: gonzalo.ballesteros@alumnos.ucentral.cl
https://orcid.org/0009-0003-5311-3543

Felipe González Basterrica
Estudiante de terapia ocupacional, Universidad Central de Chile.
Email: felipe.gonzalezs@alumnos.ucentral.cl
https://orcid.org/0009-0004-0533-8294

Estefanía Castro Cortez
Estudiante de terapia ocupacional, Universidad Central de Chile.
Email: estefania.castroc@alumnos.ucentral.cl
https://orcid.org/0009-0002-3457-4494

Matías Cerda Savoy
Estudiante de terapia ocupacional, Universidad Central de Chile.
Email: matias.cerdas@alumnos.ucentral.cl
https://orcid.org/0009-0009-5229-5035

Valeria Arredondo Reyes
Estudiante de terapia ocupacional, Universidad Central de Chile.
Email: valeria.arredondo@alumnos.ucentral.cl
https://orcid.org/0009-0006-4472-0247

Resumen

En el marco del proceso avanzado de envejecimiento poblacional, en el que Chile está en vías de ser el país más envejecido del continente en los próximos 20 años, el presente estudio se orienta a explorar las competencias mínimas necesarias para la formación de pregrado en los estudiantes del área de la salud, a fin de atender de manera oportuna, pertinente y con calidad, las necesidades de salud de las personas mayores, en los diferentes ámbitos de atención sociosanitaria.

Este estudio hace un acercamiento al tema por medio de una revisión narrativa. Los objetivos planteados buscan indagar en los conocimientos, habilidades y actitudes que constituyen las competencias profesionales básicas para intervenir a personas mayores con diferentes condiciones de salud.

La discusión se centró en analizar las competencias geronto-geriátricas requeridas en la formación de profesionales de la salud, de acuerdo con la literatura revisada.

Palabras clave

Educación de pregrado en salud; geriatría; personas mayores

Abstract

Within the framework of the advanced process of population aging, in which "Chile is on the way to being the oldest country on the continent in the next 20 years" (MINSAL, 2019), this study is aimed at exploring the minimum necessary skills for the undergraduate training of students in the area of health, in order to meet the health needs of the elderly in a timely, relevant and quality manner, in the different areas of social and health care.

The proposed objectives seek to investigate the knowledge, skills and attitudes that constitute the professional competences to intervene in older people with different health conditions. For this, a bibliographic review was carried out.

The discussion focused on analyzing the geronto-geriatric competencies required in the training of health professionals according to the reviewed literature in contrast to the Chilean reality, reviewed from the point of view of what is declared in the curricula of health professionals. in the field of geronto-geriatrics, confirming dissimilar realities and in general a rather scarce training.

Keywords

Undergraduate health education; geriatrics; elderly

Introducción

La población chilena ha entrado, de manera importante y progresiva, en una fase de envejecimiento acelerado, de manera tal que nuestro país se convertirá en el más envejecido del continente en los próximos 20 años (MINSAL, 2019). Según las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, el número de personas de 65 años y más, hacia el 2035 debiera alcanzar el 18,9% de la población (3.993.821), mientras que para el 2050 se proyecta que haya 177 personas mayores por cada 100 menores de 15 años (INE, 2018).

En este contexto, el sistema de salud debe dar respuesta a las diversas necesidades de atención para este grupo etario, el cual presenta condiciones de salud con mayor frecuencia que otros grupos poblacionales (como fractura de cadera, depresión, sarcopenia y osteoporosis, artrosis, entre otros), así como otras condiciones que les son propias (síndromes geriátricos), junto a situaciones sociales específicas tales como disminución en su red social, soledad, riesgo de maltrato, disminución en sus ingresos económicos, etc.

Para abordar estas necesidades específicas, los y las profesionales de la salud deben desarrollar competencias que les permitan enfrentar las necesidades específicas de este grupo poblacional. Por ello, la formación de pregrado debe otorgar los conocimientos, habilidades y actitudes propias de las disciplinas de gerontología y geriatría -con un estándar mínimo- a fin de que todos los profesionales de la salud puedan entregar soluciones pertinentes y centradas en las personas mayores, en el marco de los diferentes niveles y dispositivos de atención sociosanitaria.

Por lo anterior, la pregunta de investigación que orienta este estudio es: ¿Qué competencias mínimas*, en el área geronto-geriátrica, requiere poseer un profesional egresado del campo de la salud, para satisfacer las necesidades de atención de la población de personas mayores?*

Método

Se realiza una revisión narrativa a fin de recabar información especializada sobre la formación que debe poseer un profesional egresado del área de la salud, con el objetivo de determinar las competencias mínimas que requiere poseer en el área geronto-geriátrica, para satisfacer las necesidades de atención de la población de personas mayores, considerando los conocimientos, habilidades y actitudes que conforman una competencia profesional. Se pretende explorar la amplitud o extensión del tema y lograr una descripción general sistematizada, a fin de que los resultados obtenidos puedan ser utilizados como insumos, recomendaciones u orientaciones para la elaboración o revisión de planes de estudio, para la formación de profesionales de la salud.

En el marco de esta investigación, se entiende la competencia como: *un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional de la salud desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias* (Benavides et al, 2016).

El producto final del estudio será un resumen sinóptico y estructurado de la información disponible, orientada a responder la pregunta de investigación. La selección de los textos a revisar se realizará en base a criterios de elegibilidad previamente establecidos.

La estrategia de búsqueda se basó en información abierta. Se revisó todo tipo de artículos, utilizando los buscadores: Google académico, Scielo, Proquest, Cochrane, Redalyc, Medline, Pubmed. Springer link, ScienceDirect y Ciberindex.

Se realizó una evaluación ordenada de la literatura revisada, en base a los siguientes criterios de inclusión:

- Literatura focalizada en las competencias de la formación de pregrado en Geronto-Geriatría, para profesionales de la salud.
- Textos publicados entre 2005 y 2022.
- Idioma español; textos de Latinoamérica y España.

Fueron seleccionados -en base a estos criterios- diez (10) textos cuyos contenidos se incluyeron en los resultados de este estudio. La fecha de búsqueda fue entre abril y julio de 2022.

Resultados

En este estudio, cómo se mencionó, se incorporaron diez artículos para su revisión en texto completo. La Tabla N° 1 muestra un resumen de estos artículos, indicando título, autor, año de publicación y un breve resumen.

Tabla 1
Resumen de publicaciones revisadas

Título	Primer autor y año publicación	Resumen
1. Generalidades sobre envejecimiento, vejez y personas mayores.	Leidy Lagos, 2021.	Estudio elaborado por docente del área geronto geriátrica de la carrera de terapia ocupacional de la universidad San Sebastián, en el cual explica los conceptos básicos de la geriatría y gerontología.
2. Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita.	María Soledad Barría, 2021.	Numerosos académicos, de diversas universidades, en las cuales han logrado integrar una visión conjunta del estado de situación de la enseñanza de las ciencias de la salud en tres ejes: Currículo, Campos Clínicos e Integración con la Comunidad.
3. Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina.	Carlos Cano, 2005.	Contenidos mínimos que necesitan los estudiantes de pregrado, en el área geriátrica, en América latina.
4. Enseñanza de enfermería en salud del adulto mayor.	Organización Panamericana de Salud, 2012.	Competencias que requiere un estudiante de pregrado del área de la salud, para tratar con personas mayores.
5. Plan de estudios universitarios en medicina geriátrica desarrollado utilizando una técnica internacional Delphi modificada.	Arturo Vilches, 2015.	Obtención de un consenso entre geriatras europeos sobre los requisitos mínimos que un estudiante de medicina debe dominar al final de su carrera universitaria.

Título	Primer autor y año publicación	Resumen
6. Envejecimiento inserto en los currículos de carreras de la salud: desafíos y propuestas.	Macarena Chepo, 2018.	Preocupación por los pocos especialistas en el área de geriatría y gerontología, y las competencias geriátricas mínimas que debieran tener todos los estudiantes de las carreras de la salud.
7. La Formación Médica Continuada de las Sociedades Científicas en España: análisis de la situación actual y propuestas de futuro.	Javier García, 2022.	Se menciona que la única manera de mantener un conocimiento actualizado, las competencias y las habilidades profesionales durante toda la vida laboral, es mediante una Formación Médica Continuada (FMC) de una calidad acreditada y orientada a las necesidades de los pacientes y del sistema sanitario.
8. Perfil Profesional y Competencias del Terapeuta Ocupacional.	María Anguelo, 2016.	Marco de la contextualización actual y futura de la profesión, la definición del perfil profesional y las competencias transversales yEspecíficas, del terapeuta ocupacional en Colombia
9. Perfil profesional requerido en la formación de los enfermeros para la gestión del cuidado del anciano	Graciela Balanza, 2017.	Perfil profesional sobre un especialista del área de la salud y sus competencias profesionales.
10. La salud de los adultos mayores: una visión compartida.	María Quintero, 2011	Importancia sobre la salud de las personas mayores, la cual comparte una visión con los distintos profesionales del área de la salud.

A continuación, se presentan los hallazgos, que se desprenden de la revisión realizada, siguiendo los objetivos planteados para las áreas de competencias de *conocimientos, habilidades y actitudes* que debe adquirir el egresado de las profesiones de salud:

En la siguiente tabla se muestran los **conocimientos** que debe poseer un egresado de salud en el área Geronto-Geriátrica:

Tabla 2
Resumen de Conocimientos

1. CONOCIMIENTOS	
Proceso de envejecimiento y vejez.	● Reconocer el fenómeno social del envejecimiento y analizar las múltiples variables que lo constituyen. ● El proceso de envejecimiento normal y su relación con las enfermedades y la discapacidad de la persona mayor, y la diferencia entre envejecimiento, enfermedad y deterioro funcional. ● Distinguir el proceso normal de envejecimiento de sus manifestaciones patológicas. ● Identificar las características de la enfermedad crónica en las personas mayores, las interacciones con procesos agudos y la capacidad funcional de los mismos. ● Reconocer la funcionalidad como indicador de salud en la persona mayor. ● Conocer de manera clara los conceptos de envejecimiento activo y envejecimiento saludable. ● Tener claridad acerca de las características físicas, emocionales, sociales y de roles, propias del proceso de envejecimiento. ● Contrastar el modelo geriátrico vigente en su país o región, con otros modelos internacionales y reconocer fortalezas y debilidades de cada uno de ellos.
Ética y bioética con personas mayores.	● Identificar principios éticos y legales de valor para enfrentar problemas en el cuidado de las personas mayores. ● Conocer los principios éticos y prácticas del cuidado ambulatorio crónico de los pacientes con cuidados paliativos. ● Reconocer las actitudes y valores culturales propios sobre la persona mayor y de su familia.
Estrategias educativas con personas mayores y su entorno.	● Desarrollar competencias para identificar las diferentes estrategias de intervención educativas con la personas mayor, su familia y la comunidad.

1. CONOCIMIENTOS	
Demografía y epidemiología del envejecimiento.	● Rasgos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento y sus implicaciones. ● Evaluar el impacto del envejecimiento poblacional, la pobreza, la desigualdad social y el tipo y calidad de cobertura de salud, en las oportunidades de cuidado de la salud y recursos de apoyo de la persona mayor. ● Conocer las características sociales y culturales de la población de la persona mayor a intervenir.
Intervención en salud.	● La historia natural de la fragilidad y de la dependencia, sus manifestaciones, vías de adquisición y formas de prevenirlas. ● Las formas en cómo se presentan las enfermedades en las personas mayores. ● Las interacciones entre factores físicos, mentales y sociales en la generación de la discapacidad. ● Los fundamentos de la intervención precoz y la importancia de la continuidad de los cuidados. ● El uso apropiado de los fármacos. ● La importancia de la rehabilitación. ● La necesidad de fomentar el envejecimiento saludable. ● Actividades para la rehabilitación física, psicológica y social. ● Importancia del autocuidado y de los planes de autocuidado.
Servicios Sociosanitarios para la persona mayor.	● Conocer la organización y los servicios de apoyo disponibles para el cuidado de las personas mayores en el hospital y en la comunidad. ● Conocer los propósitos y funciones de los diferentes miembros del equipo multidisciplinario que participa en el cuidado del paciente. ● Implementar programas de educación y trabajo comunitario en conjunto. ● Describir y participar en los procesos de referencia de las personas mayores entre distintas instituciones de corta y larga estadía, tanto públicos como privados. ● Generar e implementar programas y proyectos de salud y bienestar de acuerdo con las necesidades y requerimientos de las personas mayores.

A continuación, se muestran las **habilidades** que debe poseer un egresado de salud en el área geronto-geriátrica.

Tabla 3
Resumen de Habilidades

2. HABILIDADES	
Intervención en promoción y prevención de la salud.	● Reconocer los riesgos para la salud de las restricciones físicas, previniendo y/o minimizando su uso. ● Evaluar las condiciones de vida del adulto mayor y asistirlo en la identificación, eliminación o minimización de los factores de riesgo, así como la optimización de las fortalezas que éstas ofrezcan. ● Trabajar interdisciplinariamente en la promoción de la salud, prevención, detección precoz, tratamiento adecuado, rehabilitación y mantenimiento de la funcionalidad de las personas mayores. ● Caracterizar situaciones de urgencia y síndromes geriátricos frecuentes en el adulto mayor, y actuar en consecuencia, identificando los recursos del sistema de salud apropiados. ● Brindar un cuidado individualizado, integral, apropiado a las condiciones y necesidades de cada persona. ● Generar y emplear protocolos de cuidados en los grandes síndromes geriátricos. ● Elaborar un plan de atención según los problemas identificados, tomando como puntos preferentes de decisión la esperanza de vida, la situación funcional de base, el pronóstico y la calidad de la vida futura. ● Generar y emplear instrumentos de valoración y medición estandarizados, contextualizados a la realidad sociocultural, con mediciones cuali-cuantitativas y plantear posibles soluciones. ● Utilizar la tecnología disponible para mejorar su funcionalidad. ● Realizar acciones que generen estimulación de habilidades físicas, cognitivas y sociales en grupos de personas mayores y a nivel individual. ● Motivar al ejercicio y movilidad física.
Educación a la persona mayor y su entorno.	● Capacitar a las personas mayores para su incorporación en actividades sociales y de mantenimiento y promoción de la salud. ● Promover en la comunidad una actitud positiva hacia el envejecimiento y la población de personas mayores, así como la adopción de estilos de vida que conduzcan a un envejecimiento activo. ● Desarrollar actividades educativas para promover cambios a estilos de vida saludable y prevención de enfermedades. ● Estimular la participación activa del adulto mayor en la sociedad y la familia.

2. HABILIDADES	
Comunicación yLiderazgo en relación a las personas mayores.	● Desarrollar una elevada capacidad de negociación, tanto para abordar la relación terapéutica como para trabajar en equipo. ● Comunicarse afectiva, comprensiva y respetuosamente con las personas mayores y sus familias, reconociendo los factores del desarrollo que intervienen. ● Mantener abiertos los canales de comunicación. ● Ser muy buenos comunicadores, por un lado, con quienes atienden, pero también con sus familiares.
Organización y planificación de las intervenciones sociosanitarias.	● Planificar e implementar intervenciones adecuadas y oportunas. ● Elaborar y desarrollar el plan de cuidados que llevará a cabo con los cuidadores o la familia y la persona mayor, tomando en cuenta los valores y la historia de vida de éste, el entorno y los recursos disponibles. ● Proporcionar, mediante un plan de cuidados, la atención necesaria para mantener y restablecer las capacidades globales y para prevenir o retrasar las complicaciones de las discapacidades. ● Ser capaz de adaptar la intervención a nuevas situaciones. ● Emitir conceptos claros acerca de las características de las personas mayores de manera individual y caracterizar grupos de acuerdo a sus necesidades e intereses. ● Evaluar sistemáticamente el resultado de sus intervenciones sobre los adultos mayores y sus familias, para determinar el grado de logro de los objetivos propuestos.
Razonamiento clínico en personas mayores.	● Dar prioridad a los problemas clínicos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos que más impacto tengan sobre la conservación o recuperación de las funciones. ● Realizar la valoración integral y sistemática de su estado de salud, utilizando para ello los diagnósticos propios de cada profesión de la salud. ● Brindar cuidados individualizados, congruentes con las condiciones y necesidades de cada persona mayor.
Investigación.	● Realizar trabajos de investigación en el área gerontológica destinados a generar, organizar y profundizar el cuerpo del conocimiento propio.

