

*Carmen Gloria de las Heras de Pablo*



# Modelo de Ocupación Humana

  
EDITORIAL  
SÍNTESIS

# Modelo de Ocupación Humana

PROYECTO EDITORIAL  
TERAPIA OCUPACIONAL

*Serie*  
GUÍA PRÁCTICA

Coordinador:  
Pedro Moruno Miralles



**Q**ueda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# Modelo de Ocupación Humana

**Carmen Gloria de las Heras de Pablo**



Consulte nuestra página web: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Imagen de cubierta: Claudia Bitrán

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Carmen Gloria de las Heras de Pablo

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono 91 593 20 98  
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-907767-2-8



# Índice

## *Introducción*

### PARTE I INTEGRACIÓN DE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)

#### *Desarrollo de integración de la teoría y la práctica del MOHO*

- 1.1. Relación del MOHO con el paradigma de la Terapia Ocupacional en la historia
  - 1.1.1. Relación con el preparadigma de la ocupación
  - 1.1.2. Relación con los postulados de Mary Reilly
  - 1.1.3. Relación con el paradigma actual de la ocupación
- 1.2. El MOHO como modelo conceptual de la práctica en Terapia Ocupacional
- 1.3. El MOHO en evolución (1975-2014)
  - 1.3.1. Primera edición del libro MOHO y acontecimientos posteriores
  - 1.3.2. La década de 1985-1995. Revolución de iniciativas en la integración de la teoría y la práctica
  - 1.3.3. Integración de la teoría y la práctica en el proceso de intervención
- 1.4. Comprensión actual de la integración recíproca de la teoría y la práctica
  - 1.4.1. Dinámica de los procesos de participación y cambio ocupacional
  - 1.4.2. Las etapas de cambio ocupacional y su continuo proceso de exploración, competencia y logro
  - 1.4.3. Dimensiones del hacer y el continuo de exploración, competencia y logro en las realidades únicas personales
  - 1.4.4. Importancia de la relación dialéctica entre la persona y su

ambiente: impacto mutuo

## PARTE II

### PROCESO DE EVALUACIÓN: VARIABLES ESPECÍFICAS PARA EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN

#### *Premisas y etapas del proceso*

- 2.1. Premisas del proceso de evaluación
- 2.2. Etapas del proceso de evaluación: procedimientos consecutivos que aseguran eficiencia y eficacia
  - 2.2.1. Primera etapa: evaluación integral inicial
  - 2.2.2. Segunda etapa: evaluación específica
  - 2.2.3. Tercera etapa: integración de resultados de evaluación integral y específica. Planteamiento de objetivos
  - 2.2.4. Cuarta etapa: reevaluación constante

Preguntas frecuentes

Ejercicio recomendado

#### *Métodos de evaluación*

- 3.1. Generalidades de los métodos de evaluación
  - 3.1.1. Métodos de evaluación no estructurados
  - 3.1.2. Métodos de evaluación estructurados
- 3.2. Descripción general de los instrumentos de evaluación del MOHO
- 3.3. Selección de métodos de evaluación
  - 3.3.1. Selección basada en comprensión preliminar de las necesidades ocupacionales y ambientales de la persona o grupo
  - 3.3.2. Priorización en la selección de métodos de evaluación

#### *Especificidades de aplicación de los instrumentos de evaluación del MOHO*

- 4.1. Instrumentos de evaluación de entrevistas y puntos clave de su aplicación
- 4.2. Instrumentos de autoevaluación y puntos clave de su aplicación
- 4.3. Instrumentos de evaluación observacionales y puntos clave para su

aplicación

- 4.3.1. Aspectos críticos para la utilización de la evaluación de las habilidades motoras y de procesamiento (AMPS) como guía de observación
- 4.3.2. Aspectos críticos para la aplicación de la evaluación de habilidades de comunicación e interacción (ACIS)
- 4.3.3. Aspectos críticos para la aplicación del cuestionario volitivo (VQ) y el cuestionario volitivo pediátrico (PVQ)

Preguntas frecuentes

Ejercicio recomendado

### ***Comunicación de los resultados de la evaluación: integración del razonamiento terapéutico***

- 5.1. Introducción a la comunicación de la información
- 5.2. Comunicación escrita
  - 5.2.1. Contenido del informe y razonamiento terapéutico
  - 5.2.2. Organización de la información
  - 5.2.3. Flexibilidad de la organización y contenido del informe
  - 5.2.4. Planteamiento de objetivos y su priorización
  - 5.2.5. Tipos de informe escrito
- 5.3. Comunicación verbal
- 5.4. Impacto de la comunicación de los resultados de evaluación

Ejercicios recomendados

## PARTE III

### PROCESO DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA

#### ***Principios de intervención***

- 6.1. Principios del Modelo de Ocupación Humana y sus implicaciones para la práctica rigurosa
- 6.2. Participación activa de la persona en su proceso de cambio
- 6.3. El uso terapéutico del yo: reflejo de los principios básicos del MOHO

Preguntas frecuentes

Ejercicio recomendado

## ***Metodología de intervención***

- 7.1. Consideraciones del proceso de intervención y la metodología de intervención
  - 7.2. Tipos de intervención
    - 7.2.1. Participación en ocupaciones significativas. ¿Qué es lo que realmente significa?
    - 7.2.2. Facilitación de la exploración
    - 7.2.3. Asesoría individual y grupal con el MOHO
    - 7.2.4. Grupos educacionales de ayuda mutua
    - 7.2.5. Grupos de ayuda mutua
    - 7.2.6. Las personas como monitores guías
    - 7.2.7. Enseñanza directa de habilidades con el MOHO
    - 7.2.8. Proceso de integración a roles ocupacionales diversos y cambio en hábitos
    - 7.2.9. Educación ambiental
    - 7.2.10. Manejo ambiental
  - 7.3. Proceso de remotivación: generalidades
- Preguntas frecuentes  
Ejercicio recomendado

## PARTE IV

### APLICACIÓN DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

## ***Promoción de la salud: contextualización de la práctica con el MOHO***

- 8.1. Promoción de la salud y el MOHO
  - 8.2. Intervención con personas o población de diversas necesidades ocupacionales
    - 8.2.1. Población con inquietudes ocupacionales
    - 8.2.2. Población en riesgo de problemas de adaptación ocupacional
    - 8.2.3. Población con problemas de adaptación ocupacional debidos principalmente a factores ambientales
    - 8.2.4. Población con problemas de adaptación ocupacional debidos a factores personales y ambientales
- Preguntas frecuentes  
Ejercicio recomendado

## ***Proceso de integración***

- 9.1. Diferencias entre conceptos: inserción, integración e inclusión
- 9.2. Proceso de integración con el MOHO
- 9.3. Elementos críticos a considerar en el proceso de integración con el MOHO
- 9.4. Integración e institucionalización: procesos opuestos
- 9.5. Estigma y su impacto en el proceso de integración
  - 9.5.1. Su significado
  - 9.5.2. ¿Quiénes son sus protagonistas?
  - 9.5.3. Reflexiones sobre la práctica de Terapia Ocupacional
  - 9.5.4. ¿Cómo abordar el estigma y revertir el proceso de institucionalización en uno de integración con el Modelo de Ocupación Humana?

Ejercicios recomendados

## ***Intervención comunitaria***

- 10.1. Visión del MOHO sobre la intervención comunitaria
- 10.2. Integración del Modelo de Ocupación Humana con otros propios de la profesión y de conocimientos relacionados
- 10.3. Aportes del Modelo de Ocupación Humana a la Justicia Ocupacional y Social
- 10.4. Intervención en contextos comunitarios con el Modelo de la Ocupación Humana
  - 10.4.1. Contextos educacionales y laborales
  - 10.4.2. Contexto de vecindario: la calle
  - 10.4.3. Contextos residenciales
  - 10.4.4. Contextos abiertos de recreación y participación social

Preguntas frecuentes

Ejercicios recomendados

## **PARTE V DESARROLLO DE PROGRAMAS**

### ***Implicaciones para el terapeuta ocupacional del desarrollo de programas con el MOHO***

- 11.1. En relación con el número de terapeutas para su implementación
- 11.2. En relación con los criterios de inclusión

- 11.3. En relación con los recursos físicos necesarios
  - 11.4. En relación con su interacción con las personas
  - 11.5. En relación con las culturas predominantes en los contextos de práctica profesional
- Preguntas frecuentes

### ***Etapas del desarrollo de programas con el Modelo de Ocupación Humana***

- 12.1. Evaluación de necesidades ocupacionales del grupo: aspectos personales y ambientales
- 12.2. Métodos de evaluación de necesidades: obtención y registro de información
- 12.3. Planificación del programa
- 12.4. Diseño y organización del programa
- 12.5. Implementación y evaluación del programa
- 12.6. Dinámica de un programa basado en el MOHO
  - 12.6.1. Implementación de instancias ocupacionales: espacios de participación ocupacional diversos en su naturaleza
  - 12.6.2. Propiedades de las instancias ocupacionales
  - 12.6.3. Dimensiones de participación consideradas
  - 12.6.4. Dinámica de la participación en instancias ocupacionales

### ***Expectativas de desarrollo de programas en distintos contextos***

- 13.1. Institución: corta estancia (10 a 15 días)
- 13.2. Institución: media estancia (30-60 días)
- 13.3. Institución: larga estancia (6 meses y más)
- 13.4. Centros comunitarios
- 13.5. Intervención comunitaria

### ***Ejemplos de programas en Hispanoamérica***

- 14.1. Centro comunitario de rehabilitación física (Lérida, España)
- 14.2. Programa de terapia ocupacional en un centro comunitario de salud mental (Santiago de Chile)
- 14.3. Un lugar para el desarrollo de los niños y sus familias: Uutchi Desarrollo Infantil (País Vasco, España)
- 14.4. Centro de día para el adulto mayor (Madrid, España)
- 14.5. Rumbos: Centro de Integración Comunitaria (Santa Fe, Argentina)

## *Bibliografia*

# *Introducción*

El objetivo principal de este libro es compartir con terapeutas ocupacionales y estudiantes de Terapia Ocupacional la sistematización de la integración de la teoría y práctica del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) de la que he sido parte durante 30 años con la intención de hacer de este modelo uno mejor para facilitar una vida ocupacional digna y satisfactoria en las personas.

Los contenidos de este libro se han elaborado sobre la base de la maduración de la evidencia generada desde la práctica e integrada en el desarrollo de la teoría del MOHO tras un continuo trabajo, estudio e investigación y una constante reflexión crítica. Las experiencias de intercambio de ideas e iniciativas con las personas a quienes brindo mis servicios, con Gary Kielhofner y con los terapeutas ocupacionales con que compartimos el mismo propósito, han sido primordiales en este proceso, constituyéndose en mi fuente de inspiración y crecimiento como persona y como profesional.

Este libro está diseñado para ser utilizado en conjunto con las últimas versiones del libro del Modelo de Ocupación Humana que han sido traducidas al español (Kielhofner, 2004, 2011), con el paquete de instrumentos de evaluación del MOHO y sus manuales traducidos al español y con los diversos recursos que han sido actualizados. Estos y otros recursos complementarios a este libro se encuentran disponibles en la página web del MOHO en español y en la página web de la Clearinghouse del MOHO. De esta manera, se invita al lector a participar de un proceso de aprendizaje dinámico, interactivo y reflexivo.

La primera parte, “Integración de la Teoría y Práctica del Modelo de Ocupación Humana”, se desarrolla en el [capítulo 1](#), que tiene por objetivo compartir las raíces del MOHO y su proceso de cambio a través de los años y de la evolución paradigmática de la profesión, enfatizando en la integración de su teoría con la práctica. Este capítulo comparte además contenidos actualizados y conceptualizaciones adicionales fundamentales que impactan favorablemente en la eficiencia y eficacia de la práctica centrada en las personas.

La segunda parte de este libro, “Proceso de evaluación: variables específicas para el éxito de la intervención”, consta de cinco capítulos que profundizan en los procedimientos para llevar a cabo el proceso de evaluación en diferentes contextos de la práctica. El [capítulo 2](#) incluye la identificación y fundamentación de las premisas básicas y etapas consecutivas de este proceso ejemplificándolas con la implementación en la

práctica. El [capítulo 3](#) describe los métodos de evaluación y la integración en la práctica de su selección y combinación en distintas situaciones. En el [capítulo 4](#) se comparten aspectos clave que se han de considerar en la administración de los distintos tipos de instrumentos de evaluación, y en el [capítulo 5](#), los elementos críticos y sugerencias prácticas para lograr una efectiva socialización de la información con distintos grupos sociales, ya sea en forma escrita u oral.

La tercera parte de este libro, “Proceso de intervención individual y colectivo”, la constituyen dos capítulos. El [capítulo 6](#) integra un análisis de los principios representativos de intervención con las acciones que los reflejan en la práctica y un análisis relacionado de conceptos integrados que guían las estrategias de intervención del MOHO y las expectativas de participación activa de las personas en su proceso de cambio. El [capítulo 7](#) identifica y describe los procedimientos y protocolos de intervención del MOHO con sus fundamentos respectivos.

La cuarta parte de este libro, “Aplicación del Modelo de Ocupación Humana”, consta de 3 capítulos. El [capítulo 8](#) conceptualiza y ejemplifica la promoción de la salud con cuatro grupos de personas que presentan diferentes necesidades ocupacionales y los métodos de evaluación e intervención del MOHO que han sido más útiles con cada uno de ellos. El [capítulo 9](#) conceptualiza y explica el proceso de integración en contextos ocupacionales relevantes, los aspectos críticos de la intervención progresiva con la persona y con los grupos sociales involucrados, mostrando la diferenciación con otros enfoques y procesos. El [capítulo 10](#) especifica la utilización del MOHO en la intervención comunitaria, sus aportes e integración con otros enfoques y modelos utilizados y las acciones del terapeuta ocupacional en el trabajo directo en contextos ocupacionales comunitarios.

La quinta y última parte de este libro, “Desarrollo de programas”, está conformada por 4 capítulos. En el [capítulo 11](#) se discute sobre las implicaciones centrales en los terapeutas del desarrollo de programas con el MOHO relacionándolas con los principios y objetivos clave del proceso de intervención. El [capítulo 12](#) especifica y describe los procedimientos de las etapas consecutivas del desarrollo de programas con este modelo, conceptualizando y especificando aspectos clave y la dinámica necesaria que se ha de generar para favorecer la fluidez del proceso de cambio del colectivo y de cada persona que lo conforma. El [capítulo 13](#) aborda las expectativas de desarrollo de programas en distintos contextos de la práctica de terapia ocupacional orientando al lector en posibilidades concretas del proceso de evaluación e intervención que estos contextos permiten y que el profesional puede implementar e innovar de acuerdo con la evaluación de necesidades ocupacionales. Finalmente, el [capítulo 14](#) hace un cierre de este libro presentando cinco programas desarrollados en Hispanoamérica con colectivos de diversas edades, culturas y realidades ocupacionales. Cada uno de estos programas aporta y ejemplifica aspectos fundamentales discutidos en los capítulos de este libro y los procesos distintos que los terapeutas encargados y el resto del equipo han atravesado para su desarrollo. Aportes de otros programas y terapeutas ocupacionales son relatados a través de los capítulos de este libro y en la página web del MOHO en español.

Agradezco a todos los terapeutas ocupacionales que han compartido sus experiencias y procesos profesionales vividos en este libro, a quienes se encuentran interesados en compartirlos a través de la página web del MOHO en español desde Venezuela, Colombia, Perú, Argentina, España, México y Chile, y a quienes han confiado en mí desde otros sitios y otras culturas. Nombrarlos a todos no me sería posible. Agradezco a Editorial Síntesis, especialmente a Pedro Moruno y Marta Venegas, por invitarme a ser parte de esta importante iniciativa y por su siempre buena disposición durante mi trabajo en la elaboración de este libro.

A mis hijos Claudia, Nicolás y Paulina, mi madre y mis hermanos, quienes me han acompañado y apoyado con toda su sabiduría y amor, les agradezco por siempre.

Por último quisiera agradecer especialmente a Gary Kielhofner, amigo, mentor y colega, quien si bien no se encuentra físicamente con nosotros, lo siento vivo y presente en cada una de mis palabras escritas.

# PARTE I

## INTEGRACIÓN DE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)

# 1

## *Desarrollo de integración de la teoría y práctica del MOHO*

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) es un modelo conceptual de la práctica de Terapia Ocupacional basado en la ocupación y centrado en la persona, que cuenta con 35 años de aplicación e investigación. Desde 1975 a la actualidad, la investigación teórica y de la práctica con este modelo ha permitido responder a las necesidades ocupacionales de las personas de diversas edades y realidades personales que presenten o no discapacidad. Este capítulo pretende entregar una visión integrada de este modelo tanto en su desarrollo histórico como en su ligazón con la evolución del paradigma central de la profesión y los aspectos centrales que lo definen.

### **1.1. Relación del MOHO con el paradigma de la Terapia Ocupacional en la historia**

El paradigma, o visión compartida acerca de la naturaleza y práctica de Terapia Ocupacional actual, se nutre de una historia que comienza con los principios fundamentales planteados por los precursores de la disciplina y continúa con momentos de crisis y sus consecuentes frutos y reorganización (Crepeau, Cohn, Boyt, 2009; Kielhofner, 2009, 2006; Kielhofner, 1983; Reilly, 1962). Como toda historia, sus crisis representan momentos naturales de cuestionamiento y reflexión de los terapeutas ocupacionales que han resultado en la regeneración y el desarrollo de lo que es actualmente la profesión (véase [figura 1.1](#)). El desarrollo del MOHO comenzó durante un periodo donde la Terapia Ocupacional utilizaba el paradigma mecanicista y atravesaba una de sus crisis que se caracterizó por la búsqueda de una identidad propia de la disciplina. El MOHO rescató los valores y postulados del preparadigma de la ocupación y de Mary Reilly, y continúa su evolución centrado en ellos (Kielhofner, 2011, 2004, 1995, 1985).