A continuación, se muestran las **actitudes** profesionales que debe presentar un egresado de salud al intervenir con personas mayores.

Tabla 4
Resumen de Actitudes

3. ACTITUDES	
Actitudes hacia el envejecimiento y vejez.	● Mirada positiva y actualizada del envejecimiento, alejada de estereotipos relacionados con la enfermedad, la vulnerabilidad, la fragilidad y el deterioro. ● Concebir a la persona mayor como un ser único, con sus propios antecedentes, cultura, conocimientos, experiencias, necesidades biológicas, psicológicas y espirituales.
Ética y valores profesionales.	● Reconocer las actitudes y valores culturales propios de las personas mayores y de su familia, y cómo éstos pueden interferir o apoyar. ● Reconocer los beneficios del equipo interdisciplinario en el cuidado, garantizando una comunicación efectiva y una conducta ética y solidaria con los demás miembros del mismo. ● Expresar compromiso con la salud de la persona mayor, la familia y la comunidad. ● Tener una actitud positiva y empática en el cuidado integral de la persona mayor. ● Asegurar privacidad en la atención a la persona mayor. ● Tener actitud de liderazgo comprometido con las tareas de prevención en salud. ● Valorar el conocimiento y habilidades de los familiares de los adultos mayores acerca de las necesidades de cuidado y tecnologías adecuadas. ● Tener sentimientos de solidaridad y mantener una actitud permanente de servicio, respeto y empatía hacia las personas mayores. ● Sustentar siempre sus decisiones y prácticas en el código deontológico. ● Desarrollar empatía para comprender a la persona que se encuentra a su cuidado. ● Prestar atención al usuario en conjunto con el resto de los miembros del equipo interdisciplinario, ajustando sus decisiones a los principios bioéticos.

3. ACTITUDES

Promoción y prevención de la salud.	● Promover en la comunidad una actitud positiva hacia el envejecimiento y la población adulta mayor, así como la adopción de estilos de vida saludables que conduzcan a un envejecimiento activo. ● Tener una actitud de optimismo en el cuidado de la persona mayor. ● Promover acciones, junto al adulto mayor y su familia, que favorezcan el desarrollo de la autonomía e independencia.
Derechos Humanos.	● Respetar y defender los derechos humanos, así como las diferencias culturales y los marcos legales relativos al adulto mayor. ● Promover un cuidado ético y humanizado hacia el final de la vida, libre de dolor y de síntomas desagradables y en el entorno que el paciente prefiera. ● No crear falsas expectativas de tratamiento. ● Influir activamente en los niveles de decisión de las instituciones donde labora para la sensibilización respecto a los derechos y necesidades de las personas adultas mayores.

Discusión

Un profesional demuestra competencia cuando manifiesta conductas que expresen los conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten resolver adecuadamente los problemas propios de la disciplina, en sus distintos ámbitos. Esta revisión logra identificar estas competencias que asegurarían una formación básica en el área.

Como se puede apreciar en los resultados de este estudio, el campo de la atención geronto-geriátrica en salud es vasto, profundo, socialmente situado y con un grado importante de complejidad, debido a la interrelación de múltiples variables que impactan entre sí, generando condiciones altamente discapacitantes como lo son los síndromes geriátricos, cuyo afrontamiento requiere de los recursos de un equipo multiprofesional con formación específica en el área.

En consecuencia, la atención de salud en personas mayores demanda conocimientos, habilidades y actitudes especializados que deben iniciarse en la formación de pregrado en todas las carreras de la salud, preparando al futuro profesional para enfrentar la atención de una población en crecimiento constante.

En contraste, al examinar en forma sistemática las mallas curriculares de pregrado de las carreras de la salud de 17 universidades chilenas, que contienen en la denominación de sus asignaturas las palabras geriatría, gerontología, persona mayor, adulto mayor o proceso de envejecimiento (consulta Internet, mayo 2022), nos encontramos con una muy

disímil realidad. Se observa la existencia de carreras de la salud cuyas mallas curriculares no contienen asignaturas que apunten la formación geronto-geriátrica. También se registran carreras que contemplan 4 o 5 asignaturas y todas las variaciones intermedias.

Aunque este estudio no se propuso revisar los contenidos curriculares de las asignaturas geronto-geriátricas, es dable pensar que la brecha entre unas y otras carreras y universidades, genera niveles de formación muy diferentes, ya que podemos encontrar carreras de salud en Chile con ninguna asignatura que declare las denominaciones buscadas.

La universidad, como institución, debe adecuar la formación a las necesidades de la sociedad en la que está inserta. Los resultados de la presente revisión pueden ser un aporte para la revisión de los contenidos formativos de los profesionales de la salud.

La formación en la temática de envejecimiento tiene y tendrá, cada día, una creciente importancia para Chile. El número de personas mayores crece considerablemente, pero la adaptación por parte de los distintos sistemas, no necesariamente cambia a la misma velocidad

A nuestro entender, es urgente que la formación geronto-geriátrica se inicie desde el pregrado en las carreras de la salud, en sus aspectos teóricos y prácticos. Esta formación debería tener unos estándares cuantitativos, cualitativos, teóricos y prácticos equivalentes, emanados de lineamientos y orientaciones internacionales y nacionales.

Conclusiones

Una mejor calidad de vida en la persona mayor requiere un abordaje interdisciplinario, que permita trabajar sobre todas las condiciones que influyen sobre la experiencia de vida durante la vejez: salud, apoyo social, condiciones económicas, actividades de ocio, calidad ambiental, vivienda, interacción social, habilidades funcionales, y servicios sociales, entre otros.

En un resumen sinóptico de los resultados de este estudio, la formación de pregrado de profesionales de la salud debería contener conocimientos, habilidades y actitudes mínimos, relacionados con los siguientes 28 tópicos:

1. El fenómeno biopsicosocial del envejecimiento.
2. Análisis y cuestionamiento de estereotipos.
3. La relevancia de la funcionalidad en la persona mayor.
4. Presentación específica de la enfermedad en la persona mayor.
5. Historia natural de la fragilidad y la dependencia.
6. Situaciones de urgencia y Síndromes Geriátricos
7. Importancia de la prevención precoz y de la continuidad de cuidados.
8. Farmacología en personas mayores.
9. La bioética y aspectos legales en situaciones propias del envejecimiento.
10. Prácticas y valores culturales en torno al proceso de envejecimiento.

11. Estrategias educativas con la persona mayor y su entorno.
12. Recursos sociosanitarios para la atención a personas mayores.
13. Autocuidado.
14. El trabajo en equipo multiprofesional.
15. Promoción, prevención, detección precoz, tratamiento adecuado, rehabilitación y mantención de la funcionalidad.
16. Formulación de planes de atención individualizados e integrales, oportunos y flexibles.
17. Generar y emplear instrumentos de evaluación estandarizados y contextualizados.
18. Uso de tecnología disponible para favorecer la funcionalidad.
19. Estimulación de habilidades físicas, cognitivas y sociales individualmente y en grupos.
20. Promoción de actitudes positivas, así como estilos de vida que conduzcan al envejecimiento activo.
21. Capacidad de establecer comunicación empática y respetuosa con la persona mayor y su entorno.
22. Evaluar sistemáticamente el resultado de las intervenciones, para determinar su grado de logro.
23. Realizar valoración geriátrica integral, complementándola con procedimientos diagnósticos propios de cada profesión, así como instrumentos específicos para condiciones de salud específicas.
24. Liderazgo en acciones promocionales y preventivas en salud.
25. Valorar conocimientos y habilidades de la persona mayor y su entorno acerca del cuidado.
26. Promover autonomía e independencia en la persona mayor.
27. Respetar y defender los derechos humanos, así como las diferencias culturales.
28. Cuidado ético y humanizado al final de la vida.

Finalmente, se estima que debe ocurrir un proceso similar de incorporación de estos conocimientos en todos los planes de estudios de todas las carreras técnicas y profesionales, en todas las disciplinas, -no sólo salud- a fin de incluir en todas las esferas de la vida social a las personas mayores, contribuyendo a mejorar la calidad de sus vidas y valorando el aporte que este segmento puede hacer al desarrollo social. Con esto, se abre una línea de investigación en torno a la formación geronto-geriátrica en todas las carreras profesionales y técnicas.

La formación profesional de pregrado es el primer eslabón para lograr una toma de conciencia a nivel macrosocial, para posicionar el tema de la vejez como una cuestión de derecho y de futuro en la sociedad chilena.

Referencias

Abarca, E. (2020). *Medicina universidad del desarrollo*. Universidad del desarrollo. https://medicina.udd.cl/tecnologia-medica-santiago/noticias/2020/09/28/tecnologia-medica-participo-en-curso-para-personas-mayores-en-pandemia/

Albala, C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31*(1), 7-12.

Balanza, G. (2007). Perfil profesional requerido en la formación de los enfermeros para la gestión del cuidado del anciano. *Medwave*. http://doi.org/10.5867/medwave.2007.11.2736

Barrantes-Monge, M., Rodríguez, E., & Lama, A. (2009). Relación médico-paciente: derechos del adulto mayor. *Acta bioethica*, *15*(2), 216-221.

Belloni, C & Rioja, R. (2019). *Yo me cuido y te cuido. Manual para cuidador de personas mayores en situación de dependencia*. Ministerio de desarrollo social y familia. Gobierno de Chile.

Benavides, F., Moya, C., Segura, A., Puente, M., Porta, M., & Amela, C. (2006). Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gaceta Sanitaria*, *20*(3), 239-243.

Bloom-Anderson, B. (s.f.) *Taxonomía verbos área cognitiva* (archivo PDF). https://desarrollodocente.uc.cl/wpcontent/uploads/2019/12/Taxonom%C3%ADa_Bloom-Anderson.pdf

Castillero, O. (2018). *Los 15 tipos de actitudes, y cómo nos definen*. https://psicologiaymente.com/psicologia/tipos-de-actitudes

CEPAL (2021). *Gerópolis UV: envejecimiento y derechos humanos en la formación universitaria*. United Nations.

Chepo, M. (2018). Envejecimiento inserto en los currículos de carreras de la salud: desafíos y propuestas. *Revista médica de Chile*, *146*(10), 1224-1224.

Duran, D., Orbegoz Valderrama, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F., & Uribe Molina, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, *7*(1), 263-270

Fernández, E., Padilla, P., Monardes, H., & Díaz, C. (2017). Actitud hacia el adulto mayor en estudiantes del pregrado de la Facultad de Odontología Universidad San Sebastián, Santiago. *Revista estomatológica herediana*, *27*(1), 21.

Flores, M. (2005). Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. *Espacios*, *26*(2), 2.

Fuentes, S., & Márquez, L. (2017). Tendencias teóricas en la conceptualización de las habilidades: Aplicación en la didáctica de la Oftalmología. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, *21*(3), 138-147.

García, M. (2016). *Aspectos éticos en el trabajo con personas mayores*. Diplomado de Gerontología Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. Material digital

García-Alegría, J., Abarca Buján, B., Íñiguez Romo, A., & Garrido López, P. (2022). La Formación Médica Continuada de las Sociedades Científicas en España: análisis de la situación actual y propuestas de futuro. *Medicina Clínica*, *159*(1), 47-52

García-Huidobro, D., Núñez, F., Vargas, P., Astudillo, S., Hitschfeld, M., Gennero, R., Salvatierra, L. & Benavente, Á. (2006). Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Revista médica de Chile*, *134*(8), 947-954.

Hernández, I., Ortíz, O., Hernández, M., Lumbreras, I., & Banderas, J. (2018). Actitud de los estudiantes de enfermería hacía los adultos mayores evaluada con las escalas de Osgood y Kogan. *Enfermería universitaria*, *15*(2), 147-158.

INE. (2018). Estimaciones y Proyecciones de la población de Chile 1992-2050, Total País, Metodología y principales resultados. Subdepartamento de Demografía, INE.

INE (2020). *Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan?* INE. https://www.ine.gob.cl/noticia-app/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan

Masud, T., Ogliari, G., Lunt, E., Blondel, A., Gordon, A. L., Roller-Wirnsberger, R., Vassallo, M., Mari, D., Kotsani, M., Singler, K., Romero-Ortuno, R., Cruz-Jentoft, A. & Stuck, A. (2022). A scoping review of the changing landscape of geriatric medicine in undergraduate medical education: curricula, topics and teaching methods. *European geriatric medicine*, *13*(3), 513-528.

MINSAL. (2014). *Programa nacional de salud de las personas adultas mayores*. MINSAL. MINSAL. (2017). *Glosario Geriátrico*. MINSAL.

https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf

MINSALUD (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades*. MINSALUD.

Navas, A. y Tenorio, L. (coord.). (2016). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y Ministerio de Salud y Protección Social. https://doi.org/10.25214/ccto.1

Organización Panamericana de la Salud (2012) *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*. Serie Recursos Humanos para la Salud Nº. 59.

Ortiz, A., Cabrera, I., Torres, I., Casilda, J., Ariza, J., & Valenza, M. C. (2019). Actitudes de estudiantes españoles de terapia ocupacional hacia las personas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina*, *67*(1), 69-73.

Quintero, M. (2011). La salud de los adultos mayores: una visión compartida. *Organización Panamericana de la Salud*, 1-319.

Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.

Samra, R., Cox, T., Gordon, A. L., Conroy, S. P., Lucassen, M. F. G., & Griffiths, A. (2017). Factors related to medical students' and doctors' attitudes towards older patients: a systematic review. *Age and Ageing, 46(6),* 911–919.

Sequeira, D., & Silva, D. (2017). Estereotipos sobre la vejez en estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias de Salud, Universidad UCINF. *Revista Akademèia*, *15*(1), 103-119.

Solar, X. (2016). *Desarrollo de habilidades blandas en quienes entregan servicios sociosanitarios a personas mayores*. Diplomado de Gerontología Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. Material digital.

Storani, J. (2021). El trato hacia el adulto mayor: revisar el lenguaje y las actitudes. https://portalgeriatrico.com.ar/el-trato-hacia-el-adulto-mayor-revisar-el-lenguaje-y-las-actitudes/

Thompson, S., Metcalfe, K., Boncey, K., Merriman, C., Flynn, L. C., Alg, G. S., Bothwell, H., Forde-Johnston, C., Puffett, E., Hardy, C., Wright, L. & Beale, J. (2020). Interprofessional education in geriatric medicine: towards best practice. A controlled before–after study of medical and nursing students. *BMJ open*, *10*(1), e018041.

Velasco, V., Suárez, G., Limones, M., Reyes, H., & Delgado, V. (2020). Creencias, actitudes y conductas hacia el adulto mayor entre estudiantes de la salud. *Paraninfo Digital*, e32024d-e32024d.

Vilches, A., Ariño, S., Verdejo, C., & Mateos, J. (2015). Plan de estudios universitarios en medicina geriátrica desarrollado utilizando una técnica internacional Delphi modificada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *50*(2), 82-88.

Wilson, M. A., Kurrle, S., & Wilson, I. (2018). Medical student attitudes towards older people: a critical review of quantitative measures. *BMC research notes*, *11*(1), 1-9.

SISTEMATIZACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR UN TERAPEUTA OCUPACIONAL, UTILIZANDO EL PORTAFOLIO METODOLÓGICO COMUNICACIÓN, INICIATIVA, AUTONOMÍA Y MANEJO DE SITUACIONES (CIAM), EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA RESIDENCIAL VINCULADA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON LIBERTAD VIGILADA

SYSTEMATIZATION OF THE WORK CARRIED OUT BY AN OCCUPATIONAL THERAPIST, USING THE METHODOLOGICAL PORTFOLIO FOR COMMUNICATION, INITIATIVE, AUTONOMY, AND SITUATIONAL MANAGEMENT (CIAM), IN A RESIDENTIAL THERAPEUTIC COMMUNITY LINKED TO THE TREATMENT PROGRAM FOR PEOPLE ON PROBATION

Fecha recepción: 17 de enero de 2023 / fecha aceptación: 31 de mayo de 2023

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num10.50

T.O. Cristian Marcelo Gutiérrez Villagrán.
Fundación avanza inclusión, Chile.
Terapeuta Ocupacional, Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana. Universidad San Sebastián.
Autor de correspondencia: gutierrezvillagran.c@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-8588-3639

Resumen

El presente artículo describe la experiencia y el desarrollo del trabajo, utilizando el Portafolio Metodológico Comunicación, Iniciativa, Autonomía y Manejo de Situaciones (en adelante CIAM). Esta experiencia se lleva a cabo a partir de la necesidad de generar evidencia con el uso de este instrumento y visibilizar la aplicación, desde la evaluación y análisis, planificación, ejecución y resultados, en una población y contexto específico.