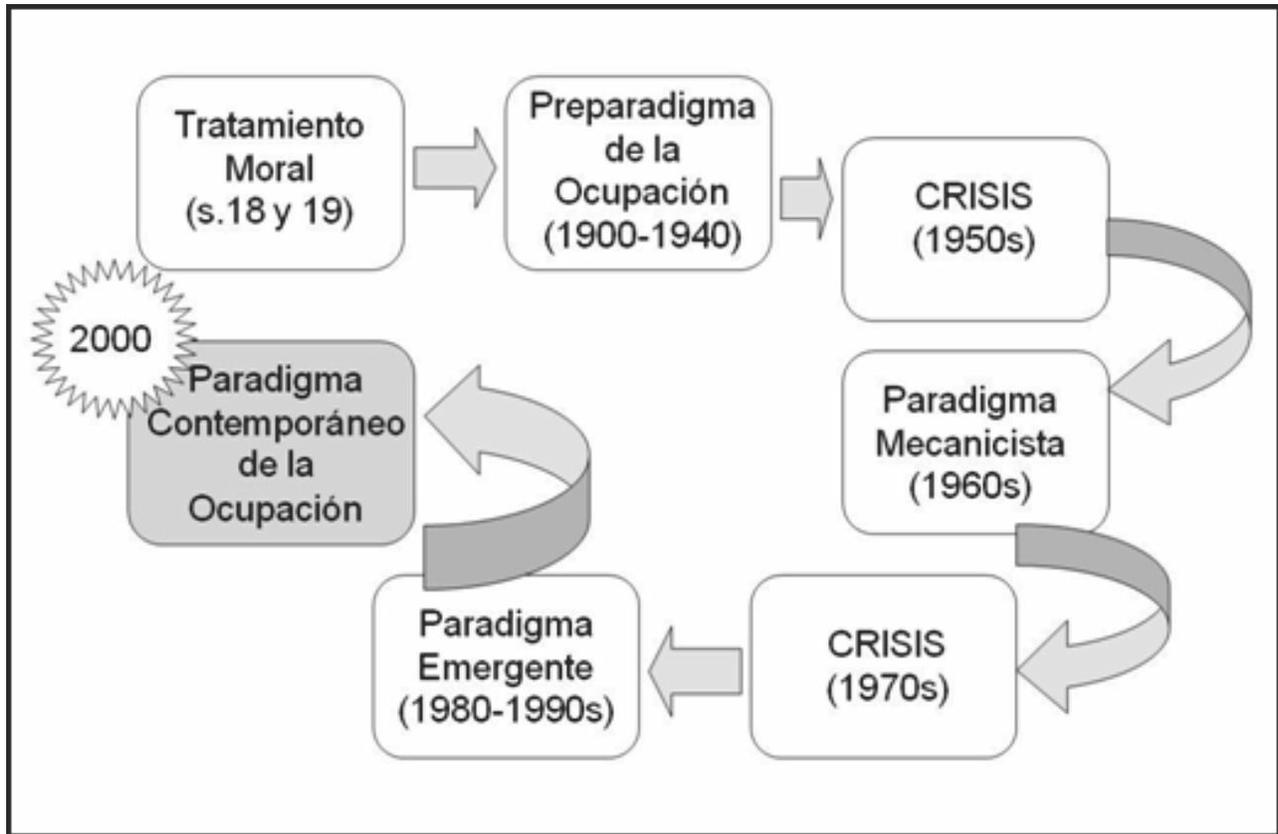


Figura 1.1. Evolución del paradigma de la Terapia Ocupacional (De las Heras, 2010, p. 12).

### 1.1.1. Relación con el preparadigma de la ocupación

Los principios básicos y la filosofía de la terapia ocupacional nacen a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX con el Tratamiento Moral, movimiento de intervención atípico en ese entonces, resultante de la reacción a los efectos que la guerra tuvo en los soldados. Durante este periodo se organizan en Inglaterra y luego en Estados Unidos los primeros servicios ocupacionales dentro de los hospitales psiquiátricos. Se llamó Tratamiento Moral porque sus objetivos buscaban *recuperar el sentido de vida, restituir el sentido de pertenencia social, y recuperar los hábitos* a través de la participación en una rutina organizada y establecida por terceros. Esta rutina integraba a las personas para participar en actividades de la vida diaria, actividades sociales, recreativas y del trabajo coherentes con la *cultura* de la época. Las personas que se hacían cargo de esta atención ocupacional formaban parte del personal de enfermería. Los principios más importantes de este tipo de servicio fueron escritos por médicos, enfermeros y otros profesionales, entre ellos Adolph Meyer, William Dunton, Thomas Kidner, Eleonor Clark Slagle y Susan Tracy, que a través de los años de práctica establecieron lo que es denominado por Gary Kielhofner como el preparadigma de la Ocupación (Kielhofner, 2009, 2006, 1983).

Como se apuntó anteriormente, el preparadigma de la ocupación planteó una visión distinta a la que en ese momento operaba en la medicina, determinando que *la mente y el cuerpo del hombre eran inseparables* (Meyer, 1922), otorgando así una visión integral a la mirada del ser humano. Como conceptos principales se plantearon que la ocupación desempeñaba un papel fundamental en la vida del hombre, que la ocupación podía restablecer la salud y que su ausencia podía causar daños en la salud. Los aspectos considerados en la práctica eran el cuerpo y la mente, la motivación y las características ambientales que impactaban en la ocupación. Los principios fundamentales que sustentaban esta práctica resaltaban la dignidad humana, el enfoque integral y humanitario del ser humano y la importancia de la ocupación para recuperar la función.

Dentro de los conceptos del preparadigma de la ocupación destaca el que define la esencia de la terapia ocupacional refiriéndose a que *la ocupación resulta de la combinación entre formas de existir, pensar y actuar*. La interpretación de este concepto acerca de la ocupación alude a que la persona no solo *hace*, sino que es un ser que piensa y siente lo que hace. El MOHO logra explicar este principio en su teoría y práctica a través del proceso volitivo y el desarrollo de un proceso de evaluación e intervención coherentes (Kielhofner, 2011, 2009, 2006, 1983).

### *1.1.2. Relación con los postulados de Mary Reilly*

En respuesta a los cuestionamientos de otras disciplinas en cuanto al rol desempeñado por los terapeutas ocupacionales de las primeras generaciones, específicamente por no presentar una base científica sobre la ocupación, la profesión, en la década de 1950, vive una primera crisis. Para ser aceptados en el equipo de salud, durante la década de 1960, los terapeutas adoptaron el *paradigma mecanicista* que dominaba en la teoría y práctica de las otras profesiones. El paradigma mecanicista se caracteriza por su enfoque reduccionista preocupándose fundamentalmente de reparar el daño de los sistemas nervioso, musculoesquelético e intrapsíquico para recuperar la función, enfatizando en el estudio detallado de estos sistemas y la utilización de técnicas para disminuir sus alteraciones. Los terapeutas ocupacionales comenzaron a utilizar los conceptos y la tecnología de estas otras disciplinas para explicar y llevar a cabo su práctica, por ejemplo, de la medicina (enfoque remedial del uso de actividades según diagnósticos), de la psicología (condicionamiento operante, acercamiento psicoanalítico, enfoques de desarrollo de capacidades cognitivas) y de la kinesiología. Se generan los modelos de integración sensorial, biomecánico y procedimientos de neurodesarrollo, entre otros, cuyos objetivos centrales se enfocaban en remediar los déficits de capacidades de las personas, dejando de lado el paradigma ocupacional de la profesión.

A pesar de que durante años esta fue la visión de Terapia Ocupacional, también provocó que los terapeutas ocupacionales confundieran sus roles y competencias con los de estas otras disciplinas, produciendo poco a poco la pérdida de una identidad propia, lo

que dio pie a una segunda crisis que comienza en la década de 1970. Desde los años de la primera crisis, durante el periodo mecanicista y el tiempo de la segunda crisis, Mary Reilly, terapeuta ocupacional, optó por retomar los principios del preparadigma de la ocupación, creando el marco de referencia *Comportamiento Ocupacional*.

Reilly define principios claros y una orientación a los programas académicos de la profesión que apuntaban a la preservación de la identidad profesional basada en la ocupación, publicando los contenidos y posturas personales desde 1958 hasta 1977, en siete artículos y un libro llamado *Play as Exploratory Learning (El juego como aprendizaje exploratorio)* (Reilly, 1974). Sus postulados reconocen la motivación del hombre por la ocupación y su responsabilidad por la adaptación, la importancia dada al sentido del tiempo en el desempeño en las ocupaciones y la relevancia de la influencia del ambiente social y físico como apoyo a la adaptación. De gran relevancia fueron sus aportaciones dirigidas a reconocer la importancia de la exploración como base de todo aprendizaje y la importancia de la participación en roles ocupacionales. Mary Reilly dio énfasis a que los ambientes de terapia ocupacional debían proveer un *contexto exploratorio y socializador* que validara cualquier intento de participación (Reilly, 1962). Reilly, en conjunto con colegas y alumnos, se dedicó a investigar cada uno de estos aspectos y a desarrollar la teoría del juego para niños (Reilly, 1974).

Al mismo tiempo, tres de sus alumnos de Magister en Ciencias, entre ellos dos investigadores principales de los temas mencionados en el párrafo anterior, comenzaron a desarrollar desde 1975 el *Modelo de Ocupación Humana* (MOHO), rescatando los principios y las bases del marco de referencia Comportamiento Ocupacional (véase [cuadro 1.1](#)) e investigando y elaborando sus primeras bases teóricas y de aplicación. Esta iniciativa fue rechazada por gran parte de los terapeutas ocupacionales que se encontraban habituados a conceptualizar y dirigir su práctica desde el paradigma mecanicista.

El MOHO integró las variables personales y ambientales que explicaban la participación del ser humano en ocupaciones y su relación recíproca basándose en la teoría de los sistemas abiertos que, en aquel momento, daba fundamento a los principios de *participación activa* de las personas en su proceso ocupacional. Esto implicaba un cambio radical, tanto en la visión de los procesos de evaluación como de intervención de la Terapia Ocupacional, que entonces operaba desde el reduccionismo que se basaba en los postulados de los sistemas cerrados (véase [figura 1.1](#)).

*Cuadro 1.1. Correspondencia entre los postulados de Mary Reilly y el MOHO en sus inicios*

<i>Postulados de Mary Reilly</i>	<i>Modelo de Ocupación Humana</i>
Reconocimiento de la motivación del hombre por la ocupación.	La teoría del MOHO considera la motivación intrínseca del ser humano que se explica en el

deseo innato de las personas de explorar y sentirse eficaz con su desempeño, diferenciándose de otros enfoques de motivación existentes.

---

Responsabilidad del hombre por la adaptación.

Se desarrolla el constructo teórico de la volición o motivación por la ocupación integrando en él tres aspectos –intereses, valores y causalidad personal– que explicarían como las personas se motivan por participar en ocupaciones y el porqué de sus decisiones y elecciones de acción y metas a futuro.

---

Consideración del ser humano como ser activo en el mundo, que busca el sentido de logro.

Este constructo teórico apoyó en desarrollar la visión del ser humano como *ser activo* en pensar, sentir y actuar, reflejándose en la consideración de este en su autoevaluación, en la toma de decisiones y como principal agente de su propio cambio.

---

Importancia del sentido del tiempo.

Incorpora a la terapia ocupacional el constructo teórico de la habituación u organización internalizada del comportamiento ocupacional, siendo los roles y hábitos los aspectos personales que organizarían las rutinas, el desempeño y la participación personal y social en el tiempo. Se explican a su vez los procesos de adquisición y cambio en roles y hábitos.

---

Importancia de los roles ocupacionales.

El MOHO fue el primer modelo de terapia ocupacional que considerara el ambiente con las dimensiones físicas y sociales en conjunto. Se incorporan los objetos, tareas, los grupos sociales y organizaciones y la cultura con definición de sus distintas dimensiones en las que se incluían, a diferencia de otros enfoques, características psicosociales.

---

Importancia del ambiente como apoyo a la adaptación.

Plantea la interacción constante existente entre los factores ambientales y la persona para explicar el comportamiento ocupacional. Se consideran los distintos ambientes que una persona frecuenta, incluido el ambiente de Terapia Ocupacional, el que debía favorecer la exploración para encontrar las soluciones y aprender habilidades.

---

Importancia de la Terapia Ocupacional como medio socializador y exploratorio.	La participación en ocupaciones significativas, el manejo ambiental, la relación significativa con las personas y la enseñanza de habilidades y hábitos se plantean como principal recurso de intervención.
---	---

### 1.1.3. Relación con el paradigma actual de la ocupación

Todas las investigaciones realizadas desde la primera crisis, incluyendo las referentes al desarrollo del Comportamiento Ocupacional y del desarrollo e investigación del MOHO, forman parte de la etapa del *Paradigma Emergente de la Ocupación*. Se unen a esta visión el desarrollo de la Disciplina de la Ciencia de la Ocupación y más tarde los inicios del desarrollo del Modelo de Desempeño Ocupacional Canadiense y otros modelos basados en la ocupación.

En el año 2002 se llega a la concepción del *paradigma contemporáneo*, que en sus principios y conceptos se corresponde con el preparadigma de la ocupación y las investigaciones realizadas desde el primer periodo de crisis de identidad de la Terapia Ocupacional. Hasta ahora se han reafirmado y solidificado sus bases en la práctica de la profesión con nuevas investigaciones realizadas por diversos grupos de terapeutas ocupacionales de todo el mundo. El paradigma contemporáneo explica la naturaleza ocupacional de los seres humanos, los problemas o desafíos ocupacionales y los parámetros globales de la práctica basada en la ocupación. A su vez identifica a la persona, la ocupación y el ambiente como los aspectos a abordar por la profesión y enfatiza que el desempeño ocupacional es una consecuencia de la interacción de estos factores. Sus principios destacan la autodeterminación de las personas, su dignidad y experiencia de sentido y su naturaleza social. Nuevamente se prioriza a la participación en ocupaciones como fuente principal del significado personal. En este proceso de cambio de la disciplina, los modelos desarrollados durante la época mecanicista comienzan a conceptualizar, adaptar e integrar sus intervenciones a la participación en ocupaciones relevantes y dentro de contextos propios de las personas (Kielhofner, 2009).

El MOHO y la evolución de su teoría y aplicación han logrado la coherencia existente con los principios y conceptos principales de nuestra identidad profesional (véanse a continuación los cuadros 1.2 y 1.3).

*Cuadro 1.2. Correspondencia entre el paradigma contemporáneo y el MOHO*

<i>Paradigma contemporáneo</i>	<i>Modelo de Ocupación Humana</i>
Naturaleza ocupacional de las	- Considera la volición o motivación por la

personas:

- Todas las personas tienen un motivo o necesidad básico por la ocupación.
- La ocupación constituye un aspecto específico del comportamiento humano.

ocupación como uno de los tres componentes o aspectos de la persona tanto en su teoría como en los procesos de evaluación e intervención. Aspectos centrales en el proceso de remotivación y sus procedimientos de intervención enfatizan y facilitan la experiencia de sentido y significado en la vida.

---

• La ocupación es la fuente principal de significado en la vida.

- Considera en su teoría los aspectos personales y ambientales que explican la emergencia de la participación ocupacional.

---

Problemas o desafíos ocupacionales:

- Van más allá de los daños y problemas.
- Pueden surgir de la interacción entre los límites de capacidad y las condiciones ambientales.
- Ocurren por falta o déficit de oportunidad para participar en ocupaciones o por interrupción de la participación ocupacional.
- Ocurren por existir incongruencia entre expectativas personales y del medio ambiente.
- Ocurren al participar en formas ocupacionales que están por encima o por debajo de las capacidades personales.

- El MOHO se centra en la promoción de la identidad y competencia ocupacionales de toda persona que presente inquietudes y necesidades ocupacionales, potenciando las habilidades.

- Los terapeutas trabajan simultáneamente con la persona o colectivos y con sus medios ambientes relevantes, facilitando la negociación de expectativas recíprocas y su integración óptima.

- La intervención con el medio ambiente incluye la abogacía por las oportunidades ocupacionales significativas y la creación de instancias comunitarias de participación que correspondan a la cultura y a las necesidades económicas de las personas.

- Considera las realidades volitivas y de capacidad de desempeño de las personas en la evaluación del desafío óptimo que facilita la participación ocupacional.

---

Práctica basada en la ocupación:

- Proveer oportunidades a las personas de participar directamente en ocupaciones significativas.
- Facilitar la participación ocupacional modificando las tareas o los ambientes en los

- La principal intervención del MOHO consiste en otorgar oportunidades de participación en ocupaciones relevantes para la persona en diferentes dimensiones del hacer según lo determinen su historia ocupacional, su realidad del proceso volitivo y sus capacidades. La participación en ocupaciones significativas se liga a

- que las personas se desempeñan, incluyendo eliminar barreras arquitectónicas y facilitar cambios en el medio social.
- Proveer entrenamiento en el uso de adaptaciones, aparatos adaptados y prótesis.
  - Proveer orientación y oportunidades de resolución de problemas para facilitar la participación ocupacional.

- objetivos ocupacionales personales o colectivos.
- La participación en ocupaciones significativas se complementa con otras intervenciones para la facilitación de la volición, el desarrollo de hábitos y desempeño de roles ocupacionales en ambientes relevantes y facilitar la permeabilidad social y el mejor impacto ambiental. En su conjunto, estas promueven la participación y la construcción o reconstrucción de la identidad y competencia ocupacionales.

*Cuadro 1.3. Correspondencia entre valores del paradigma contemporáneo y el MOHO*

<i>Valores del paradigma contemporáneo</i>	<i>Modelo de Ocupación Humana</i>
<i>Dignidad y valor de las personas.</i> Respeto por los deseos de la persona de integrarse a una vida ocupacional satisfactoria a través de la participación en ocupaciones relevantes y creencia en su potencial y su naturaleza única.	El MOHO considera la naturaleza ocupacional única de las personas.
<i>Participación en ocupaciones</i> y su importancia para el bienestar y la calidad de vida.	Considera que la terapia es <i>un evento que se integra a una vida en progreso</i> que explica lo que la persona es y hace en el presente.
<i>Autodeterminación de las personas.</i> Importancia de la participación activa y significativa de la persona, cuyas acciones y dedicación determinan la efectividad de la terapia.	Los terapeutas ocupacionales son considerados <i>facilitadores</i> del proceso que es llevado a cabo en colaboración con las personas de toda realidad de capacidad, las que son consideradas agentes de cambio que brindan la dirección al proceso de evaluación e intervención.
<i>Capacidad latente</i> (creencia en los potenciales y en su desarrollo).	El razonamiento terapéutico se considera un proceso que se construye entre la persona y el terapeuta, respetando su subjetividad y naturaleza únicas.

*Preocupación por elementos interpersonales de la terapia.* Práctica centrada en el cliente, empatía e importancia de la persona para el terapeuta.

Desde sus comienzos, el MOHO ha abogado por la *autodeterminación y motivación* de las personas, fomentando su sentido de eficacia y respetando sus valores a través de diferentes procedimientos de evaluación e intervención.

*Subjetividad y naturaleza única* de las personas.

Potenciar habilidades y desarrollar nuevas es considerado como base de la intervención. El MOHO se ha definido como un modelo conceptual de la práctica que promueve la participación ocupacional con todo tipo de población.

*Cooperación mutua* en la terapia.

Dos de los principios fundamentales en la intervención con el MOHO son la participación en ocupaciones significativas y el establecimiento de la relación terapéutica.

## **1.2. El MOHO como modelo conceptual de la práctica en Terapia Ocupacional**

Un modelo conceptual de la práctica corresponde a la organización de una estructura teórica que explica un determinado fenómeno relevante de la práctica de Terapia Ocupacional y que coherentemente con sus postulados y procesos de evaluación e intervención cumplen con el objetivo de guiar la práctica otorgando racionalidad y metodología para abordar el fenómeno en cuestión. Los modelos conceptuales de la práctica se caracterizan por ser dinámicos en su desarrollo, integrando para ello la investigación continua de su eficacia y eficiencia en la aplicación con las personas (Kielhofner, 2009, 2006).