Este portafolio se ejecutó en una Comunidad Terapéutica Residencial en Santiago de Chile, entre los meses de septiembre a diciembre del año 2021. En cuanto a los principales resultados obtenidos, se logra pesquisar un aumento en los puntajes de las evaluaciones de entrada y salida de cada competencia abordada, además de vislumbrar dificultades durante la aplicación de la herramienta en el contexto escogido.

Por último, se reflexiona frente a la necesidad de crear y compartir este tipo de experiencias que permitan aportar a la integración social en personas que se encuentran en recuperación por un consumo problemático de sustancias, considerando, además las características socioculturales, formativas y laborales propias de cada población y contexto.

Palabras clave

Terapia Ocupacional, integración social, adicción a sustancias

Abstract

The present article describes the experience and development of the work using the Methodological Portfolio Communication, Iniciative, Autonomy and Situation Management (henceforth we will call it CIAM). This experiencie is based on the need to generate evidence with the use of this instrument and make this application visible from the evaluation and analysis, planning, execution and results in a population in a specific context.

This portfolio was executed in a Therapeutic Community in Santiago de Chile, in the months of September to December of the year 2021.

About the main results, it is possible to investigate an increase in the scores of the entrance and exit assessments of each competency addressed, in addition to glimpsing difficulties during the application of the tool in the chosen context.

Finally, we reflect on the need to create and share this type of experience that contributes to social integration in people who are recovering from problematic substance use, also considering the social culture, educational and labor characteristics of each individual population and context.

Keywords

Occupational Therapy; social integration; substance addiction

Introducción

El área de integración social del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (en adelante SENDA) contempla metodologías y dispositivos de intervención para las personas que presentan un consumo problemático de sustancias. Una de las estrategias que facilita este servicio es la herramienta metodológica CIAM, acrónimo de las competencias Comunicación, Iniciativa, Autonomía y Manejo de Situaciones, la cual está orientado a facilitar a los profesionales, entre ellos, terapeutas ocupacionales, una guía para el desarrollo de competencias para las personas que se encuentran en tratamientos por un consumo problemático de sustancias, además de ser un insumo que aporta, tanto cualitativa como cuantitativamente, en los proceso de recuperación.

SENDA, desde el año 2009, ha venido promoviendo una estrategia metodológica, la cual está a la base del portafolio CIAM (SENDA, 2014), sin embargo, a pesar de esto, existe poca evidencia literaria que exponga los logros de su aplicación con datos cuantitativos, como también la descripción del proceso, en una población y contexto específico.

Es por esto, que el propósito de este trabajo es exponer y describir la aplicación del instrumento CIAM, para así aportar con información a otros profesionales, entre ellos terapeutas ocupacionales, y seguir desarrollando el trabajo que se realiza en el ámbito de integración social en personas con consumo problemático de sustancias.

Contextualización

El Consumo problemático de sustancias en Chile, ha sido un reto que desde hace años se ha comenzado a abordar, es así que en 1990 se logra dar sustancia y forma institucional a una política nacional para la prevención y control de drogas, con la creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), y con formulaciones de políticas públicas para dar respuesta a la problemática (Hopenhayn *et al*., 1999).

El panorama actual de esta problemática no es mejor que años anteriores, así "gracias a las muestras desarrolladas por el Servicio, se pudo evidenciar que el consumo de drogas en los jóvenes chilenos se encuentra hoy en niveles muy altos, superando incluso el consumo de los adultos, salvo en el caso de alcohol" (SENDA, 2021, p. 13).

Otra variable preocupante durante este último tiempo respecto al consumo de sustancias, es la edad de inicio del consumo, conociendo y teniendo en consideración el papel fundamental que posee el desarrollo cerebral en edades tempranas. En el año 2019 la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), da cuenta de la magnitud del problema de uso de drogas en Chile, observándose que la edad de inicio de consumo de nuestra población escolar es alrededor de los 14 años para la mayoría de las drogas (SENDA, 2021).

En el consumo problemático de sustancia se deben considerar determinantes sociales de la salud que favorecen la ocurrencia o mantención de esta conducta, además de la interacción de estas mismas y las propiedades de la sustancia, las que provocan una experiencia distinta en cada persona. Los efectos del consumo de cualquier droga no dependen solamente de las propiedades farmacológicas de la misma, sino también de su interacción entre sujeto y contexto respectivamente (Apud y Romaní, 2016).

Las cifras respecto al consumo problemático durante este último tiempo, indican que en el año 2018 se observó un total de 649.160 personas con consumo problemático de sustancias, donde 509.694 corresponden a hombres y 139.466 a mujeres. En los datos se observa, además, a 17.182 personas entre 12 y 17 años, y 631.978 entre 18 y 64 años de edad (SENDA, 2021). Sin embargo, en estos datos no se considera la proporción de la cantidad de adultos y jóvenes que existe en Chile según el último Censo de 2017. Si consideramos este antecedente, se hace urgente una intervención en las etapas más precoces del ciclo vital humano, para así, prevenir y evitar un alza exponencial en el futuro.

Programa Libertad vigilada en Chile

La pena sustitutiva de libertad vigilada, en Chile, entra en vigencia a través de la promulgación de la Ley 18.216, la que podía decretarse en el caso que la persona condenada cumpliera con criterios relacionados al tipo de delito, tiempo de condena, entre otros. Posteriormente, en el año 2012, se modificó esta medida con la promulgación de la Ley 20.603, otorgando otra figura legal llamada Libertad Vigilada Intensiva, la cual integra diferentes tipos de delitos, condiciones y tiempos de condena. No obstante, se mantuvo el requisito de que la persona no hubiese sido condenada por crimen o simple delito con anterioridad (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2008). Lo mencionado, es solo una breve descripción de la historia y diferencias que marcaron la creación y modificación de la ley actual. Lo importante a resaltar de estas medidas, es el objetivo general que busca la Ley, siendo éste el de la reinserción social de la persona condenada, en los diferentes ámbitos que se desempeña ocupacionalmente.

Una de las condiciones en común que tienen ambas medidas sustitutivas, es que, si el condenado presenta un consumo problemático de sustancia, deberá asistir a un programa de rehabilitación para tratar dicha problemática, a través de una intervención individualizada, bajo vigilancia, en la cual recibirá acompañamiento y orientación de un delegado o una delegada (Ramírez, 2012).

Comunidad Terapéutica

El presente trabajo se ejecutó en una Comunidad Terapéutica de Chile, ubicada en la Región Metropolitana de Santiago, en la comuna de La Florida. Entendiéndose como Comunidad Terapéutica:

> Una forma de trabajo y de vida que ayuda a personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación. Es una forma de trabajo radicalmente opuesta a la institucional, sin dominación de jerarquías profesionales e institucionales, considera aspectos relevantes para la persona como son su familia y la red social como los componentes bases de su trabajo. El vivir y trabajar en una Comunidad Terapéutica significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto y solidaridad. (Echeverría, 2004, p. 77)

Asimismo, la Comunidad Terapéutica puede ser entendida como un modelo de intervención compuesta por diferentes estrategias y marcos de referencia, o también puede ser vista como una estrategia terapéutica propiamente tal (Molina, 2011).

Este trabajo se desarrolla entre los meses de septiembre a diciembre del año 2021, y fue ejecutado durante todo este período por un Terapeuta Ocupacional.

El centro inicia sus labores el 19 de junio de 2003, como un proyecto ambulatorio para personas que presentaban un consumo moderado de sustancias. En este espacio se atendía a un grupo de entre 10 y 15 personas, en un programa ambulatorio intensivo.

En la medida en que se fue desarrollando la Comunidad, se hizo necesario generar una institucionalidad diferente, lo que propició que el 13 de mayo de 2005 se transformara en una Organización de Derecho Privado sin fines de lucro, bajo el decreto 1759 del Ministerio de Justicia.

Posteriormente, debido a la alta demanda, la organización toma la decisión de abrir un centro residencial para personas con consumo problemático de sustancias, iniciando sus actividades el 26 de octubre de 2006 en la comuna de La Florida. Se debe considerar que la comuna de La Florida, según el Censo de 2002, albergaba 365.674 personas, siendo una de las comunas con mayor cantidad de habitantes en la Región Metropolitana (Observatorio de Santiago, s.f.).

El año 2019, la presente Comunidad Terapéutica se adjudica la licitación para ejecutar el Programa de Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Drogas para Personas Condenadas a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva, atendiendo a hombres, mayores de 18 años, que estén cumpliendo dicha pena sustitutiva, posean voluntariedad para ser parte del proceso y sean derivados por un delegado de Gendarmería de Chile (SENDA, s.f.).

Este programa atiende a 15 hombres en modalidad residencial, pertenecientes a la Región Metropolitana, sin embargo, por el contexto sanitario y algunos procesos de

reinserción, el centro implementa, para casos específicos, el tratamiento con modalidad remota.

El tiempo de tratamiento es de mínimo 8 meses y máximo 12, recibiendo diferentes terapias e intervenciones individuales y grupales por el equipo clínico, conformado por un psiquiatra, una trabajadora social, una psicóloga, un terapeuta ocupacional, un técnico en rehabilitación y el director técnico del dispositivo.

Por último, la implementación del portafolio CIAM se realizó a través de la ejecución de un encuentro grupal a la semana, esto por la cantidad de horas que el dispositivo destinaba para los servicios de Terapia Ocupacional.

Problemática inicial

El propósito de este trabajo es aportar con información empírica y sistematizada de una experiencia de implementación del Portafolio de Habilitación para Competencias, con un grupo de personas que se encuentran en un tratamiento para el consumo problemático de sustancias, en un programa residencial, ya que una de las problemáticas es la baja documentación de este tipo de experiencias utilizando esta metodología de trabajo.

Elementos teóricos que guían la estrategia Metodológica para el Desarrollo de Competencias de Integración Social, Portafolio metodológico CIAM

Desde el año 2009, SENDA realiza un trabajo impulsando el área de integración social, que define como:

> Un proceso de cambios mutuos tanto por parte de la propia persona como de la sociedad, que busca promover y apoyar un efectivo ejercicio de derechos fundamentales, de permitir y reconocer la inmensa diversidad de las personas que se ven afectadas por la problemática de las drogas, reconocer sus trayectorias individuales, sus dinámicas y sus expectativas, promoviendo condiciones de mayor igualdad que permitan procesos inclusivos en esta diversidad y no por mera asimilación de un estado que otro define como deseable o necesario. (SENDA, 2016, p. 42)

Dentro del área de integración social se desprenden cuatro líneas de desarrollo, dirigidas a poblaciones de rango etario y acciones específicas. Estas son: los programas de integración para personas adultas en tratamiento por consumo problemático de sustancias; programas de integración social para adolescentes en situación de vulnerabilidad y consumo de sustancias; reducción de la estigmatización de las personas con consumo problemático, y, finalmente, los programas de integración social en contextos comunitarios (SENDA, 2016). En este caso, sólo abordaremos a la población adulta.

Los marcos conceptuales que integra esta línea de acción, son los conceptos de exclusión, recuperación e integración social. Para efectos de este trabajo, sólo nos

referiremos a este último, pudiendo entender que este concepto busca "retomar en forma personalizada aspectos de la socialización que los organismos o instituciones sociales no abordaron. Implica restituir elementos de integración que le faltan al sujeto. Incluye el desarrollo de habilidades para la participación en actividades sociales" (Mella *et al*., 2008, p. 6).

A partir de este marco conceptual, se han derivado dos líneas de desarrollo programático estructuradas: Por una parte, las herramientas metodológicas que buscan definir una serie de procedimientos para los centros de tratamiento; y, por otra, el desarrollo de dispositivos de apoyo a la integración social (SENDA, 2016).

Para este trabajo son relevantes estos conceptos, pues entre los objetivos que tiene el Portafolio Metodológico CIAM, se encuentran el potenciar, desarrollar o mantener competencias que le permitan a la persona posicionarse de mejor manera en la sociedad, fomentando la integración social de los colectivos excluidos o en una zona de vulnerabilidad, como lo refiere Roberto Castel en el año 2004, referente a las zonas de la vida social (Sánchez y Jiménez, 2013).

En el área de las herramientas metodológicas podemos encontrar la Evaluación Diagnostica de Necesidades para la Integración Social y el Portafolio Metodológico CIAM. Este último, es el material que se utilizó para el presente trabajo, el cual contiene actividades y promueve un modelo compuesto por Persona, Familia, Comunidad y Empleo.

Las actividades de esta herramienta apuntan a lograr objetivos de desarrollo, mejoramiento o mantención en competencias personales, sociales y cognitivas. Se enfocan no sólo en el resultado, sino que además en el proceso, buscando empoderar a los participantes en la forma de actuar por sus vidas, mejorando la capacidad de agencia y, consecuentemente, la calidad de vida. Siendo este portafolio una herramienta más para la Terapia Ocupacional, y que está alineada a la definición que tiene la American Occupational Therapy Association (2020) de la disciplina, donde menciona que es un "uso terapéutico de ocupaciones de la vida diaria con personas, grupos o poblaciones con el fin de mejorar o permitir la participación"

Esta estrategia gira en torno a dos grandes ejes: **un modelo de competencias** y un **programa formativo**. El portafolio está compuesto por diferentes perspectivas teóricas tales como: el Modelo de Ocupación Humana, desde la Terapia Ocupacional, el enfoque de competencias, desde la Psicología social y, desde la Psicología del aprendizaje, el aprendizaje de adultos y significativo (SENDA, 2014).

El propósito del Portafolio CIAM es ayudar a fortalecer competencias, desarrollar distintas habilidades y reforzar capacidades en las distintas dimensiones de la vida de las personas como son **la familia, la comunidad y el empleo** (SENDA, 2014). Este párrafo compatibiliza el objetivo de la Terapia Ocupacional, el cual "es capacitar/habilitar a las personas para que puedan participar en las actividades de la vida diaria" (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2013, p. 4). Además de hacer referencia al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, donde "propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto

de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro" (Frías-Armenta *et al*., 2003, p. 16).

Ámbitos o necesidades que cubre esta oferta programática

CIAM, al ser una estrategia metodológica basada en el aprendizaje de competencias necesarias que facilitan la integración de las personas, apunta a 3 ámbitos donde se desenvuelven los seres sociales, estos son: **El ámbito comunitario, laboral y familiar**. Por lo que el desarrollo de competencias personales: **Comunicación, Iniciativa, Autonomía y Manejo de situaciones**, están dirigidas para mejorar y facilitar la participación en estas dimensiones (SENDA, 2014).

Descripción de la experiencia de Terapia Ocupacional

El desarrollo de la implementación de este trabajo constó de **4 etapas**: la **evaluación/ análisis, planificación, ejecución y conclusión**. Cabe mencionar que para el uso adecuado de este instrumento se requiere, previamente, realizar una capacitación y certificación de competencias asociadas al perfil del Facilitador/Facilitadora CIAM, desde SENDA. De esta manera, utilizar la metodología según el diseño elaborado a partir de evidencia teórica y empírica, para la obtención de resultados efectivos en el desarrollo de competencias.

Primera etapa. Evaluación y análisis

En primer lugar, antes de realizar las evaluaciones a las personas potenciales a participar (que más adelante se detallarán), se realizó un análisis contextual considerando variables socioculturales, laborales y formativas de la población objetivo. Así también, se pesquisaron las condiciones físicas y recursos materiales presentes en el centro para la ejecución del programa de competencias. Por último, considerando lo mencionado, se describen los principales aspectos que se deben contemplar al momento de realizar las actividades, tanto generales como adaptaciones específicas que sean necesarias, para llevar a cabo la intervención. Los resultados fueron los siguientes:

- **Variable socio-cultural**: El programa al cual pertenecen los participantes, corresponde al Programa Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva Residencial.

Dentro de este grupo, se recogió información del total de personas que se encuentran recibiendo tratamiento presencial, excluyendo a quienes lo realizan de forma remota.

Podemos mencionar que es un grupo conformado por 6 hombres chilenos adultos, de una edad entre los 26 y 50 años, todos cumpliendo una condena por un delito simple asociado a un consumo problemático de alcohol y/o drogas. El tiempo de tratamiento más reciente es de 1 mes y el más antiguo, de 4 meses.

En cuanto a su contexto familiar, 5 de ellos son padres solteros y solo uno con intenciones de ser padre a futuro. El estado civil de todos los participantes es soltero. Reciben apoyo por parte de su familia nuclear conformada, generalmente, por el padre y la madre, considerando a esta última como su ser más significativo.