Kielhofner (2009) enfatiza que la investigación de un modelo conceptual de la práctica debe considerar la función de la investigación teórica y de la práctica en forma integrada, por lo tanto los actores participantes del equipo de investigación deben integrar a las personas a quienes ofrecemos nuestros servicios, a los terapeutas ocupacionales de la práctica, a los alumnos, a los teóricos e investigadores (véase [figura 1.2](#)).

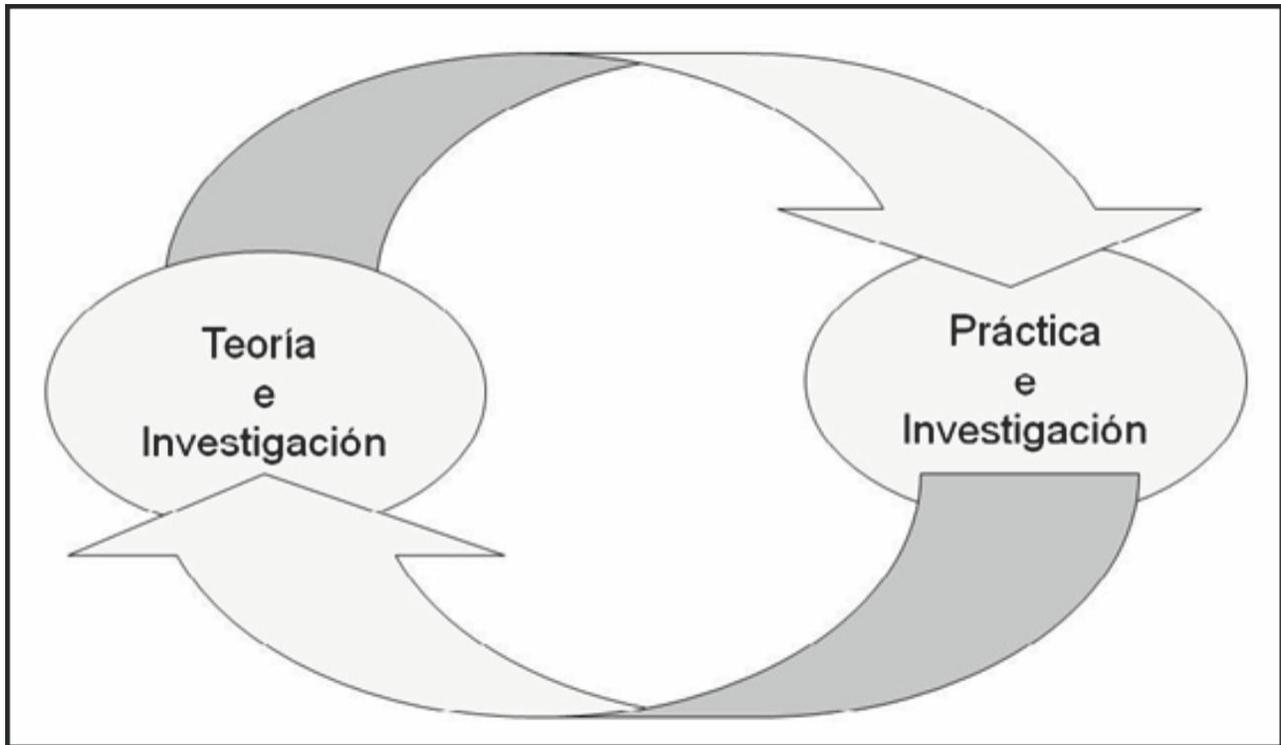


Figura 1.2. Integración de teoría y práctica (Kielhofner, 2009, p. 11).

Los modelos conceptuales de la práctica tales como el Modelo Biomecánico, el Modelo de Control Motor, el Modelo de la Integración Sensorial, Modelos Cognitivos, Modelo de Ocupación Humana, Modelo de los Grupos Funcionales y Modelo de la Relación Interpersonal Intencional (IRM) corresponden a modelos que ya sea tienen como primacía una orientación ocupacional o que se encuentran desarrollando una relación directa de sus objetivos y estrategias de intervención con el desempeño ocupacional (Kielhofner, 2009). Existen otros marcos conceptuales de terapia ocupacional que aún no muestran solidez en cumplir con las condiciones ni tampoco con un uso suficientemente amplio por parte de los terapeutas ocupacionales en su campo de trabajo para ser considerados modelos conceptuales de la práctica, pero *no por ello son menos importantes* (De las Heras, 2010). Es el caso de los enfoques o modelos basados en la ocupación que se concentran en favorecer el desempeño ocupacional satisfactorio, entre otros, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP) (Towsand, Polatajko, 2007) y el Modelo Persona-Ambiente-Ocupación-Desempeño (PEOP) (Baum, Christiansen, 2005).

El MOHO, como modelo conceptual de la práctica basado en la ocupación y los modelos basados en la ocupación coinciden en centrarse en la personaocupación-ambiente y en su énfasis en promover el bienestar y la calidad de vida de las personas. En conjunto con estas iniciativas, el movimiento Terapia Ocupacional sin Fronteras y enfoques de Justicia Ocupacional y Social, han ampliado el rol del terapeuta ocupacional dentro de diferentes contextos y con distintas poblaciones y organizaciones (Kronenberg,

Algado, Pollard, 2005; Kronenberg, Pollard, Sakellariou, 2011).

### **1.3. El MOHO en evolución (1975-2014)**

Los tres estudiantes de Mary Reilly colaboraron en desarrollar la primera estructura teórica de este modelo basándose en los postulados del marco de referencia Comportamiento Ocupacional. Sustentándose en investigaciones rigurosas y de las cuales fueron partícipes y en su práctica clínica, publican diferentes artículos relativos a los conceptos de motivación intrínseca y volición, a la orientación temporal, responsabilidad del hombre por la ocupación, la teoría de los sistemas y los sistemas abiertos, entre otros (Kielhofner 1978; Burke 1977; Kielhofner, 1977). En 1980 publican los primeros cuatro artículos que presentan el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner y Burke, 1980; Kielhofner, 1980a; Kielhofner, 1980b; Kielhofner, Burke, Igi, 1980). Estas publicaciones dan a conocer la estructura teórica que explicaba a la ocupación humana y los factores personales y ambientales que intentaban describir cómo el hombre se motivaba por la ocupación, cómo se organizaba, como desempeñaba sus funciones y la influencia que el ambiente ejercía en el comportamiento ocupacional. Estos artículos fueron instrumentales para que en conjunto con otros terapeutas ocupacionales se publicara la primera edición del Libro del MOHO en 1985.

#### *1.3.1. Primera edición del libro MOHO y acontecimientos posteriores*

En esta primera edición, el comportamiento ocupacional se explica desde la *teoría de sistemas abiertos*, que, a diferencia de los sistemas cerrados, visionaba al ser humano como activo en la selección de la información desde el medio ambiente, procesaba esta información a través de la volición, habituación y sistemas internos y respondía con el ensamblaje del comportamiento ocupacional (hacer). Mediante la teoría de los sistemas abiertos el MOHO explica la relación de los aspectos personales de la ocupación en una jerarquía de subsistemas, donde la volición ocupaba el nivel más alto y las capacidades subyacentes de los sistemas internos el más bajo, destacando a su vez que los tres subsistemas se influenciaban mutuamente. Al mismo tiempo se destaca la importancia de la influencia del ambiente en *estimular o presionar* al sistema humano en sus diferentes subsistemas dando como resultado el comportamiento ocupacional. Explica al ambiente resaltando las características de cuatro lechos ambientales: los objetos, tareas, grupos sociales y organizaciones y la cultura. Cada subsistema y lecho ambiental se describe y define detalladamente explicando la estructura de estos y su relación general, pero no los procesos ocurrientes en ellos ni entre ellos.

En el *sistema de evaluación* propuesto se aprecia la aplicación de los primeros instrumentos de evaluación, que en ese momento daban importancia a las entrevistas y

autoevaluaciones, tales como la Evaluación del Rol del Adolescente, la Historia Ocupacional, la OCAIRS en su desarrollo inicial, el Listado de Roles, Listado de Intereses, el Cuestionario Ocupacional y otros en desarrollo. Se incluyeron además registros de análisis ocupacional para describir la influencia de los diferentes lechos ambientales en la estimulación y presión de cada subsistema humano. Otros instrumentos de evaluación correspondían a algunos pertenecientes a la Terapia Ocupacional u otras disciplinas. La *intervención* plantea objetivos y procedimientos en forma parcelada para cada subsistema y lecho ambiental. Estas intervenciones se basarían en los resultados de la evaluación determinantes del grado de adaptación o desadaptación del comportamiento ocupacional. Este grado de adaptación-desadaptación se representa en un continuo desde la disfunción a la función ocupacional comprendido por 6 fases: Dependencia, Incompetencia e Ineficacia, correspondientes a la disfunción ocupacional, y Exploración, Competencia y Logro, correspondientes a la función ocupacional (Kielhofner, 1985).

Al poco tiempo de la publicación de este primer libro del MOHO, Gary Kielhofner realizó, a través de la editorial, una encuesta anónima a los terapeutas ocupacionales que en ese momento aplicaban el modelo con la intención de obtener opiniones objetivas y críticas serias de los practicantes para continuar desarrollando y mejorando la teoría y aplicación junto a ellos. Además del reconocimiento de los aspectos positivos que en ese entonces el desarrollo del modelo significó para el cambio de una visión reduccionista de la terapia ocupacional a una integrada u holística, en la devolución de esta encuesta se plantearon como inquietudes la discrepancia entre lo que se pretendía plantear como estructura teórica integral de la ocupación humana con la forma de explicarla y plantear su aplicación. También se sugirió la elaboración conceptual del desempeño ocupacional y comportamiento ocupacional como elemento fundamental que en ese momento no estaba representado en forma explícita en este modelo. Otras inquietudes apuntaron a que los instrumentos de evaluación y la intervención del MOHO, tal como se presentaban, solo podían aplicarse con personas que pudieran elaborar sus pensamientos y expresarlos en forma verbal, planteando la necesidad de considerar a todo tipo de población en la evaluación e intervención. Se sugiere el desarrollo de instrumentos propios del MOHO que pudieran ser aplicados para la evaluación de habilidades de desempeño y de volición.

### *1.3.2. La década de 1985-1995. Revolución de iniciativas en la integración de la teoría y la práctica*

Durante el mismo año de la primera publicación comienza el desarrollo de la *conceptualización del desempeño ocupacional y de las habilidades de desempeño*, lo que impulsó el desarrollo de la Evaluación de las Habilidades Motoras y Procesamiento (AMPS) y la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS). Durante el transcurso de la investigación de estos instrumentos, en 1987, surge la iniciativa del desarrollo del Cuestionario Volitivo (VQ) como instrumento de observación

de la volición y se realizan sus investigaciones preliminares, cuyos resultados y aplicación fueron instrumentales para comenzar el desarrollo del proceso de remotivación. A su vez, en 1985 se comienza a investigar la primera versión de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI) y el desarrollo de la primera versión de la Autoevaluación Ocupacional (Autoevaluación del Funcionamiento Ocupacional). La investigación de estos instrumentos se realiza en un periodo de años sobre la base de métodos tanto tradicionales como novedosos de investigación cualitativa y cuantitativa (Kielhofner, 2011).

La década de 1980 representó la primera fase de integración de los alumnos, practicantes y teóricos de la profesión en los procesos de investigación, enriqueciéndose aún más en la década de 1990, en la que se entrelazan las publicaciones de numerosos artículos de investigación y manuales de instrumentos de evaluación con la publicación de la segunda edición del libro del MOHO en 1995. En esta segunda edición *se introduce inicialmente la teoría de los sistemas dinámicos* como base de la teoría del modelo, la que se percibe en la explicación no solo de la estructura de los aspectos personales y ambientales de la ocupación humana, sino también la de los procesos ocurrientes dentro y entre ellos y los procesos de autoorganización y cambio fundamentados en la participación diaria en ocupaciones. Los conceptos teóricos se clarifican y se explican priorizando los contenidos esenciales, haciendo de su significado uno más válido y de la relación entre estos una más coherente con lo vivido en la práctica con las personas. Basándose en esta nueva mirada se concibe a los subsistemas como organizados en una heterarquía que visualiza a estos como aspectos igualmente contribuyentes al ensamblaje del comportamiento ocupacional, y que en un momento dado podían actuar uno u otro como un parámetro de control (Kielhofner, 1995).

Las experiencias de investigación del Cuestionario Volitivo (VQ) y de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II) influyen en la conceptualización del *proceso volitivo y la importancia de la narrativa* en comprender la participación ocupacional histórica desde la subjetividad de la persona. A su vez se da énfasis al proceso de desarrollo de hábitos como resultado de la práctica de patrones de comportamiento cuando existen situaciones ambientales similares, y al desarrollo de roles, como el proceso resultante de las expectativas de la persona y de su medio social. Como *proceso de la habituación* se explica la constante negociación entre las habitualidades personales y los eventos inmediatos o de largo plazo que requieren de un cambio de rutinas, de formas de hacer las cosas y de aprendizaje de nuevas habilidades. La conceptualización del desempeño también cambia, explicando el comportamiento ocupacional como el resultado de un proceso de interacción entre los sistemas de la mente y el cuerpo con factores ambientales que produce el desempeño habilidoso (Kielhofner, 1995).

En el *sistema de evaluación* presentado en esta edición se incorporan las primeras versiones de los instrumentos de evaluación de observación de habilidades de desempeño y volición, la primera versión de la Entrevista del rol de Trabajador (WRI), la primera versión de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI) y una explicación

de cómo integrar la aplicación de los instrumentos de evaluación con métodos no estructurados. En cuanto a la intervención, se introducen principios sustanciales que guían la práctica y ejemplos de casos diversos que presentaban a personas con necesidades ocupacionales de distintas condiciones y problemáticas, prescindiendo de agruparlos por tipos de problemas de salud (Kielhofner, 1995). A su vez, se continúa desarrollando e investigando el proceso de remotivación y se desarrollan programas en diversos contextos de acción de terapia ocupacional, destacándose algunos como referentes internacionales.

### *1.3.3. Integración de la teoría y la práctica en el proceso de intervención*

La OPHI-II y su aplicación en la práctica y en estudios de investigación longitudinales fenomenológicos muestran la existencia de tres conceptos fundamentales que entrelazados explican la adaptación ocupacional: la identidad ocupacional, la competencia ocupacional y el impacto ambiental integrados en un continuo de cambio. Se consolida entonces, a finales de la década de 1990, un cambio de visión y planteamiento de la teoría que comenzó a explicar el dinamismo existente en la participación ocupacional y en el desarrollo histórico de la adaptación ocupacional que aparece reflejado en la tercera edición del MOHO en inglés el año 2002 y en español en el año 2004 (Kielhofner, 2004). Esta edición plantea la utilización de los sistemas dinámicos tanto en la articulación y fundamento de la teoría como en la aplicación del modelo en la práctica, incorporando nuevos instrumentos de evaluación en desarrollo, estrategias de intervención, ejemplificación de desarrollo de programas y el proceso de razonamiento terapéutico.

Durante la segunda parte de la década del 2000 y en la actualidad se han desarrollado diversos instrumentos de evaluación para toda edad y se han actualizado los instrumentos de evaluación existentes y sus manuales (véase la [Parte II](#) de este libro). El proceso de remotivación se publica en un manual y se comienza a aplicar e investigar cualitativamente en distintas poblaciones alrededor del mundo concluyendo la necesidad de expandir los niveles del hacer planteados por el MOHO en la práctica diaria. Basándose en evidencia empírica y en abordajes cualitativos, se respaldan estrategias de intervención y se socializan a través de artículos, documentos y manuales. Se articulan procedimientos de intervención en la promoción de la participación ocupacional, planteándose el MOHO como un modelo conceptual de la práctica que promueve la salud en toda persona que presente inquietudes ocupacionales o distintos grados de brecha entre su identidad y competencia ocupacionales (De las Heras, 2011, 2010). En el año 2008 se publica la cuarta versión del MOHO en inglés y en el año 2011 en español (Kielhofner, 2011).

Tanto los artículos como los manuales publicados hasta la fecha reflejan el esfuerzo colaborativo internacional para continuar investigando el proceso de intervención con el MOHO en diferentes culturas y contextos de terapia ocupacional.

## 1.4. Comprensión actual de la integración recíproca de la teoría y la práctica

El MOHO como modelo conceptual de la práctica de terapia ocupacional basado en la ocupación concibe la ocupación humana como un “amplio rango del hacer que ocurre en el contexto del tiempo, del espacio, la sociedad y la cultura” (Kielhofner, 2011, p. 5). Estos contextos físicos, sociales y culturales se consideran parte de la ocupación humana en cuanto ofrecen condiciones que otorgan oportunidad y demandas particulares que en conjunto con los factores personales del hacer explican la participación única de cada persona o colectivo en las actividades diarias y sus pensamientos y sentimientos relacionados. En consecuencia, el MOHO no categoriza las ocupaciones, sino que considera que *la persona o colectivos particulares son los que otorgan el sentido a la ocupación* según sus experiencias históricas impregnadas de significado cultural y social.

La evolución histórica del MOHO caracterizada por la investigación conjunta entre teóricos, terapeutas ocupacionales y las personas a quienes apoyan, estudiantes, investigadores ha resultado en la consecutiva integración entre la teoría y la práctica que se hace explícita en la congruencia existente entre el planteamiento y la explicación teórica, los principios de este modelo y sus procesos de evaluación e intervención centrados en las personas. El MOHO explica la emergencia del hacer desde los procesos de interacción dinámica y continua de aspectos personales y ambientales y se centra en la participación en las ocupaciones en el tiempo como base del desarrollo de la identidad y competencia ocupacionales (véanse cuadros 1.4 y 1.5).