Por último, cabe mencionar que todos poseen destrezas cognitivas, físicas y sensoriales que no limitan la participación en las diversas actividades de la vida diaria.

- **Variable laboral**: Por ser un programa residencial, todos actualmente se encuentran inactivos laboralmente.

Respecto a las competencias de empleabilidad, la mayoría se identifica y tienen historial laboral relacionado con el rubro de la construcción, excepto uno de ellos, que se identifica con el oficio de vendedor ambulante.

La duración en trabajos estables ronda entre 1 a 2 años, caracterizándose la mayor parte de ellos, con trabajos inestables, esporádicos e independientes.

Uno de los 6 participantes (16.7%), posee competencias laborales que facilitan la búsqueda de trabajo, como la realización de Currículum Vitae, experiencia en entrevistas laborales y uso y manejo de plataformas digitales que apoyan la búsqueda laboral, dentro de las principales.

- **Variable formativa**: En cuanto al ámbito educativo, el nivel educacional es heterogéneo: hay 3 participantes (50%) con educación media completa, uno con educación media incompleta y 2 con educación básica incompleta. No obstante, cabe mencionar que todos poseen la capacidad de lectoescritura consolidada, lo que permite la incorporación de textos y/o documentos en las actividades.

Respecto a cursos o certificaciones, 2 participantes (33.3%) poseen cursos finalizados dentro del área laboral en el cual se desempeñaban, y 4 (66.7%) tienen las intenciones de realizar cursos que amplíen las posibilidades de empleo, pero sin certificaciones o cursos finalizados.

Estos datos se asemejan a los datos presentados por el Informe Anual del año 2019, entregado por SENDA, respecto al programa de tratamiento, el cual refiere que el 79, 3 son hombres solteros, el 30, 4% poseen enseñanza media completa, seguido por enseñanza media incompleta 29% y, finalmente, enseñanza básica incompleta 16,8%. (SENDA, 2019).

Segunda etapa. Planificación de las actividades

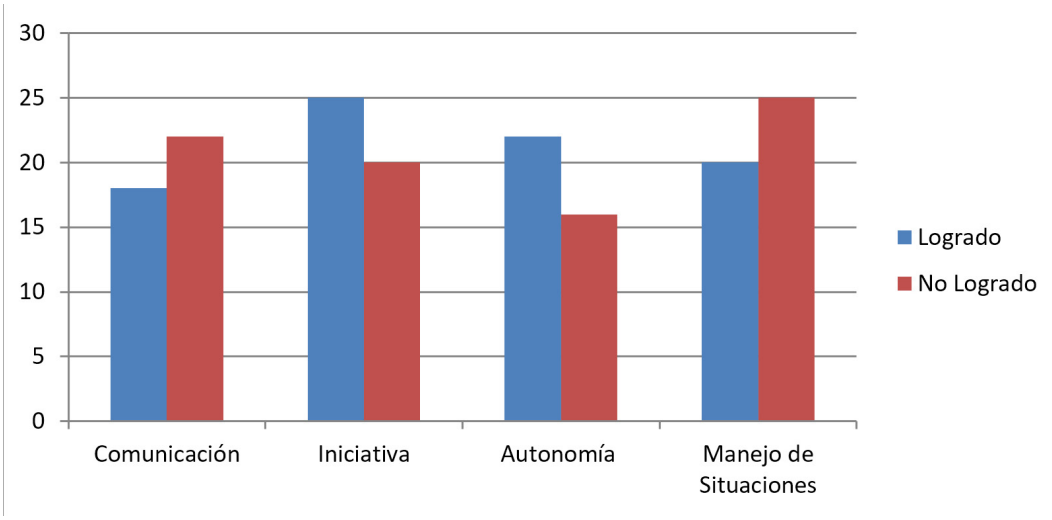
La puesta en marcha de las actividades, inicia con una planificación y organización, con horarios y fechas establecidas, considerando lo mencionado en el ítem anterior de evaluación y análisis, más la disponibilidad del terapeuta que ejecutará las actividades. En este escenario, se estableció que se ejecutaría 1 actividad a la semana, priorizando 2 competencias de las 4, esto, principalmente por el tiempo que demora la ejecución

completa de las actividades, y el resultado de una Herramienta de Cotejo para el Análisis de Competencias del Portafolio Metodológico que se aplicó a cada participante, la cual arrojó las competencias de comunicación y manejo de situaciones, con un mayor déficit por parte de los participantes.

La figura 1 representa la cantidad total de comportamientos logrados y no logrados, a partir de la aplicación de la Herramienta de Cotejo, y como se puede observar, las competencias de comunicación y de manejo de situaciones poseen los índices más elevados de comportamientos no logrados, por lo que, a partir de este instrumento, se establece en la planificación, desarrollar el trabajo con actividades para mejorar aquellas competencias**.**

Figura 1

Resultados de la Herramienta de Cotejo para el Análisis de Competencias del Portafolio Metodológico, aplicada a los 6 participantes, sumando el puntaje de todas las evaluaciones.



Tercera Etapa. Ejecución

Organigrama de actividades

El orden de las actividades se lleva a cabo a partir de una ruta de trabajo (Tabla N° 1), especificando el área de competencia a trabajar, los comportamientos, las actividades ejecutadas del Portafolio Metodológico, y las fechas, detallando el número de la semana y los meses del año.

Tabla 1.
Organigrama de actividades por semana.

Área de competencia	Competencias	Actividad	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Mes
	EVALUACIÓN DE ENTRADA		Martes 7				Septiembre
COMUNICACIÓN	Desarrollar un estilo y modo de comunicación	AA1		Martes 14			Septiembre
		AA2			Martes 21		Septiembre
		AA3				Martes 28	Septiembre
		AA4	Martes 5				Octubre
	Actuar con Asertividad	AA1		Martes 12			Octubre
		AA2			Martes 19		Octubre
		AA3				Martes 26	Octubre
	EVALUACIÓN DE SALIDA		Martes 2				Noviembre

Área de competencia	Competencias	Actividad	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Mes
	EVALUACIÓN DE ENTRADA			Martes 9			Noviembre
MANEJO DE SITUACIONES	Enfrentar las situaciones y/o contingencias	AA7			Martes 16		Noviembre
		AA8				Martes 23	Noviembre
		AA9	Martes 30				Noviembre
		AA10		Martes 7			Diciembre
	EVALUACIÓN DE SALIDA				Martes 14		Diciembre

Resultados de la Intervención

Los resultados presentados en la Tabla N°2, se basan en los puntajes obtenidos de las evaluaciones de entrada y salida, las cuales son evaluaciones que se realizan al inicio y al final de la ejecución de las actividades, con el fin de cuantificar las competencias de los participantes, antes y posterior a las actividades. La escala que se utilizó para estos resultados, fue la recomendada en el cuaderno para el facilitador CIAM. En este caso, sólo se evalúan las competencias de comunicación y manejo de situaciones.

En el área de comunicación se evidencia una mejoría de todos los participantes que finalizaron las actividades del área, en la cual, la diferencia fluctúa entre 1 y 2 puntos más que la evaluación inicial, pues de los 6 participantes que realizaron las evaluaciones de salida, solo 4 volvieron a realizar la evaluación de salida, esto debido a su discontinuidad en el proceso de tratamiento en el centro.

Tabla 2
Resumen de puntajes de evaluaciones de competencias de comunicación y manejo de situaciones

Comunicación	Evaluación de entrada	Evaluación salida	Diferencia
Participante 1	4	5	+1
Participante 2	5	5	0
Participante 3	3	5	+2
Participante 4	3	No realizado	---
Participante 5	4	5	+1
Participante 6	3	No realizado	---

En la evaluación de esta competencia, y como se observa en la Tabla 3, se incorporan 3 personas que no estaban contempladas en la planificación inicial, pues ingresan a tratamiento y a los talleres grupales que estaban siendo ejecutados en ese momento. A estos nuevos participantes se les contextualiza y explica de forma individual los objetivos que tiene el programa, lo que implicó que, en la competencia de manejo de situaciones, participarán 7 personas de las actividades.

De igual forma que los resultados de la competencia de comunicación, en esta existe un aumento en el puntaje entre evaluaciones, con un promedio de 2 puntos en más del 50% del total de personas.

Tabla 3
Resumen de puntajes de evaluaciones de competencias de Comunicación.

Manejo de situaciones	Evaluación de entrada	Evaluación salida	Diferencia
Participante 1	4	4	0
Participante 2	4	4	0
Participante 3	2	4	+2
Participante 4	2	4	+2
Participante 5	2	4	+2
Participante 6	2	4	+2
Participante 7	4	4	0

Finalmente, en resumen, se realizó el desarrollo de dos competencias que integran el Portafolio CIAM (comunicación y manejo de situaciones), las cuales fueron determinadas a partir de los resultados de la Herramienta de Cotejo para el Análisis de Competencias del Portafolio Metodológico. Posteriormente, se realiza la selección y planificación de actividades a ejecutar, incluyendo la evaluación de salida y la de entrada, las que fueron comparadas al finalizar las actividades programadas, para así, obtener un dato cuantitativo que permita objetivar la efectividad del programa.

Durante el desarrollo de las actividades contempladas para cada competencia, hubo cambios en la cantidad de participantes. En la competencia de comunicación, 6 participantes realizaron la evaluación de entrada, pero solo 4, la de salida, esto por la discontinuidad de 2 personas del programa residencial. En cuanto a la cantidad de personas que realizaron la competencia de Manejo de Situaciones, fueron 7, agregándose 3 participantes más a las actividades.

Esto último, obligó a flexibilizar lo contemplado en la planificación inicial del programa, el cual estaba orientado y analizado a partir de un grupo de personas en un momento determinado, y al finalizar, debido a nuevos ingresos de personas, el grupo objetivo fue diferente, no obstante, se logró adaptar a las circunstancias que se presentaron y ejecutar ambas competencias completamente, con la mayoría de los participantes que iniciaron el programa de habilitación de competencias.

Cuarta etapa. Conclusiones

En definitiva, se logra visualizar una diferencia cuantitativa entre las evaluaciones de salida y las de entrada, dejando en evidencia un progreso, en cuanto a las competencias que se buscaban mejorar, sin embargo, desde la puesta en práctica y experiencia cualitativa

de esta implementación, tanto de las actividades y el grupo de participantes, se puede mencionar que, debido a la rotación de personas en el programa residencial, el grupo inicial terminó compuesto por más personas, esto por la salida de 2 usuarios del programa residencial, y la incorporación de 3 personas al mismo programa, situación que refleja una limitación al momento de la implementación de este tipo de metodologías transversales, teniendo que considerar los contextos y las diferentes variables que pueden dificultar la ejecución de las actividades.

Reflexiones y desafíos para la Terapia Ocupacional

La sistematización que presenta este documento, viene a aportar el uso del Portafolio CIAM que proporciona SENDA, por este grupo de participantes, como parte de las herramientas metodológicas del Área de Integración Social. Por otro lado, también pretende contribuir con conocimientos teóricos en el ámbito de la rehabilitación e integración social de personas con consumo problemático de sustancias, en una población adulta de hombres. Esto último, también ligado a la Terapia Ocupacional, pues si bien esta herramienta presentada no es propia de una disciplina, es usada por terapeutas ocupacionales en el área de adicción, lo que es importante visibilizar y conocer, pues este trabajo es realizado por un Terapeuta Ocupacional, y tal como menciona Gloria Rojo – Mota, “La Terapia Ocupacional lleva ya décadas interviniendo en problemas relacionados con la adicción. Sin embargo, la producción científica generada es muy escasa aún” (Rojo – Mota, 2016, p. 168).

Por otro lado, a partir de la teoría recogida, se expone una problemática social que en Chile no ha podido ser abordada de forma eficaz, pues, los índices en el inicio del consumo de sustancia y la prevalencia, siguen en aumento, a excepción del alcohol (Observatorio Nacional de Drogas, 2021). Si bien existen políticas públicas con oferta de programas que promueven la integración social, el acceso a oportunidades e igualdad de derechos fundamentales de las personas con consumo problemático de sustancia e infracción de ley, todavía no se ha logrado cubrir, quedando muchas veces excluidas, reincidiendo en la criminalidad e interrumpiendo la abstinencia del consumo. Sin embargo, esto, además de leyes y ofertas programáticas, tiene que ver con conciencia social, tal como menciona Ormazabal: “En esta sociedad nadie puede equivocarse y mucho menos salir del estándar tradicional de lo que significa ser persona, dado que la sociedad no otorga ese tipo de derechos a pesar de las políticas de reinserción social” (Ormazabal *et al*., 2019, p. 1).

Para finalizar, esta sistematización invita a otros profesionales y no profesionales a documentar el trabajo realizado por ellos, para así, visibilizar necesidades, oportunidades, conocer y responder hipótesis que emergen de forma derivada del trabajo, como también aportar a los servicios estatales y las políticas públicas.

Referencias

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74(Suppl. 2), 7412410010. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001

Apud. I y Romaní. O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, *16* (2), 115 – 125. https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2008). *Historia de la ley N° 20.603, modifica la Ley N° 18.216, que establece medidas alternativas a las penas privativas o restrictivas de libertad*. http://www.fiscaliadechile.cl/observatoriodrogaschile/documentos/publicaciones/nuevo_regimen_sustitucion_penas_TR.pdf

Echeverría, A. (2004). *Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. [Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología, Universidad de Chile]. https://www.archivochile.com/tesis/13_otros/13otros0008.pdf

Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. E., & Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicologia (Natal)*, *8*, 15-24. https://www.scielo.br/j/epsic/a/jCfvKjYDrNfynkwCsBwNQfd/?format=pdf&lang=es

Hopenhayn. M, de Rementería. I y Sunkel. G. (1999). *Criterios básicos para una política de prevención y control de drogas en Chile*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6265/S9911848_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mella Díaz, S., Villarroel Encina, V., Sepúlveda, R., & Guzmán Cáceres, G. (2008). OCUPARSE: una propuesta de intervención con personas privadas de libertad basado en la ocupación. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, (8), 37-46. https://doi.org/10.5354/0719-5346.2008.71

Molina. J. (2011). El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales. *Adicción y Ciencia, 1*(4), 3-13. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElMetodoDeComunidadTerapeuticaParaDrogodependiente-3874122.pdf

Observatorio Nacional de Drogas. (2021). *Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2020*. https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2022/01/Estudio-PG2020.pdf

Observatorio de Santiago. (s.f.). *Cuaderno de información comunal.* https://www.observatoriosantiago.cl/wp-content/uploads/2021/03/CUADERNO-DE-INFORMACION-COMUNAL-ULTIMOS-CENSOS-DE-POBLACION-Y-VIVIENDA.pdf

Ormazabal. M, Peña. K y Zavala. G. (2019). Exclusión sociolaboral en infractores de ley. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (92), 10. https://www.margen.org/suscri/margen92/Escudero-92.pdf

Ramírez. T. (2012). Nuevo régimen de sustitución de penas. *Revista jurídica del ministerio público*, (51). http://www.fiscaliadechile.cl/observatoriodrogaschile/documentos/publicaciones/nuevo_regimen_sustitucion_penas_TR.pdf

Rojo – Mota. G. (2016). Terapia Ocupacional en Adicciones: De la teoría a la práctica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 16* (1), 159 -171. https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/41953/44046

Sánchez. S y Jiménez. M. (2013). Exclusión social: Fundamentos teóricos y de la intervención. *Trabajo social global. Revista de investigaciones en intervención social 3*(4), 133-156. https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v3i4.952

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol. (2014). *Estrategia Metodológica de Habilitación en Competencias para la Integración Social.* (1ra Ed). Área de Integración Social. División Programática. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y alcohol. (2016). *Integración Social, Exclusión y Drogas. De las Políticas a las Prácticas. Gobierno de Chile,* 41-42. https://bibliodrogas.gob.cl/wp-content/uploads/2020/12/Integracion-Social-Exclusion-y-Drogas-De-las-Politicas-a-las-Practicas-2016-1.pdf

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol. (2020). *Informe Anual 2019. Informe de Evaluación Técnica. Programa de Tratamiento de Consumo Problemático de Alcohol y Drogas para Personas Condenadas a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva.* https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Anual-2019-Libertad-Vigilada.pdf

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol. (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021 – 2030. Para un Chile que Elije Vivir sin Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile. https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol. (s.f.). *Tratamiento* https://www.senda.gob.cl/tratamiento/programas/libertad-vigilada/

World Federation of Occupational Therapists. (2013). *Definitions of occupational therapy from member organisations*. https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations

DESCRIPCIÓN DEL DESEMPEÑO EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE MUJERES ADULTAS CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

DESCRIPTION OF THE PERFORMANCE IN THE INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING OF ADULT WOMEN WITH A DIAGNOSIS OF FIBROMYALGIA

Fecha recepción: 20 de octubre de 2022 / fecha aceptación: 28 de abril de 2023

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num10.47

T.O. Vivian Neumann Collyer
Terapeuta Ocupacional, Magíster en Dirección y Liderazgo para la Gestión Educativa.
Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile.
https://orcid.org/0000-0002-1332-5387
Autor de correspondencia: vivian.neumann@gmail.com

T.O. Nicole Carreño Guerrero
Terapeuta Ocupacional. Licenciado en Ocupación Humana.
Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile.
E-mail: nacarrenog24@gmail.com
https://orcid.org/0009-0004-8612-9362

T.O. Felipe Díaz Muñoz
Terapeuta Ocupacional. Licenciado en Ocupación Humana.
Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile.
E-mail: felipe.alexis.diaz15@gmail.com
https://orcid.org/0009-0002-2817-6764

Resumen

El objetivo de este trabajo fue describir el desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de mujeres adultas, de entre 30 a 60 años, con diagnóstico de fibromialgia (FM), de la Corporación de Fibromialgia de Chile en el año 2022. Se reclutó, mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia, a 31 mujeres de la corporación antes mencionada para la aplicación del Instrumento de Evaluación de Desempeño Ocupacional de la Vida Diaria Instrumental Hernández – Neumann, a través de modalidad virtual. Los resultados fueron de 17 mujeres de la muestra total, obteniendo grados de dependencia variables en todas las actividades, siendo la menos afectada la gestión en la comunicación con un 70%(n=) de independencia y la más afectada es el establecimiento y manejo del hogar con un 76,5% (n=) de las participantes dependiente, pero colaboran en la actividad. En los resultados obtenidos se evidenció que el desempeño de las AIVD se ve afectado producto de la sintomatología que la FM presenta, destacando el dolor, cansancio y fatiga como principales limitantes, por lo que las personas suelen tener distintos niveles de dependencia al llevar a cabo estas actividades, y requieren distintos niveles de asistencia para realizarlas.

Palabras clave

Fibromialgia; dolor crónico; Terapia Ocupacional; actividades cotidianas; mujeres (DeCS)

Abstract

The objective was to describe the performance in instrumental activities of daily living (IADL) of adult women between 30 and 60 years old with a diagnosis of fibromyalgia from the Chilean Fibromyalgia Corporation in 2022. It was recruited through a non-probabilistic convenience sampling. to 31 women from the corporation for the application of the Instrumental Hernández-Neumann Instrumental for the Evaluation of Occupational Performance of Daily Life through virtual modality. The results are from 17 women of the total sample, obtaining varying degrees of dependency in all activities, with communication management being the least affected with 70% independence and the most affected being the establishment and management of the home with 76,5% of the dependent participants but collaborate in the activity. Despite the low participation, the results obtained showed that the performance of IADLs is affected as a result of the symptoms that FM presents, highlighting pain, tiredness and fatigue as the main limitations, which is why people tend to have different levels of dependency in carrying out these activities, and require different levels of assistance to carry them out.

Keywords

Fibromyalgia; chronic pain; Occupational Therapy; activities of daily living; women (MeSH)

Introducción

El término fibromialgia (FM) se compone del latín *fibra* (tejido fibroso), del griego *mío* (músculos) y del griego *algia* (dolor). Se conoce bajo este término a un conjunto de signos y síntomas encabezados por un dolor generalizado sin motivo aparente, dolor que puede localizarse en cualquier parte del cuerpo (dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor osteomuscular), pero sin importar la zona de este, no se encontrará causa aparente como daño anatómico o inflamación visible del área, a este dolor generalizado pueden agregarse algunos signos y síntomas como depresión y trastornos del sueño (Guzmán, Muñoz, Mendoza et al., 2018).

Los síntomas más importantes descritos son: múltiples áreas sensibles en puntos gatillo (100%), fatiga (70%) y trastornos del sueño (50-70%). El dolor se describe como profundo, torturante, punzante o urgente, con irradiación e intensidad leve a severa. Para algunos pacientes, el dolor disminuye durante el día y aumenta nuevamente en las horas de la noche, aunque muchos de ellos presentan dolor implacable durante todo el día. El dolor puede aumentar con la actividad o posiciones mantenidas, el frío, el clima húmedo, la ansiedad y el estrés (Jaque, Miranda, Pérez et al., 2007).

Si bien no se conoce su origen, se ha comprobado una agregación familiar, pues familiares de primer grado de los pacientes tienen un riesgo de 8,5 veces mayor de padecerla, en comparación al resto de la población, también se ha relacionado la enfermedad con la presencia de estrés emocional significativo. Por otra parte, algunos pacientes han encontrado factores predisponentes, tales como situaciones traumáticas en la infancia (violencia física, psicológica, sexual, etc.), trastornos de ansiedad, cirugías mayores y estrés post traumático. El curso natural de la FM es crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo. En este marco, la FM constituye la causa más común de dolor osteomuscular generalizado y representa entre un 10% y 20% de los que se atienden por primera vez en consultorios de reumatología (Lampert, 2019).

Respecto de la edad, según datos internacionales, la mayoría de los diagnósticos se llevan a cabo en la quinta década. Según registros internos de la Corporación de Fibromialgia de Chile, los casos inscritos entre el año 2000 y septiembre del año 2014 alcanzan un total de 6.559, de acuerdo con la siguiente distribución por rango etario: 6.284 casos entre los 35 y 55 años (5.795 mujeres y 489 hombres), 23 niños y niñas entre los 9 y 12 años; 52 adolescentes entre 14 y 21 años, y 200 adultos jóvenes entre 22 y 34 años. Del total de inscritos en la organización, 956 son de regiones distintas a la Metropolitana (14.57%) (MINSAL, 2016).

En 1990, el *American College of Rheumatology* (ACR) publicó los criterios de clasificación, basados en un examen de puntos dolorosos, que requerían la evaluación por especialistas. Criterios diagnósticos de la fibromialgia ACR, 1990:

- Dolor difuso, generalizado y crónico, de más de 3 meses de duración, en los 4 cuadrantes del cuerpo, en ambos lados, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial.
- Dolor en 11 de los 18 puntos sensibles cuando se aplica una presión de 4 kg/ cm^2.

Con el tiempo, aparecieron objeciones (prácticas y filosóficas) a los criterios de clasificación del ACR. Primero, el recuento de puntos dolorosos rara vez se realizaba en la atención primaria, donde se diagnosticaba el mayor número de casos y cuando así ocurría, estos eran valorados de forma incorrecta, ya que muchos médicos desconocían cómo realizar el examen de los puntos dolorosos o lo omitían. Segundo, a pesar de que los síntomas de la FM (fatiga, sueño no reparador, síntomas cognitivos y síntomas somáticos) no fueron considerados por el ACR, últimamente se ha puesto en evidencia su importancia como elementos característicos de esta enfermedad.

Los nuevos criterios diagnósticos de FM propuestos en el año 2010, consisten en un Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index, WPI) (ANEXO 1) y una Escala de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score, SS) (ANEXO 2). Este nuevo método clasifica correctamente el 88,1% de los casos diagnosticados por los criterios del ACR 1990 y, dado que fundamentalmente se basan en la información aportada por los pacientes, no requiere del examen físico y no necesita un entrenamiento especializado del observador, se adapta muy bien al campo de la Atención Primaria de la Salud (Moyano, Kilstein & de Miguel, 2015).

Una vez diagnosticado, el tratamiento debe comenzarse de inmediato, aun cuando sean necesarias algunas pruebas para aclarar ciertos signos o síntomas, o quizás puede requerirse la interconsulta con otro especialista para la evaluación de las comorbilidades (Arredondo, Pérez & Santana, 2018).

Debido a que la fibromialgia no tiene cura, los tratamientos son en su mayoría paliativos, por eso debe realizarse una evaluación multidisciplinaria, para así lograr el objetivo que es disminuir el dolor, mejorar el sueño y restaurar el estado físico, emocional y la función mental, mejorando así la calidad de vida en general. El tratamiento de la fibromialgia debe ser integral, y se compone tanto de terapia farmacológica como de terapia no farmacológica, en la cual el paciente debe tener una participación activa, por lo que es importante también realizar la educación sobre la situación de salud diagnosticada. Esta ha resultado ser una medida no farmacológica que tiene una repercusión positiva en las personas. Asimismo, la terapia conductual y el ejercicio aeróbico tienen una mayor efectividad en la recuperación de la función física versus la terapia farmacológica, mejorando la mayoría de los síntomas. Uno de los defectos de esta terapia es la falta de adherencia, debido a las necesidades de tiempo y esfuerzo que requiere (Guzmán, Muñoz, Mendoza et al., 2018).

En las Orientaciones Técnicas para el abordaje de la Fibromialgia propuestas por el Ministerio de Salud (MINSAL), el año 2016, se especifica que el tratamiento es sintomático, ya que no se conoce la etiología y va encaminado básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de las y los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. Para ello, se plantea el tratamiento farmacológico y no farmacológico que basa los pilares en el manejo educativo, ejercicio activo, terapia ocupacional e intervención psicológica.

La *American Occupational Therapy Association* (AOTA), en el año 2020, define la profesión como el uso terapéutico de las ocupaciones de la vida diaria con personas, grupos o poblaciones (es decir, el cliente), con el propósito de mejorar o permitir la participación. Para ello, se enfocan en la ocupación como herramienta fundamental, la cual denota un compromiso personalizado y significativo en los eventos de la vida diaria por parte de una persona específica, lo que es fundamental para la salud, la identidad y el sentido de competencia (de una persona, grupo o población) y posee un significado y valor particular. Las ocupaciones ocurren en contextos y están influenciadas por la interacción entre los patrones de desempeño, habilidades de desempeño y los factores del cliente. También ocurren con el tiempo; tienen un propósito, significado y utilidad percibida de manera individual; y puede ser observado por otros o ser conocido solo por la persona involucrada. De igual forma, pueden implicar la ejecución de múltiples actividades para su finalización y pueden dar lugar a varios resultados.

La AOTA, en su Marco de Trabajo para el Desarrollo de las Prácticas de Terapia Ocupacional, publicado el año 2020, define las ocupaciones como una herramienta fundamental para la disciplina, identificando una amplia gama de éstas, las que se categorizan en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), orientadas al cuidado del propio cuerpo y completadas de forma rutinaria. Otras autoras, en su definición, las relacionan con la supervivencia del ser humano (comida, vestido, higiene) y, de este hecho, derivan su repetición diaria; cumplen, además, una función social importante, ya que participan en los procesos de socialización a lo largo del desarrollo evolutivo de cada individuo, y su adquisición nos permite insertarnos en el mundo social y cultural al que pertenecemos (Hernández & Neumann, 2016). La AOTA (2020) define las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como actividades para apoyar la vida diaria en el hogar y la comunidad**,** y que a menudo requieren interacciones más complejas que las AVD. Las subclasifican en cuidado de otros (incluyendo mascotas), crianza de los niños, gestión de la comunicación, conducción y movilidad en la comunidad, gestión financiera, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y limpieza, expresión religiosa y espiritual, mantenimiento de seguridad y, por último, compras.

Las AIVD son más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización permite que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad, es decir, son actividades que posibilitan la relación con el entorno (Hernández & Neumann, 2016).

El MINSAL (2016) refiere que el impacto que genera la patología en la ejecución de las actividades de la vida diaria es relevante y requiere de una intervención terapéutica desde los inicios de la sintomatología y a lo largo del proceso inicial, disminuyendo su intensidad y frecuencia. Del Teso, González & Waliño (2013) refieren que debido a que estas personas tienen alteraciones para el desarrollo de varias ocupaciones, lo cual impide realizar algunas actividades de la vida diaria, se hace fundamental la acción de esta disciplina, dada su experticia, contribuyendo a que las personas puedan llevar mejor su enfermedad, mantener sus habilidades cognitivas y físicas, ser aconsejadas sobre productos de apoyo que pueden utilizar, entre otros aspectos, para un mejor desempeño en actividades de su vida diaria y una mayor interacción con el contexto en el que están integradas.

Por lo expuesto anteriormente, esta investigación tuvo como objetivo describir el desempeño en las AIVD de mujeres adultas, de entre 30 a 60 años, con diagnóstico de fibromialgia, pertenecientes a la Corporación de Fibromialgia de Chile, durante el primer semestre del año 2022.

Metodología

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética Científico Zona Centro Norte de la Universidad Santo Tomás de Chile con el número 28/2022. Para llevarla a cabo, se realizó un estudio de tipo observacional. La investigación se efectuó de manera prospectiva, es decir, obteniendo los datos primarios, y de manera transversal. El enfoque del estudio fue descriptivo, centrándose en la variable de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, con una población específica (mujeres) y un número definido de participantes.

El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico, en el cual la selección de los sujetos de estudio depende de ciertas características y criterios que el investigador considere relevantes. El tipo de muestreo fue por conveniencia, lo que permite seleccionar casos accesibles que acepten ser incluidos, teniendo en cuenta la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017).

Los criterios de inclusión para este estudio fueron los siguientes: ser mujer, tener entre 30 y 60 años, pertenecer a la Corporación de Fibromialgia de Chile, contar con un diagnóstico de fibromialgia y aceptar participar voluntariamente en el estudio. Por otro lado, los criterios de exclusión consistieron en presentar cualquier patología de carácter terminal (por ejemplo, cáncer), exhibir consumo problemático de sustancias como alcohol y drogas (cocaína, metanfetaminas, etc.), y que no firmaran su consentimiento informado. En una primera etapa, se reunió un total de 31 participantes, de los cuales 17 completaron la investigación.

Para el reclutamiento de las mujeres que colaboraron en la investigación, se contó con la ayuda de la presidenta, directora y representante legal de la Corporación de Fibromialgia de Chile, quien, a través de correo electrónico, compartió la invitación a candidatas que cumplían los requisitos para el estudio.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el Instrumento de Evaluación de Desempeño Ocupacional de la Vida Diaria Instrumental Hernández-Neumann, cuyo objetivo es determinar el desempeño en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Este instrumento evalúa 9 dimensiones, cada una con sus preguntas orientadoras. Las dimensiones son las siguientes: cuidado de otros, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, gestión financiera, gestión y mantención de la salud, establecimiento y manejo del hogar, preparación de la comida y limpieza, mantención de la seguridad y responder a emergencias, y, por último, compras.

El instrumento consta de tres evaluaciones: la primera es cuantitativa y mide el nivel de independencia que tiene el usuario para realizar las actividades ya mencionadas. En caso de que el usuario sea independiente, se le otorgan 2 puntos; si es dependiente con

supervisión, se le da 1 punto; si es dependiente, pero colabora/ayuda moderadamente, se le otorga -1 punto; si el usuario es dependiente, se le dan -2 puntos. En el caso que no se pueda evaluar la actividad por el contexto en que se encuentre el usuario, como estar privado de libertad, hospitalizado u otro, se le otorga puntaje 0, refiriéndose como "no aplica" (Tabla 1).

Las otras dos evaluaciones son de carácter cualitativo. La primera evalúa el por qué no lo hace/dependencia, y se divide en cuatro categorías: la 1 es por habilidades, la 2 por género, la 3 por nivel socioeconómico y la 4 por desempeño previo/porque no le interesa. La segunda evaluación valora el nivel de importancia que se le otorga a cada actividad: la categoría 4 es muy importante, la 3 es importante, la 2 es poco importante y la 1 sin importancia. Sin embargo, para esta investigación solo se consideró la parte cuantitativa del instrumento, ya que el objetivo era determinar el nivel de desempeño que tienen las mujeres que participaron en la investigación, en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla 1

Evaluación de desempeño en AIVD Hernández Neumann.