*Cuadro 1.4. Cuadro resumen de conceptos teóricos actuales del MOHO*

<i>Componente</i>	<i>Concepto central</i>	<i>Dimensiones</i>
<i>Volición Motivación por el hacer.</i>	Conjunto de sentimientos y pensamientos acerca de sí mismo como participante en la vida ocupacional que a través de un proceso interactivo de sus dimensiones y estas con el impacto ambiental resultan en la elección del hacer.	<p>Sentimientos y pensamientos volitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores: lo que las personas consideran importante y el sentido de obligación y compromiso consecuentes en el hacer.</li> <li>• Causalidad personal: sentido y percepción propios acerca de la capacidad y eficacia personal en el hacer.</li> <li>• Intereses: el sentido de placer encontrado en el hacer.</li> </ul>
<i>Habitación Patrones internalizados de desempeño.</i>	Organización interna de información que dispone a la persona a mostrar patrones recurrentes de comportamiento frente a situaciones ambientales conocidas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos: tendencias adquiridas a responder y desempeñarse consistentemente de ciertas maneras ante situaciones conocidas, tanto en la forma que se realizan las cosas (hábitos de desempeño), la manera en que se organizan las rutinas (hábitos de rutina) como en las características particulares personales</li> </ul>

<i>Componente</i>	<i>Concepto central</i>	<i>Dimensiones</i>
		<p>que dan un sello al desempeño propio (hábitos de estilo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Roles internalizados: incorporación de un estatus definido social o personalmente y las expectativas personales y sociales del grupo de actitudes y comportamientos relacionados con su desempeño.</li> </ul>
<i>Capacidad de desempeño</i>	Compleja dinámica y relación de fenómenos músculo-esqueléticos, neurológicos, perceptivos, emocionales y cognitivos, que resultan en capacidades básicas del cuerpo y la mente y en la percepción única de estos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de desempeño objetiva: organización interna de los componentes físicos y mentales que juntos forman la capacidad básica necesaria para el desempeño ocupacional.</li> <li>• Capacidad de desempeño subjetiva o cuerpo vivido: vivencia y percepción del propio cuerpo y mente como un todo que se embebe con el hacer.</li> </ul>
<i>Ambiente</i>	Conjunto de características físicas, sociales, culturales económicas, y políticas de los contextos personales que impactan en la motivación, organización y capacidad de desempeño de la persona (véase cuadro 1.5).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensiones globales: cultura, condiciones económicas, condiciones políticas.</li> <li>• Dimensiones específicas.</li> <li>• Ambiente social: tareas, grupos sociales.</li> <li>• Ambiente físico: espacios y objetos.</li> <li>• Contextos ocupacionales: hogar, vecindario, lugares de trabajo o estudio, lugares de ocio.</li> </ul>
<i>Hacer</i>	Explorar y practicar la propia capacidad de experimentar, responder y resolver situaciones diarias.	<p>Dimensiones de participación en el hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación Ocupacional o en roles ocupacionales.</li> <li>• Participación en una o más actividades de un rol.</li> <li>• Participación en el desempeño ocupacional o en llevar a cabo las tareas que requieren las actividades de un rol.</li> <li>• Participación en uno o más pasos de una tarea.</li> </ul>

<i>Componente</i>	<i>Concepto central</i>	<i>Dimensiones</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en acciones discretas con un propósito (habilidades ocupacionales) que son necesarias para la compleción de un paso de una tarea.</li> <li>• Experimentar a través del sentir los contextos ocupacionales significativos.</li> </ul>
<i>Adaptación ocupacional</i>	<p>Construcción de una identidad ocupacional positiva y de la competencia ocupacional a través del tiempo dentro de los contextos ocupacionales propios (considerando sus demandas, restricciones, oportunidades y recursos).</p> <p>En este concepto, tanto la persona como el ambiente contribuyen a la adaptación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad ocupacional: se refiere al sentido y percepción de quien uno es y quién desea llegar a ser como ser ocupacional, sentido que se genera a través del proceso volitivo en el curso de la propia historia de participación.</li> <li>• Competencia ocupacional: se refiere al grado en que uno es capaz de mantener un patrón de participación ocupacional (estilo de vida) que sea coherente con la identidad ocupacional.</li> <li>• Condiciones ambientales y su impacto.</li> </ul>

*Cuadro 1.5. Procesos de los aspectos personales y ambientales del MOHO*

<i>Contenidos</i>	<i>Proceso</i>
<i>Volición</i>	<p>Ciclo continuo de experimentar las tres dimensiones volitivas interrelacionadas en el hacer, de interpretar esta experiencia, de anticipar la participación futura mediante estas interpretaciones y de elegir la participación basándose en esta anticipación.</p> <p>Elección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de decisiones inmediatas en el hacer.</li> <li>• Elecciones de actividad: selección de actividades, tareas que se realizan en el inmediato o en el curso de días.</li> <li>• Elecciones ocupacionales: objetivos a largo plazo que</li> </ul>

implican emprender proyectos continuos en el tiempo.

---

<i>Habitación</i>	Negociación constante inmediata o a largo plazo entre patrones internalizados de pensar, sentir y actuar y eventos o circunstancias personales y ambientales que demandan un cambio en ellos.
<i>Capacidad de desempeño</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proceso de Capacidad de Desempeño Objetiva: continua dinámica de relación entre el funcionamiento de los diferentes sistemas internos resultando en capacidades como movimiento, fuerza y resistencia, capacidades cognitivas, sensoriales, perceptivas, emocionales.</li><li>• Proceso del Cuerpo Vivido: las experiencias subjetivas del cuerpo y de la mente surgen desde el hacer continuo y su íntima relación con el ambiente físico y social. Estas experiencias impactan a su vez en la fluidez, eficacia y eficiencia del hacer. El cuerpo y la mente se hacen conscientes al cambiar su estado, ante el cambio de circunstancias ambientales y durante los momentos de aprendizaje de nuevas tareas.</li></ul>
<i>Ambiente</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impacto ambiental y el proceso relacionado: proceso interactivo entre la persona o colectivo y las distintas dimensiones y características de los contextos ocupacionales que resulta en la facilitación o restricción de la participación ocupacional.</li><li>• Dinámica de los cambios culturales, políticos y sociales a través del tiempo.</li><li>• Dinámica de los procesos del ambiente físico natural y construido.</li></ul>
<i>Hacer</i>	El hacer se construye de manera continua y cambia por la interacción constante entre los aspectos personales y del ambiente.
<i>Adaptación ocupacional</i>	Dinámica de interacción constante entre los cuatro componentes de la ocupación humana durante la participación en el tiempo y través de las diferentes etapas de cambio de la historia de vida ocupacional.

---

Actualmente, el MOHO conceptúa al ser humano como un sistema dinámico en el

que destaca tres componentes o factores personales ocupacionales –volición, habituación y capacidad de desempeño– que en interacción con los factores ambientales (cuarto componente) constituyen parte de un todo que facilita o restringe la emergencia del hacer (Kielhofner, 2011).

Los componentes biológicos o físicos de la ocupación humana son reconocidos y considerados por este modelo como parte integral del desempeño (capacidad de desempeño objetiva), sin embargo, los procesos de evaluación e intervención del MOHO abordan solo los aspectos subjetivos de la capacidad de desempeño (Cuerpo vivido). El MOHO se integra con otros modelos conceptuales de la práctica de terapia ocupacional para resolver problemas de los sistemas motores, neurológicos y cognitivos que interfieren sustancialmente en el desempeño ocupacional (Kielhofner, 2011, 2009).

#### *1.4.1. Dinámica de los procesos de participación y cambio ocupacional*

Uno de los requisitos fundamentales para lograr aplicar de manera coherente el MOHO es comprender la *dinámica de los procesos de participación y cambio ocupacionales*. La dinámica de estos procesos ocupacionales responde a la naturaleza compleja de la ocupación humana. Los principios de los sistemas dinámicos como son la heterarquía, emergencia y parámetro de control explican este fenómeno. La *heterarquía* enfatiza en que los aspectos o componentes ocupacionales personales y ambientales se encuentran entrelazados en un todo dinámico de tal manera que cada uno de ellos contribuye algo igualmente importante a la participación en ocupaciones. La *emergencia* se refiere al surgimiento espontáneo de la participación en ocupaciones en base a la interacción de estos cuatro aspectos, por lo que el desempeño y la participación ocupacionales solo se pueden explicar desde la interacción de estos componentes, y no desde la función aislada de uno en particular (Kielhofner, 2011).

Alicia, una joven adolescente, solía realizar ejercicio físico con el objetivo de lograr relajarse y mantener su cuerpo en buen estado. Para ello participaba en natación y cursos de baile en programas municipales de su sector residencial donde asistían también personas de su edad. Alicia se presentaba siempre antes de la hora y entrenaba en forma exhaustiva logrando desempeñarse eficazmente, no obstante, no demostraba placer con sus logros a menos que fuese reconocida por otros. Sus entrenadores, a quienes Alicia valoraba por su capacidad de reconocerla, darle ánimo y apoyarla en su entrenamiento, la seleccionaban entre sus compañeras para participar en competencias locales. Desde este relato se comprende que el éxito de la participación de Alicia en estas actividades no solo se debía a su capacidad física (capacidad de desempeño objetiva) y habilidad motora en estas actividades (desempeño ocupacional), sino también a la importancia que le asignaba a lograr relajarse y mantener su condición física con su consecuente compromiso por cumplir con estas rutinas (valores) y al apoyo y reconocimiento que le brindaba el ambiente social de ese lugar (impacto del ambiente).

El *parámetro de control*, el tercer concepto de los sistemas dinámicos, explica que cuando uno de los componentes cambia en forma crítica, el resto de ellos también lo

hace en menor o mayor medida, produciéndose un cambio en la dinámica del sistema y resultados diferentes en la participación o desempeño ocupacional (Kielhofner, 2011).

En el caso de Alicia, su angustia comenzó a aumentar cada vez que asistía a las competencias a pesar del tiempo de experiencia en ellas y al éxito de su participación. En esta situación, las condiciones físicas y sociales del ambiente apoyaban a Alicia a continuar participando y su capacidad y habilidades motoras seguían siendo las mismas. Sin embargo, su baja causalidad personal la hacía dudar de su desempeño en tal grado, que anticipaba fracaso ante cualquier intento de participación. Esto influyó negativamente en su concentración, comenzando a cometer errores y a experimentar fatiga rápidamente, disminuyendo así su desempeño habitual y aún más su sentido de eficacia. Esto la hizo optar por abandonar estas rutinas, que en su historia de niña le habían entregado tanto sentido, y buscar ayuda profesional.