Actividad	Nivel de desempeño					Razones del por qué no lo hace/dependencia				Importancia			
	-2	-1	1	2	0	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Cuidado de otros , incluye cuidado de mascotas y crianza de niños													
2. Gestión de la comunicación													
3. Movilidad en la comunidad													
4. Gestión financiera													
5. Gestión y mantención de la salud													
6. Establecimiento y manejo del hogar													
7. Preparación de la comida y la limpieza													
8. Mantención de la seguridad y responder a la emergencia													
9. Compras													

Nivel de desempeño:
2. Independiente: Realiza la actividad sin asistencia de un tercero aunque utilice ayudas técnicas, órtesis u otros.
1. Dependiente con supervisión/ayuda mínima: Realiza la actividad pero requiere que un tercero le vigile, muestre o incite para realizar la actividad. Contempla apoyo físico mínimo
-1. Dependiente pero colabora/ayuda moderada constante: Colabora, y /o participa en la actividad ejecutando ciertas operaciones de esta, realiza menos del 75 %.
-2. Dependiente: No realiza la actividad, esta es ejecutada por un tercero
0. N/A no aplicable: No se puede evaluar por el contexto y/o por roles que está cumpliendo en la actualidad, por ejemplo privado de libertad, hospitalizado.

Razones del por qué no lo hace/dependencia
1. Habilidades
2. Género
3. Nivel socioeconómico
4. Desempeño previo/porque no le interesa

Nivel de importancia:
4. Muy importante
3. Importante
2. Poco Importante
1. Sin importancia

Neumann, Hernández & Gentoso (2018)

El proceso de aplicación del instrumento se realizó mediante modalidad virtual, para lo cual, una vez que las participantes entregaron su consentimiento informado firmado, se agendó una reunión que se llevó a cabo a través de plataformas virtuales, como Zoom o Meet.

Para el análisis de los datos cuantitativos, se utilizó el SPSS en su versión N°22, la cual ofrece los procedimientos estadísticos principales que los gestores y los analistas necesitan para tratar las cuestiones empresariales y de investigación básicas. El tipo de análisis fue estadístico descriptivo, que consiste en examinar cada una de las variables estudiadas por separado, es decir, está basado en una sola variable (Echaiz, 2018). En el caso de nuestro estudio, esa variable son las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Que sea de tipo descriptivo, según Cevallos, Valencia & Barros (2017), significa que comprende cualquier actividad relacionada con los datos y está diseñado para resumir o describir los mismos sin factores pertinentes adicionales; esto es, sin intentar interferir nada que vaya más allá de los datos, simplemente los describe de manera cuantitativa. En síntesis, se encarga de recolectar, ordenar, analizar y representar los datos.

Resultados

La muestra de la investigación estuvo conformada por 31 participantes, pertenecientes a la Corporación de Fibromialgia de Chile, de las cuales, 17 completaron el proceso. Con esta muestra la edad media fue de 45,24 años (D.S), siendo la edad mínima de 30 años y la máxima de 60 años.

El instrumento aplicado arrojó resultados cuantitativos los cuales están asociados al nivel de desempeño de las participantes en los 9 ítems que lo componen. Se presentan, a continuación, los resultados obtenidos en la tabla denominada “Tabla 2: *Resultados de la aplicación del instrumento*”.

Tabla 2
Resultados de la aplicación del instrumento.

Ítem 1 "Cuidado de otros"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente	2	11,8
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	2	11,8
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	7	41,2
Independiente	6	35,3
Total	17	100,0
Ítem 2 "Gestión de la comunicación"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia porcentual**
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	5	29,4
Independiente	12	70,6
Total	17	100,0
Ítem 3 "Movilidad en la comunidad"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente	3	17,6
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	4	23,5
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	3	17,6
Independiente	7	41,2
Total	17	100,0
Ítem 4 "Gestión financiera"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente	1	5,9
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	1	5,9
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	7	41,2
Independiente	8	47,1
Total	17	100,0

Ítem 5 "Gestión y mantención de la salud"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	1	5,9
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	10	58,8
Independiente	6	35,3
Total	17	100,0

Ítem 6 "Establecimiento y manejo del hogar"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente	2	11,8
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	13	76,5
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	2	11,8
Total	17	100,0

Ítem 7 "Preparación de la comida y la limpieza"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	7	41,2
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	7	41,2
Independiente	3	17,6
Total	17	100,0

Ítem 8 "Mantención de la seguridad y responder a la emergencia"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente	3	17,6
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	4	23,5
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	3	17,6
Independiente	7	41,2
Total	17	100,0

Ítem 9 "Compras"		
Categoría	**Frecuencia Absoluta**	**Frecuencia Porcentual**
Dependiente	2	11,8
Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante	7	41,2
Dependiente con supervisión/ayuda mínima	6	35,3
Independiente	2	11,8
Total	17	100,0

Discusión

Del Teso, González & Waliño (2013) afirman que las personas con Fibromialgia presentan problemáticas al llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, producto de la sintomatología clásica como el dolor, la rigidez y la fatiga, puesto que tras la aplicación del instrumento Lawton y Brody, se registra la presencia de dependencia o un grado de esta, en las actividades instrumentales de la vida diaria, especialmente en hacer compras y cuidado de la casa, dado que allí se reportaron las mayores dificultades, concluyendo que la mayoría de las personas con FM se declaran con dependencia moderada en estas actividades.

Autores como Arroyo & González (2011) en su investigación utilizaron el instrumento Lawton y Brody, con el cual confirmaron que sí existe grado de dependencia en las AIVD, con un 94,40% de dependencia moderada y un 5,60% de dependencia severa de las participantes. Las actividades más afectadas son el hacer compras, con un 61,10% de independencia para pequeñas compras y un 11,10% con necesidad de ayuda para realizarlas; cuidado de la casa, donde un 38,90% necesita ayuda; manejo de la economía, con un 47,20% que requiere de ayuda; preparación de la comida, donde un 22,20% necesita ayuda, un 2,80% no tiene dieta adecuada y un 2,80% es dependiente, y, finalmente, responsabilidad en la medicación, donde un 22,20% necesita ayuda.

Estos resultados son similares a los obtenidos en esta investigación, donde se observó que existe un grado de dependencia en las AIVD, ya que al aplicar el instrumento de evaluación Hernández – Neumann, se marcaron ítems de dependencia con supervisión/ayuda mínima, dependencia, pero colabora/ayuda moderada constante o dependencia, lo que significa que no todas las personas con FM logran ser completamente independientes en estas actividades, lo que se relaciona con la presencia de los diferentes síntomas que presentan las participantes, que no les permiten tener un desempeño ocupacional adecuado. En la aplicación del instrumento se observó que la mayor frecuencia de dependencia, pero colabora/ayuda moderada, se da en establecimiento y manejo del hogar, y compras. También se logran observar otras áreas con dependencia con supervisión/ayuda mínima, siendo estas la gestión financiera y movilidad en la comunidad.

Si bien en las investigaciones de Del Teso, González & Waliño (2013), Arroyo & González (2011) y en la que presentamos aquí se evidenció que sí existen grados de dependencia relacionados con el nivel de desempeño en las AIVD en mujeres con diagnóstico de fibromialgia, la presente investigación brinda datos estadísticos actuales relacionado con el tema y, además, se realiza mediante un instrumento que fue creado en Chile para la población chilena, siendo este un instrumento nuevo que evalúa, no sólo la parte cuantitativa del nivel de desempeño, sino también la parte cualitativa del por qué no realizan algunas actividades, más el nivel de importancia que estas actividades tienen para las personas, lo que permite tener información adicional acerca de actividades que se ven afectadas y que realmente son importantes para estas personas. Por ende, es un instrumento más actualizado y completo a la hora de la recopilación de datos.

Por otro lado, existieron limitaciones en el desarrollo de la investigación, entre las cuales la más relevante fue la baja tasa de respuesta por parte de las participantes, lo que se relaciona con la oportunidad de la aplicación del instrumento de evaluación, siendo una causa principal la modalidad virtual utilizada. La población total que participó activamente (17 personas) estuvo por debajo de la recomendación mínima de personas (30). Otra limitación fue la cantidad de información que existe acerca de la fibromialgia, en cuanto al impacto en el desempeño de las ocupaciones, y que no existe una actualización constante de esta información ni de los instrumentos de evaluación utilizados para medir la funcionalidad en el desempeño de las ocupaciones de las personas, además de la escasa información acerca de la fibromialgia a nivel nacional y cómo esta afecta el desempeño en las diferentes ocupaciones que realizan las personas con este diagnóstico. Por último, el bajo conocimiento por parte de las participantes respecto a la Terapia Ocupacional y los beneficios que la intervención desde esta área tiene para la sintomatología y limitaciones que produce la patología, significan otra limitación en la investigación.

La fibromialgia es una enfermedad escasamente estudiada, difícil de diagnosticar, estigmatizada socialmente y no reconocida entre las diferentes instituciones, siendo para la persona que la padece una situación difícil de sobrellevar, dado que no existen tratamientos, herramientas y/o medicamentos completamente eficaces para tratar la sintomatología, pero sí para poder aliviar y sobrellevarla de mejor manera en la vida cotidiana. Además, la cantidad de profesionales especializados en el área es limitada, siendo complejo el acceso al tratamiento en centros públicos y costoso en centros privados. Lo anterior, causa dificultades en la independencia de la persona y una disminución en la calidad de vida, interfiriendo en el desempeño ocupacional, tal como lo evidenciamos en nuestra investigación, a propósito de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) debido al aspecto físico y psicológico.

Por lo recién mencionado, se considera importante la intervención integral mediante un equipo interdisciplinario, en la cual se aborde el desempeño ocupacional de la persona, siendo fundamental en este abordaje la presencia de la Terapia Ocupacional, dado que la AOTA (2020) especifica que el rol del terapeuta ocupacional es la intervención en las diferentes áreas ocupacionales de la persona, como el autocuidado, actividades de la vida diaria instrumentales, descanso y sueño, ocio, participación social, entre otras. Todo esto, teniendo en cuenta su contexto, sus patrones de desempeño y sus cualidades personales, para devolverle su identidad ocupacional previa e independencia

Dado lo anterior, la Terapia Ocupacional podría contribuir al tratamiento de la sintomatología y las necesidades de la persona, con estrategias que disminuyan la intensidad del dolor, de economización y conservación de energía, adaptaciones del entorno y/o actividades, planificación de rutinas, masoterapia, psicoeducación individual y/o familiar, entre otras, buscando de esa forma, la recuperación y/o aumento de la independencia, calidad de vida y, del mismo modo, de la autoeficacia y autoestima personal.

Conclusión

El desempeño de las AIVD en las personas con FM se ve afectado producto de la sintomatología, destacando el dolor, el cansancio y la fatiga como principales limitantes, además de no contar con la existencia de cura, sino tan solo con tratamientos paliativos para el manejo de dicha sintomatología, generando distintos grados de dependencia, al llevar a cabo estas actividades, requiriendo distintos niveles de asistencia, idealmente brindados por un equipo interdisciplinario para satisfacer todas las necesidades de la persona.

A la presente investigación, se propone incorporar un análisis de cuántas personas tienen dentro de su tratamiento la Terapia Ocupacional y cuál ha sido la efectividad de esta, teniendo en consideración la importancia de llevar a cabo este proceso presencial o mejorando los estándares utilizados en la metodología virtual, permitiendo mayor adherencia a la investigación para aumentar la fiabilidad y veracidad de los resultados obtenidos.

Agradecimientos

Agradecimientos a la Universidad Santo Tomás, Sede Viña del Mar y a la Corporación Fibromialgia de Chile. A los profesionales, docentes guías y metodólogos, también a las personas que participaron voluntariamente en nuestra investigación. Por último, agradecer a las creadoras del instrumento de evaluación de Desempeño en las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, por permitirnos utilizar su instrumento en nuestra investigación.

Referencias

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy, 74(Suppl. 2)*. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001

Arredondo, A., Pérez, I. & Santana, O. (2018). La fibromialgia con una visión desde la atención primaria*. Rev Méd Electrón. 40*(5), 1507-1535. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84010&id2=

Arroyo, A. & González, J. (2011). ¿Qué AVD son las más afectadas en pacientes con fibromialgia? Visión de la enfermedad y abordaje integral apoyado en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña) 8*(14). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3751043

Cevallos, L., Valencia, N., & Barros, R. (2017). *Análisis Estadístico Univariado*. Grupo Compás- Universidad de Guayaquil. http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/86/1/LIBRO%20CORRECCIONES.pdf

Del Teso, M., González, J. & Waliño, C. (2013). ¿Es útil la Terapia Ocupacional en las actividades de la vida diaria de personas con fibromialgia? *Revista asturiana de Terapia Ocupacional*, (10), 22-29. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART21146/teso_recio.pdf

Echaiz, C. (2018). *Taller de tesis I. Doctorado en educación ciclo V*. Instituto para la calidad de la educación – USMP. https://www.usmp.edu.pe/iced/instituto/organizacion/contenido-web/de5-taller%20-tesis-I.pdf

Guzmán, S., Muñoz, D., Mendoza, G., Orozco, G., Rodríguez, J., García, I., Orozco, G., & Nava, A. (2018). Fibromialgia. *El Residente, 13(2),* 62-67. https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr182d.pdf

Hernández, K. & Neumann, V. (2016). Análisis de instrumentos para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *Revista chilena de Terapia Ocupacional. 16*(2), 55-62.

Jaque, J., Miranda, J., Pérez, E., Pacheco, S., Plaza, G., Gutiérrez, T., Muñoz, A., Letelier, C., Contador, R. & Tapia, P. (2007). Fibromialgia: Guía Clínica. *Boletín ACHED 47,* 35-38. https://www.revistaeldolor.cl/numero-47/fibromialgia-guia-clinica

Lampert, M. (2019). Fibromialgia: abordaje en Chile y estrategias para la atención. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria.* https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27890/1/BCN__fibromialgia_Chile_FINAL.pdf

Méndez, S., Cuevas, A., & Hernández, R. (s.f.). Manual introductorio al SPSS Statistics Standard Edition 22. https://www.fibao.es/media/uploads/manual_de_spss_universidad_de_celaya.pdf

MINSAL (2016). Orientación Técnica Abordaje de la Fibromialgia. https://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/06/OT-Fibromialgia-2016.pdf

Moyano, S. & Kilstein, J. & de Miguel, C. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatología Clínica*, *11*(4), 210-214. https://www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos-graduados/sebastian-moyano.pdf

Neumann, V., Hernández, K. & Gentoso, P. (2018). Diseño de un instrumento de evaluación de desempeño en actividades de la vida diaria. *Rev. Salud Pública. 20*(5)*, 554-559*. http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n5/0124-0064-rsap-20-05-554.pdf

Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, *35*(1), 227-232. https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf

APROXIMACIÓN AL MODELO DENVER DE ATENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS PEQUEÑOS CON AUTISMO

APPROACH TO THE EARLY START DENVER MODEL FOR YOUNG CHILDREN WITH AUTISM

Fecha recepción: 9 de agosto de 2022 / fecha aceptación: 11 de diciembre de 2022

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num10.38

T.O. Diego Pablo González Lagos

Terapeuta Ocupacional por la Universidad de La Frontera. Máster en Análisis de Conducta Aplicado, Universidad Complutense de Madrid; ESDM Certified Therapist, UC Davis MIND Institute.

Institut Global d'Atenció Integral del Neurodesenvolupament (IGAIN)

Autor de correspondencia: dgonzalez@igain.cat

https://orcid.org/0000-0002-2528-9010

Resumen

El Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM, por sus siglas en inglés) es una intervención naturalista conductual basada en el desarrollo, diseñada para niños pequeños con sospecha o diagnóstico de autismo, de edades comprendidas entre los 12 y los 48 meses de edad. Integra los conocimientos existentes acerca del desarrollo típico del niño con principios de enseñanza conductuales, para facilitar una trayectoria de desarrollo similar en los niños pequeños con Trastornos del Espectro Autista. Enfatiza el disfrute compartido, la reciprocidad y la motivación social dentro de una interacción natural, con altos niveles de seguimiento y sistematización, para así disminuir la severidad de los síntomas del autismo y acelerar el desarrollo en todos los ámbitos de vida. A través de una revisión narrativa de fuentes primarias de las autoras del modelo, y de la evidencia actualizada de la aplicación de la intervención, el presente artículo tiene como objetivo aproximar a las bases, orígenes, principios teóricos, técnicas de enseñanza y estructura de un programa de intervención de ESDM, así como también a la evidencia científica disponible que lo sustenta y lo posiciona como uno de los modelos de intervención más efectivos para la atención temprana de niños pequeños con autismo.

Palabras clave

Modelo Denver de Atención Temprana; atención temprana; autismo

Abstract

The Early Start Denver Model (ESDM) is a naturalistic developmental behavior intervention designed for young children with suspected or diagnosed autism, ages 12 to 48 months. It integrates existing knowledge about typical child development with behavioral teaching principles, to facilitate a similar developmental trajectory in young children with Autism Spectrum Disorders. It emphasizes in shared enjoyment, reciprocity, and social motivation within a natural interaction with high levels of monitoring and systematization, to decrease the severity of autism symptoms and accelerate development in all areas of development. Through a narrative review of primary sources of the authors of the model, together with the review of updated evidence of the application of the intervention, this article aims to approach to the bases, origins, theoretical principles, teaching techniques and structure of an ESDM intervention program, as well as to the available scientific evidence that supports it and ranks it as one of the most effective early intervention models for young children with autism.

Keywords

Early Start Denver Model; early intervention; autism

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) o autismo, es una divergencia del neurodesarrollo, cuyas manifestaciones clínicas son evidentes desde antes del primer año de vida y se encuentran presentes a lo largo de todo el ciclo vital. Los síntomas centrales del TEA se enmarcan en deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, y en patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades (American Psychiatric Association, 2014).

Diferentes estudios reportan alteraciones neurobiológicas en distintas estructuras y redes implicadas en el procesamiento de la información social en niños pequeños con autismo. Dentro de las áreas involucradas, se encuentran el surco temporal superior y giro fusiforme (McPartland & Pelphrey, 2013), amígdala (Avino *et al.*, 2018) y cerebelo (Skefos *et al.*, 2014), además, se evidencian patrones de hiper/hipo conectividad neuronal (Lajiness-O'Neill *et al.*, 2017) y una menor activación de los sistemas neuronales especulares (Vivanti & Rogers, 2014). Dichas alteraciones se encuentran presentes desde antes de primer año de vida, algunas, incluso desde antes del nacimiento.

Marcadores conductuales detectables en el período de 6 a 12 meses de edad en niños que posteriormente han sido diagnosticados con autismo, involucran seis índices de riesgo específicos: (1) examinación visual y fijaciones inusuales; (2) patrones repetitivos inusuales de exploración de objetos; (3) falta de actos comunicativos intencionales; (4) falta de desarrollo fonémico apropiado para la edad; (5) falta de mirada coordinada, afecto y voz en las interacciones social-comunicativas recíprocas; y (6) disminución del contacto visual, interés social y compromiso (Rogers *et al.*, 2014). Tales síntomas parecen indicar que desde antes del primer año de vida el desarrollo social se daría de forma atípica.

En consecuencia, los niños pequeños con autismo tienen menor respuesta ante los estímulos sociales y menor iniciativa en la comunicación, por lo tanto, tendrán menos interacciones sociales durante las horas de vigilia. Al mismo tiempo, puede que estén demasiado pendientes de los objetos y jueguen con ellos de forma repetitiva. Esas experiencias y esos patrones de respuesta diarios esculpen su cerebro, desarrollan expectativas de recompensa, estimulan la formación de redes neuronales cada vez más desarrolladas, fomentadas por acontecimientos relacionados con objetos; en cambio, no desarrollarían redes neuronales o sistemas de atención orientados hacia los acontecimientos sociales (Rogers & Dawson, 2017).

A medida que el día a día de un niño o niña con autismo se vuelve cada vez más distinto del de sus pares de desarrollo típico, las conexiones cerebrales y los patrones de respuesta neuronal, probablemente también divergen, y esto podría ser motivo de que continúen produciéndose las diferencias cerebrales. Estos cambios cerebrales podrían considerarse como reactivos, es decir, que no forman parte de las características neuronales fundamentales del autismo, sino que son secundarios, y estarían asociados a los patrones de vida alterados que acompañan al niño pequeño con TEA, y que, probablemente, se podrían prevenir (Rogers & Dawson, 2017).

El presente artículo tiene como objetivo revisar las bases, orígenes, principios teóricos, técnicas de enseñanza y estructura de un programa de intervención del Modelo Denver de Atención Temprana (ESDM), así como también a la evidencia científica disponible que lo sustenta y lo posiciona como uno de los modelos de intervención más efectivos para la atención temprana de niños pequeños con autismo.

Metodología

Se realiza una revisión narrativa del manual original del Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo (Rogers & Dawson, 2017), para la descripción de los componentes teóricos y didácticos del ESDM.

Para la presentación de la evidencia científica del modelo, se realiza una búsqueda de artículos relacionados, publicados en idioma inglés entre los años 2010 y 2020 en la base de datos PubMed, utilizando los términos de búsqueda: ("*Autism Spectrum Disorder*" OR *Autism* OR *Autistic*) AND ("*Early Start Denver Model*" OR ESDM). La selección se realiza en función de la pertinencia y representatividad de las investigaciones a criterio del autor, incluyendo investigaciones observacionales y experimentales de implementación del ESDM directa, grupal y mediada por padres, con diferentes intensidades en términos de horas semanales de intervención.

Los resultados se presentan de manera descriptiva en relación con los objetivos del artículo.

Resultados

Teoría y práctica basada en ESDM

El ESDM fue diseñado para niños pequeños con autismo, de edades comprendidas entre los 12 y los 48 meses de edad (Rogers & Dawson, 2010). Es una intervención naturalista conductual basada en el desarrollo, que utiliza los conocimientos existentes acerca del desarrollo típico para facilitar una trayectoria similar en los niños pequeños con TEA, en consideración a las diferencias neurobiológicas que existen a la base y al período sensible de plasticidad neuronal en los primeros años de vida.

Desde el ESDM, se considera al autismo como una interrupción del desarrollo que afecta prácticamente a todos sus ámbitos. Esa orientación hacia el desarrollo es lo que subyace a la comprensión de las dificultades del TEA, al currículo que impulsa los objetivos de la intervención y a la amplia gama de técnicas que se utilizan en ella.

El currículo del ESDM está plasmado en la Lista de Verificación del Currículo ESDM. En ella se indican las distintas habilidades específicas, ordenadas siguiendo una secuencia según el nivel de desarrollo, en las distintas áreas: comunicación receptiva, comunicación expresiva, habilidades sociales, imitación, juego, cognición, motricidad fina, motricidad gruesa y autocuidado. Cinco de esas áreas tienen especial consideración dentro del ESDM: imitación, comunicación receptiva y expresiva (se incluye la “atención conjunta”), habilidades sociales (se incluye el “compartir emociones”) y el juego (Rogers & Dawson, 2010).

Los objetivos transversales del ESDM son: integrar a los niños en el círculo social en las horas de vigilia, enseñar los bloques que construyen el aprendizaje social, rellenar rápidamente vacíos en el aprendizaje, reforzar el valor de la recompensa social, aumentar el repertorio de habilidades socio-comunicativas, aumentar ritmo de aprendizaje, y evitar experiencias negativas que condicionen el interés social (Rogers & Dawson, 2017).

Los pasos en los que se estructura el programa de ESDM son los siguientes:

1. evaluación del nivel de habilidades del niño o niña, en todos los ámbitos del desarrollo, mediante la Lista de Verificación del Currículo ESDM;
2. redacción de objetivos de aprendizaje diseñados para ser alcanzados en un período de doce semanas, para cada una de las áreas del desarrollo, explicitando antecedente, conducta esperada, criterios de logro, criterios de generalización, y pasos para la enseñanza;
3. reevaluación y planteamiento de un nuevo conjunto de objetivos de aprendizaje para las siguientes doce semanas.

La enseñanza del ESDM aborda los distintos ámbitos del desarrollo y está integrada dentro de actividades de juego y actividades de la vida diaria, mediante:

(1) rutinas basadas en objetos, donde los materiales proporcionan la temática de juego y, tanto el niño o niña como el adulto, atienden a las acciones realizadas con objetos; y

(2) rutinas sociales sensoriales, donde la atención de los participantes está centrada en el compañero, en vez de en los objetos, y en las que el disfrute mutuo y la interacción dominan el juego (Rogers & Dawson, 2010).

Dentro de las rutinas de actividad (ya sean basadas en objetos o rutinas sociales sensoriales) ESDM integra prácticas y procedimientos didácticos combinados, a partir de modelos de intervención tradicionales, tanto conductuales como basados en el desarrollo, con los siguientes objetivos: el manejo de la atención del niño, la enseñanza de las conductas según formato ABC (*Antecedent, Behavior, Consequence*), el uso de técnicas de enseñanza implícitas en el proceso de instrucción (ayudas gestuales, verbales, modelado, encadenamiento, entre otras), la modulación del estado anímico y del nivel de actividad del niño, el manejo de conductas problemáticas, la calidad de la interacción diádica, optimizar la motivación del niño, uso del estado emocional/afecto positivo, sensibilidad y respuesta positiva a las señales del niño, crear diversas oportunidades de comunicación, utilizar el lenguaje acorde al nivel del niño, la estructura y variación de las actividades conjuntas, y gestionar transiciones entre actividades (Rogers & Dawson, 2017).

Para la intervención, el terapeuta debe convertirse en un compañero de juego y en una fuente de motivación social para el niño o niña con autismo (Rogers & Dawson, 2010). Los juegos y juguetes deben ser más divertidos en compañía del adulto que sin este. Los gestos, las voces, las expresiones faciales, las narraciones, las rutinas, las variaciones, y sensibilidad a las señales del niño por parte del terapeuta, contribuyen a la comodidad, al disfrute compartido y al interés por la interacción social. Teniendo esta base, las rutinas de actividad conjunta, marcadas por la reciprocidad, el disfrute y el control compartido, permiten integran los objetivos de enseñanza de todos los ámbitos del desarrollo.

El terapeuta debe disponer una sala con objetos y materiales que permitan trabajar todos los objetivos de enseñanza y, así también, idear las rutinas de actividad conjunta de tal forma que permitan abordar objetivos de la mayor cantidad de ámbitos del desarrollo, en cada una de ellas. De esta manera, cualquier iniciativa del niño o niña dentro de la sala permitirá enseñar diferentes habilidades objetivo (Rogers & Dawson, 2017).

Así, para un observador cualquiera puede parecer que la intervención solo fluyera de forma natural a partir de la interacción del niño con el adulto, sin embargo, detrás de esos momentos lúdicos, introducidos en el juego, hay un enorme grado de planificación y preparación, puestos en la sesión y en la enseñanza activa.

Además del formato de intervención directa (1:1), existe una forma de intervención grupal: el *Group-Based Early Start Denver Model* (G-ESDM; Vivanti *et al.*, 2017), y también un pograma de entrenamiento a padres o cuidadores: *Parent-Delivered Early Start Denver Model* (P-ESDM) (Rogers, Dawson & Vismara, 2012). Ambas modalidades siguen los principios y lineamientos base del ESDM original y pretenden aumentar la intensidad de intervención y promover la generalización de las habilidades.

Con capacitación y certificación a través de UC Davis MIND Institute o supervisión directa de un Terapeuta Certificado, ESDM puede ser impartido por una variedad de profesionales (terapia ocupacional, psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, educación

diferencial, entre otras), en centros de atención o en los propios hogares de los niños y sus familias (UC Davis MIND Institute, 2019).

Evidencia que sustenta la intervención basada en ESDM

El último reporte de prácticas basadas en la evidencia para niños, jóvenes y adultos jóvenes con autismo, muestra que las técnicas de enseñanza conductuales y las intervenciones naturalistas son las más respaldadas empíricamente (Steinbrenner *et al.*, 2020), sustentando los principios teóricos y prácticos del Modelo.

ESDM fue validado inicialmente como una intervención intensiva 1:1, realizado en el hogar y con 20 horas o más por semana, mostrando efectividad para aumentar las capacidades cognitivas y lingüísticas de los niños (además de la interacción social y la iniciativa), para disminuir la severidad de los síntomas del TEA y mejorar la conducta y las habilidades adaptativas en general (Dawson *et al.*, 2010).

Posteriormente, se han desarrollado investigaciones sobre los resultados de intervenciones de ESDM de baja intensidad. En Taiwán, niños que recibieron intervención de ESDM por 8 horas semanales dentro del Sistema Público de Salud, mostraron mejoras significativas en el lenguaje y el funcionamiento cognitivo general, y redujeron la gravedad de los síntomas en la comunicación y el juego (Lin *et al.*, 2020). En Austria, niños que recibieron intervención de ESDM por 4,6 horas semanales en un entorno comunitario, mostraron una tendencia hacia un mejor lenguaje receptivo y una reducción en los síntomas centrales del autismo informados por los padres con relación al grupo de control (Holzinger *et al.*, 2019). En Italia, niños que recibieron intervención de ESDM por 3 horas semanales dentro del Sistema Público de Salud, mostraron mejoras significativas en los dominios cognitivos y del lenguaje (Devescovi *et al.*, 2016).

Sumado a lo anterior, estudios sobre el P-ESDM han reportado mayor adquisición, por parte de los padres, en habilidades de interacción, mayores avances en el desarrollo y reducción de los síntomas centrales del autismo en los niños, y disminución en el estrés parental (Rogers *et al.*, 2012; Estes *et al.*, 2013; Rogers *et al.*, 2019; Abouzeid *et al*., 2020).

Discusión

Los niños que reciben intervención temprana basada en ESDM pueden mejorar, sustancialmente, en las diferentes áreas de desarrollo y en la severidad de los síntomas del autismo con el tiempo. Por su esencia naturalista, el uso del juego y las actividades cotidianas como medio terapéutico, la intervención de ESDM es totalmente compatible con el marco conceptual y práctico de Terapia Ocupacional.

ESDM contiene un enfoque manualizado y basado en evidencia que evalúa a los niños con frecuencia, enseña las necesidades de desarrollo y conducta en todos los dominios, y es implementado consistentemente con fidelidad a través de múltiples entornos. Dichas características son cruciales en cualquier método de intervención que pretende ser efectivo y son las que subyacen los resultados positivos evidenciados en la literatura.

Un cuerpo teórico, razonamiento clínico y técnicas de intervención basadas en la evidencia científica son las únicas formas de garantizar la calidad y efectividad en las intervenciones. La implementación de prácticas fundadas en la evidencia, resulta un deber ético y moral del profesional interviniente, con la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

Conclusión

Este artículo proporciona una aproximación a las bases teóricas y didácticas de la intervención basada en ESDM, junto con la evidencia científica que la subyace, facilitando el acceso a la información y orientando la práctica clínica en la intervención temprana de niños pequeños con autismo, hacia una práctica basada en evidencia.

Referencias

Abouzeid, N., Rivard, M., Mello, C., Mestari, Z., Boulé, M., & Guay, C. (2020). Parent coaching intervention program based on the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: Feasibility and acceptability study. *Research in Developmental Disabilities, 105*, 1-13. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103747

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5 ed.). Médica Panamericana.

Avino, T. A., Barger, N., Vargas, M. V., Carlson, E. L., Amaral, D. G., Baumann, M. D., & Schumann, C. D. (2018). Neuron numbers increase in the human amygdala from birth to adulthood, but not in autism. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 115*(14), 3710-3715. https://doi.org/10.1073/pnas.1801912115

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics, 125*(1), 17-23. https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958

Devescovi, R., Monasta, L., Mancini, A., Bin, M., Vellante, V., Carrozi, M., & Colombi, C. (2016). Early diagnosis and Early Start Denver Model intervention in autism spectrum disorders delivered in an Italian Public Health System service. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 1379-1384. https://doi.org/10.2147/ndt.s106850

Estes, A., Vismara, L., Mercado, C., Fitzpatrick, A., Elder, L., Greenson, J., Lord, C., Munson, J., Winter, J., Young, G., Dawson, S., & Rogers, S. (2013). The Impact of Parent-Delivered Intervention on Parents of Very Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(2), 353-365. https://doi.org/10.1007/s10803-013-1874-z

Holzinger, D., Laister, D., Vivanti, G., Barbaresi, W. J., & Fellinger, J. (2019). Feasibility and Outcomes of the Early Start Denver Model Implemented with Low Intensity in a Community Setting in Austria. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 40*(5), 354-363. https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000675

Lajiness-O'Neill, R., Brennan, J. R., Moran, J. E., Richard, A. E., Flores, A. M., Swick, C., Goodcase, R., Andersen, T., McFarlane, K., Rusiniak, K., Kovelman, I., Wagley, N., Ugolini, M., Albright, J., & Bowyer, S. M. (2017). Patterns of altered neural synchrony in the default mode network in autism spectrum disorder revealed with magnetoencephalography (MEG): Relationship to clinical symptomatology. *Autism Research, 11*(9), 434-449. https://doi.org/10.1002/aur.1908

Lin, T.-L., Chiang, C.-H., Ho, S. Y., Wu, H.-C., & Wong, C.-C. (2020). Preliminary clinical outcomes of a short-term low-intensity Early Start Denver Model implemented in the Taiwanese public health system. *Autism, 24*(5), 1300–1306. https://doi.org/10.1177/1362361319897179

McPartland, J. C., & Pelphrey, K. A. (2013). The implications of social neuroscience for social disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(6), 1256-1262. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1514-z

Rogers, S., & Dawson, G. (2010). *The Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engangement.* Guilford Press.

Rogers, S., & Dawson, G. (2017). *Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo: Estimulación del lenguaje, el aprendizaje y la motivación social.* Autismo Ávila.

Rogers, S., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., Guo, M., & Dawson, G. (2012). Effects of a Brief Early Start Denver Model (ESDM)–Based Parent Intervention on Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(10), 1052-1065. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.003

Rogers, S., Estes, A., Vismara, L., Munson, J., Zierhut, C., Greenson, J., Dawson, G., Rocha, M., Sugar, C., Senturk, D., Whelan, F., & Talbott, M. (2019). Enhancing Low-Intensity Coaching in Parent Implemented Early Start Denver Model Intervention for Early Autism: A Randomized Comparison Treatment Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(2), 632-646. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3740-5

Rogers, S. J., Vismara, L., Wagner, A. L., McCormick, C., Young, G., & Ozonoff, S. (2014). Autism treatment in the first year of life: A pilot study of Infant Start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(12), 2981-2995. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2202-y

Skefos, J., Cummings, C., Enzer, K., Holiday, J., Weed, K., Levy, E., Yuce, T., Kemper, T., & Bauman, M. (2014). Regional alterations in Purkinje cell density in patients with autism. *PLoS ONE, 9*(2), e81255. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081255

Steinbrenner, J., Hume, K., Odom, S., Morin, K., Nowell, S., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N., Yücesoy-Özkan, S., & Savage, M. (2020). *Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism.* The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team.

UC Davis MIND Institute. (30 de Julio de 2019). *Policy Statement - Using the ESDM in Community Settings.* https://www.esdm.co/

Vivanti, G., Duncan, E., Dawson, G., & Rogers, S. J. (2017). *Implementing the Group-Based Early Start Denver Model for Preschoolers with Autism.* Springer International Publishing.

Vivanti, G., & Rogers, S. (2014). Autism and the mirror neuron system: insights from learning and teaching. *Philosophical transactions of the Royal Society B, 369*(1644), 20130184. https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0184

FIJANDO LA MIRADA EN UNA TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA, EN LA OCUPACIÓN Y EN LAS NECESIDADES FAMILIARES EN INFANCIA

Focusing on evidence-based, occupation-focused, and family-based Occupational therapy in childhood

Fecha recepción: 22 de agosto de 2022 / fecha aceptación: 1 de diciembre de 2022

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num10.39

T.O. Sabina Barrios Fernández
Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura.
Avenida de la Universidad s/n. CP: 10003, Cáceres, España.
Autor de correspondencia: sabinabarrios@unex.es
https://orcid.org/0000-0001-7128-5451

Resumen

Los y las terapeutas ocupacionales debemos reflexionar constantemente sobre si estamos utilizando las mejores prácticas con nuestros clientes, reflexionando y siendo críticos con respecto a si, realmente, estamos acompañando a los niños y niñas y a sus familias para que logren "ser, hacer y llegar a hacer". Nuestra misión es facilitarles el camino para conseguir la vida que realmente quieren tener y que les haga felices. De esta forma, me gustaría que los compañeros y compañeras que nos desempeñamos (o hemos desempeñado) en infancia, hiciéramos ciertas reflexiones y/o cuestionamientos.

Palabras clave

Práctica basada en evidencia; reflexión crítica; decisiones colaborativas; empoderamiento; inclusión

Abstract

Occupational therapists, both male and female, must constantly reflect on whether we are utilizing the best practices with our clients. We need to critically examine whether we are truly supporting children and their families in achieving their full potential. Our mission is to facilitate their journey towards the life they genuinely desire and that brings them happiness. In this regard, I would like my colleagues who work or have worked with children to engage in certain reflections and/or questioning

Keywords

Evidence-based practice; critical reflection; collaborative decision-making; empowerment; inclusion

¿Estamos seguros de que las intervenciones seleccionadas son las mejores, tras examinar las evidencias científicas disponibles, teniendo en cuenta la formación del profesional y las circunstancias y características del niño/a y su familia?

La respuesta a esta pregunta estaría ligada a la promoción de una Terapia Ocupacional basada en la evidencia o TOBE (Salls et al., 2009). En infancia hay abordajes que siguen siendo utilizados por los terapeutas ocupacionales, pese a que la evidencia actual no los respalde. Valga como ejemplo la Terapia del Neurodesarrollo o Concepto Bobath, entre otros (Novak *et al*., 2020; Novak & Honan, 2019; te Velde *et al*., 2022)but the rate is falling, and severity is lessening. We conducted a systematic overview of best available evidence (2012-2019. Entonces, ¿por qué los seguimos utilizando?, ¿porque siguen "estando de moda"?, ¿porque en "mi clínica" me obligan a usarlo?, ¿porque es lo que vi en el centro en el que estuve de prácticas?, ¿porque es "lo que otros hacen"?, ¿por qué es lo que "nos han contado" en la universidad? Seamos críticos y recordemos que nuestro Código Ético nos exhorta a continuar formándonos para ofrecer las mejores intervenciones a nuestros clientes (Principio de Beneficencia), y que debemos mantener una actitud constante de cuestionamiento de nuestras prácticas, reflexionando sobre cuáles pueden ser más beneficiosas para nuestros clientes, pero sin decidir por ellos. En esta línea, conviene recordar que no debemos ser sólo meros lectores de ciencia, sino comprometernos con la publicación científica para poder crecer como profesión, lo cual, indudablemente, redundará en beneficio de nuestros clientes (Moran *et al*., 2022). También debemos dar un paso al frente en la divulgación de los hallazgos científicos, facilitando la trasferencia a la sociedad para continuar nuestro avance, ocupando espacios sanitarios, educativos y sociales.

¿Estamos situando nuestra herramienta más potente, la ocupación, en un lugar privilegiado de nuestro quehacer?

Una cuestión no menor es la de ser críticos con nosotros y nosotras mismos, con referencia a sí estamos situando la ocupación, nuestra principal herramienta, en el foco de nuestras intervenciones. El hacer nos ayuda a definir nuestro rol en la sociedad, a

construir nuestra Identidad Ocupacional, a mejorar nuestra salud, bienestar, calidad de vida y felicidad, y ayuda a las personas a vivir la vida que quieren, de la mejor forma posible. Un hacer que debe ser trazado por los propios clientes, no desde las lentes de un "despotismo ocupacional" o desde una posición en la que nosotros y nosotras decidamos lo que es mejor para los y las clientes. La Terapia Ocupacional que utiliza la actividad como medio, es lícita (siempre que aseguremos la trasferencia y generalización de los aprendizajes a la vida diaria), pero el elemento diferenciador de la profesión es aquel que sitúa la ocupación como fin, aquel que nos vio nacer en tiempos convulsos, como los que vivimos actualmente. De hecho, parece que algo que pueda parecer tan evidente como es recordar y reivindicar que somos terapeutas OCUPACIONALES, y no terapeutas del método "x" ni de "neuro-cosas", vuelva a situar a la profesión en encrucijadas que, quizá, ya deberían haber sido superadas.

Al hilo de lo anterior, en ocasiones parece que los terapeutas ocupacionales en infancia nos perpetuamos en una relación vertical con el niño o niña. Un ejemplo para ilustrar esta idea es cuando en los medios sociales se muestran materiales o juguetes que van a ser utilizados en las intervenciones. Obviamente, el objetivo es compartir ideas entre la comunidad, algo totalmente lícito. Pero antes de presentar ese material al niño/a, ¿nos paramos a pensar si esta actividad que estoy articulando es beneficiosa para él/ella o lo que reamente estamos satisfaciendo es mi propia necesidad de que al niño/a le guste ese juguete o material? Insisto, en ocasiones se plantean desafíos tanto a la familia como a los y las terapeutas ocupacionales, a la hora de encontrar intereses compartidos junto con los niños y niñas a los que acompañamos, pero parece que hacernos preguntas como las siguientes podría ser pertinente: ¿qué tan importante es esto que estoy haciendo para el/la niño/a?, ¿cómo impacta en su día y día y en sus ocupaciones, participación, inclusión y derechos?, ¿estoy perpetuando relaciones de poder?

¿Estamos programando los objetivos y las intervenciones conjuntamente con las familias?

La propia idiosincrasia de la disciplina de Terapia Ocupacional sitúa al cliente y a las personas que le acompañan en su vida, en el centro de proceso de intervención… o así debería ser. Desde la humildad cultural, el respeto mutuo, las relaciones horizontales, siendo críticos con nuestras prácticas y teniendo en cuenta que, aunque nosotros seamos los especialistas en Terapia Ocupacional, las familias son las especialistas en sus hijos e hijas y deben ser los artífices de sus vidas. Debemos tener siempre en mente que es con ellos con quienes comparten lazos, ocupaciones, espacios y proyectos de vida, y por lo tanto, debemos darles herramientas y empoderarles para que puedan co-ocuparse de forma satisfactoria, tal y como ellos deseen (Barrios-Fernandez, 2022).

Turno de los lectores

Así... ¿Podríamos afirmar, con rotundidad y seguridad, que nuestras prácticas están basadas en la Evidencia, que la ocupación forma parte nuclear de nuestras intervenciones, que estamos teniendo en cuenta en todo momento las características y necesidades de los niños y niñas y de sus familias, y proporcionándoles las herramientas que necesitan para construir o dirigir sus proyectos de vida, empoderando su participación social y apoyándoles para lograr su plena inclusión desde una perspectiva de derechos?

Desde España, deseando leeros, compañeros y compañeras.

Referencias

Barrios-Fernandez, S. (2022). Overcoming the barriers towards a family-based occupational therapy: A call to action. *British Journal of Occupational Therapy*, 030802262211250. https://doi.org/10.1177/03080226221125076

Moran, J. M., Mendoza-Holgado, C., & Barrios-Fernandez, S. (2022). «Por las razones adecuadas»: Producción y competencias científicas en la investigación en Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, *21*(1), 105-111. https://doi.org/10.5354/0719-5346.2022.65080

Novak, I., & Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, *66*(3), 258-273. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573

Novak, I., Morgan, C., Fahey, M., Finch-Edmondson, M., Galea, C., Hines, A., Langdon, K., Namara, M. M., Paton, M. C., Popat, H., Shore, B., Khamis, A., Stanton, E., Finemore, O. P., Tricks, A., te Velde, A., Dark, L., Morton, N., & Badawi, N. (2020). State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, *20*(2), 3. https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z

Salls, J., Dolhi, C., Silverman, L., & Hansen, M. (2009). The Use of Evidence-Based Practice by Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, *23*(2), 134-145. https://doi.org/10.1080/07380570902773305

te Velde, A., Morgan, C., Finch-Edmondson, M., McNamara, L., McNamara, M., Paton, M. C. B., Stanton, E., Webb, A., Badawi, N., & Novak, I. (2022). Neurodevelopmental Therapy for Cerebral Palsy: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *149*(6), e2021055061. https://doi.org/10.1542/peds.2021-055061

Normas de Publicación de Revista ContexTO

Revista ContexTO realiza una invitación anual abierta a terapeutas ocupacionales chilenos y extranjeros a publicar la sistematización de sus prácticas, referidas a temas específicos, a fin de que sea considerada para su publicación.

El Comité Editorial resolverá acerca de su publicación, reservándose el derecho de solicitar modificaciones al autor o de rechazar la publicación. El material enviado no será devuelto.

I. Los trabajos deben ser inéditos, salvo excepciones calificadas por el Comité Editorial. La responsabilidad por sus contenidos corresponderá al autor.

II. Serán publicadas únicamente sistematizaciones originadas en el campo de acción de su autor.

III. Deberá protegerse el anonimato de pacientes/usuarios cuyos casos sean presentados. En cuanto al uso de fotografías que expongan la identidad de las personas involucradas, estas deberán contar con el debido consentimiento informado.

IV. Los trabajos debe presentarse en formato tamaño carta, con letra *Calibrí*, tamaño 12, espaciado simple. En total no debe exceder las 12 páginas.

V. La estructura del trabajo será la siguiente:

a. A modo de Título; el nombre del trabajo. Debe informar sobre el contenido central de la publicación. Debe presentarse en castellano e inglés.

b. El nombre completo del o la autora, seguido por una breve reseña de su trayectoria profesional y académica (títulos, postgrados, especializaciones, cargos institucionales, etc). Acompañar de correo electrónico. No debe exceder de 7 líneas.

c. A continuación se presentará un resumen en castellano e inglés (abstract), de no más de 250 palabras cada uno. Éste deberá describir los propósitos del trabajo, sus principales resultados y conclusiones más relevantes. No debe contener abreviaturas no estandarizadas.

d. Cada resumen debe finalizar con tres a cinco palabras clave, en castellano e inglés (keywords) respectivamente.

e. A continuación se presentará el contexto en el que la experiencia se desarrolla (ubicación geográfica, tipo de población beneficiaria, programas y servicios ofrecidos, tipo y carácter de la institución, su misión y valores, datos estadísticos relevantes, etc.).

f. Se seguirá con un acápite que detalla el Experiencia de Terapia Ocupacional que se presenta, que deberá contener -como mínimo-los contenidos siguientes:

- **Problemática inicial – Punto de partida de la experiencia de Terapia Ocupacional**: se describe la problemática abordada por el autor durante su experiencia, ésta puede incorporar las necesidades de contratación de un Terapeuta Ocupacional o bien la historia de la terapia ocupacional en esa institución, los factores ambientales que hacen desafiante la práctica en ese contexto, las problemáticas y complejidades específicas de los usuarios.

- **Elementos teóricos**: se describen los fundamentos, marco conceptual, modelos, y/o teorías que orientaron la práctica durante esta experiencia o bien los que guían el programa de acción.

- **Descripción de la Experiencia de Terapia Ocupacional**: Descripción de los **Objetivos** del programa o acción de Terapia Ocupacional, los **Métodos, instrumentos y procedimientos de evaluación** utilizados, las Acciones de Terapia Ocupacional, incluyendo **modalidades de intervención**, herramientas, métodos, procedimientos y estrategias de intervención utilizados

g. Opcionalmente, se presentará a continuación un **Estudio de Caso**, a modo de ejemplificación del programa o acción presentado.

h. En el capítulo **Resultados e Impactos** se deberá mostrar, el resultado de la experiencia de Terapia Ocupacional. Si es posible, hacerlo de manera objetiva, incorporando datos u otra información expuesta en tablas, gráficos o figuras. También es posible incorporar a los resultados de la propia experiencia, los logros y cambios conseguidos, mejoras en los equipos de trabajo u otros indicadores u hallazgos no esperados. Es deseable también que se incorporen relatos de usuarios, familiares u otros actores del contexto.

i. La parte final; **Reflexiones y Desafíos para la Terapia Ocupacional** debe destacar la importancia de resultados y hallazgos para la disciplina, las proyecciones del tema, las preguntas que quedan planteadas, las conclusiones que el autor propone, los alcances y limitaciones del programa o acción, alcances éticos, de salud pública, etc.

j. Las **referencias bibliográficas** deben limitarse a las citadas en el texto. Se presentarán en formato internacional APA. La rigurosidad de las citas será responsabilidad del autor.

VI. Las tablas y gráficos deben acompañarse de un título claro y si es necesario, de una leyenda explicativa. Usar sólo color blanco y negro.

VII. Las fotografías e imágenes deben acompañarse de un título claro y si es necesario, de una leyenda explicativa.

VIII. Fotografías e imágenes deben acompañarse del debido *Consentimiento Informado* y además proteger la identidad e información personal de las personas que aparecen en la publicación.

IX. Todo material recibido para su publicación será aprobado sólo si cumple con las exigencias descritas.

X. Una vez aprobado o rechazado, será comunicado al autor. Si se acepta para su publicación pasa a ser material de propiedad de Revista ContexTO.

XI. El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de realizar modificaciones menores al trabajo, que no afecten sus contenidos sustanciales.

XII. Los trabajos se deben enviar a las Editoras de la Revista ContexTO, T.O. Verónica Angulo vangulod@ucentral.cl y T.O. Alicia Valdés Rojas a: mvaldesr@ucentral.cl