Tan importante es esta interacción y dinámica entre los componentes de la ocupación humana que para que un cambio ocupacional prevalezca en el tiempo, se requiere de la exploración, el aprendizaje y la repetición de nuevos patrones de pensar, sentir y actuar en ambientes consistentes (Kielhofner, 2011).

El *proceso de la historia ocupacional* también es dinámico. Las personas pueden enfrentarse a cambios incrementales, transformacionales o catastróficos que requieren esfuerzos personales de menor o mayor grado de acuerdo a los patrones volitivos, de habituación y desempeño de las personas y a las condiciones ambientales reinantes. Por lo general, ante los cambios incrementales que ocurren como parte del desarrollo evolutivo, las personas tienden a *adaptarse por sí mismas con mayor o menor dificultad* si se encuentran relacionados con un ambiente favorecedor. Los cambios transformacionales, sin embargo, se producen ante eventos de vida que implican la entrada a roles ocupacionales distintos o a la entrada a ambientes culturales y sociales desconocidos, como por ejemplo el comenzar convivir con una pareja o casarse, el ser padre o madre por primera vez, cambiar de estudios escolares a superiores, cambiar de residencia de un país a otro o de una ciudad a una capital, otros. Estos cambios implican una *reorganización* de la participación ocupacional incluyendo los procesos de cambio volitivos y de habituación y el aprendizaje de nuevas habilidades ocupacionales ante estas nuevas circunstancias. Los cambios catastróficos son aquellos que responden a eventos de vida (personales, sociales o físicos del ambiente) que para las personas representan la necesidad de *reinventar* sus vidas ocupacionales. Esto requiere de una exploración de patrones de habilidad, hábitos, roles y en muchas ocasiones la reconstrucción del proceso volitivo y de los recursos físicos y sociales ambientales. No solo se incluyen aquí la ocurrencia de enfermedades severas o accidentes traumáticos, sino también eventos naturales y sociales, como terremotos, huracanes, incendios, guerras y pérdidas de todo tipo por diferentes circunstancias.

De esta manera, el MOHO integra la comprensión de la participación en ocupaciones como únicas para cada persona y sus circunstancias y visualiza su cambio y desarrollo personal como resultantes de su participación continua en que, a través de lo que hace y siente y piensa del hacer propio, mantiene y cambia sus aspectos

ocupacionales personales (Kielhofner, 2011). En la [figura 1.3](#) se enfatiza la constante interacción entre los cuatro componentes de la ocupación humana que facilitan la emergencia de la participación en ocupaciones y que en su continuidad en tiempo y a través de una dinámica de cambios resultan en la identidad y competencia ocupacionales.

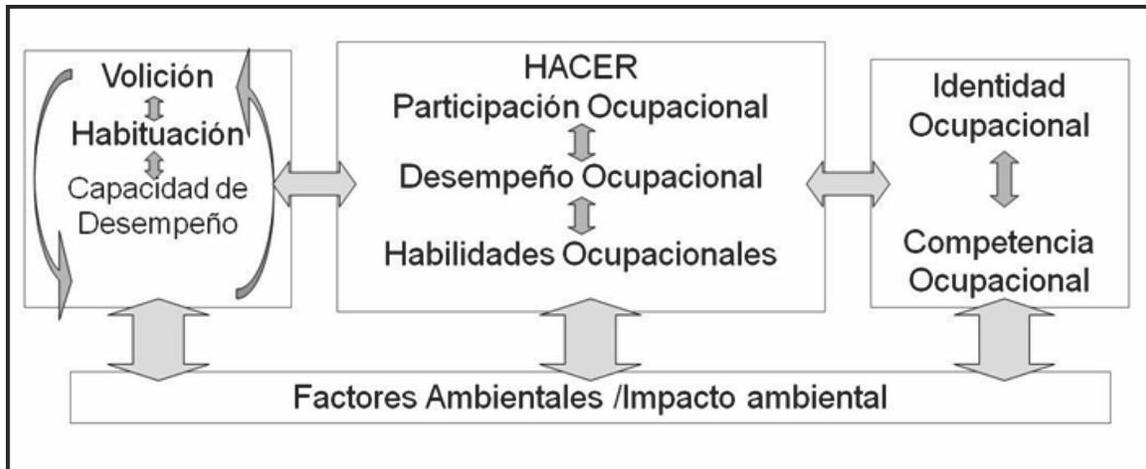


Figura 1.3. Dinámica del Proceso de Adaptación Ocupacional (De las Heras, 2010: 43).

Esta *visión y conceptualización dinámica* del proceso del hacer y del desarrollo de la identidad, competencia y adaptación ocupacionales es la que nutre el razonamiento terapéutico que acompaña los procesos de evaluación e intervención del MOHO.

#### 1.4.2. *Las etapas de cambio ocupacional y su continuo proceso de exploración, competencia y logro*

Comúnmente, el cambio ocupacional ocurre a través de una continua progresión desde la exploración al estado de competencia y finalmente estado de logro (véase [cuadro 1.6](#)). Esta progresión involucra por lo general cambios transformacionales y catastróficos. Las personas progresan en estas etapas de cambio cuando se involucran en nuevos roles, se integran a nuevos ambientes, o cuando organizan sus vidas de acuerdo a circunstancias o eventos importantes o adversos.

La forma en que cada persona enfrenta los cambios y le da significado es absolutamente única. Los terapeutas ocupacionales deben asumir que *el enfoque del cambio, la formación de una identidad ocupacional y la conciencia de este proceso a través de los patrones del hacer se centran en la persona*, lo que significa que el razonamiento terapéutico debe focalizarse en las necesidades particulares de cada individuo o grupo social, evaluando, planificando, enfrentando situaciones y reevaluando los logros y estrategias en conjunto con la personas. En la actualidad, los métodos

integrados de evaluación, la diversidad de instrumentos válidos y confiables a elección y las estrategias y procedimientos de intervención aseguran la comprensión del sentido único del cambio y por tanto un proceso de intervención específico y dinámico para cada persona o colectivo. Las partes II, III y IV de este libro aclararán las formas de abordaje en la vida en progreso de las personas.

*Cuadro 1.6. Etapas de cambio ocupacional (Kielhofner, 2011, pp. 127, 128)*

<i>Etapa</i>	<i>Definición</i>
<i>Exploración</i>	Primera etapa del cambio en la cual una persona intenta nuevas cosas, y consecuentemente aprende acerca de sus propias capacidades, preferencias y valores. Las personas exploran cuando aprenden a realizar nuevas formas ocupacionales, cambian en sus roles o cuando buscan nuevas avenidas de sentido y significado. La exploración otorga oportunidades de aprendizaje, de descubrimiento de nuevas formas de realizar las cosas y de descubrimiento de nuevas maneras de expresar habilidades y de aprender la vida. Lleva al sentido de cuán bien uno se desempeña, cuán placentera puede ser una actividad y qué significado puede tener en nuestras vidas. Esta etapa requiere de un ambiente relativamente seguro y poco demandante. Debido a que la persona que se encuentra en esta etapa todavía presenta inseguridad acerca de su capacidad o intereses, es que las oportunidades y recursos del ambiente en su totalidad son críticos.
<i>Competencia</i>	Etapa de cambio en la cual las personas comienzan a consolidar nuevas formas de hacer que fueron descubiertas a través de la exploración. Durante esta etapa las personas buscan adecuarse a las demandas de una situación a través de mejorar o ajustarse a las demandas y expectativas. Las personas en esta etapa se concentran y enfocan sus esfuerzos en lograr un desempeño consistente y adecuado. Este proceso lleva al desarrollo de nuevas habilidades, al afinamiento de habilidades ya presentes, y a la organización de estas habilidades en hábitos, lo que apoya el desempeño ocupacional. Esta etapa de competencia facilita en la persona un sentido mayor de control personal. A medida que las personas se motivan para organizar su desempeño en rutinas de participación ocupacional competente que es relevante a su ambiente, se involucran en un proceso de desarrollo, crecimiento y de lograr un nivel mejor de sentido de eficacia.

## Logro

Etapa de cambio en que las personas tienen suficientes habilidades y hábitos, lo que les permite participar totalmente en un nuevo trabajo, actividad de tiempo libre o nuevas actividades cotidianas. Durante esta etapa la persona integra un área de participación ocupacional en su vida completa. La identidad ocupacional es desarrollada para incorporar esta nueva área de participación ocupacional. Otros roles y rutinas deben cambiarse para acomodar un nuevo patrón general para poder mantener la competencia ocupacional. En los casos en que todas las áreas de participación estén cambiando, algunas de estas pueden obtener un nivel de logro antes que otras.

---

Las personas fluyen desde la exploración al logro en una realidad personal determinada y en su continuo a través de la vida expresándose de acuerdo a los tipos de ocupación y contextos ambientales en que la persona participa. La atención a la interacción de estos aspectos nos permite comprender el proceso volitivo y la adaptación ocupacional (De las Heras, 2010, 2011).

El fluir de la exploración al logro a través de la vida se ha definido como un proceso continuo de cambio natural en donde la infancia es caracterizada como un periodo exploratorio de conocimiento del mundo y de sí mismo, que más tarde, en la etapa de adolescencia y adultez temprana, evoluciona en una fase de competencia o adquisición de habilidades, aspectos volitivos y patrones de comportamiento específicos. Este proceso culmina en la edad adulta con el logro o la práctica sólida y adquisición y equilibrio de una variedad de roles ocupacionales y sentido de identidad, etapa que se caracteriza por la búsqueda de nuevos desafíos y manejo de responsabilidades (Kielhofner, 2011).

Las personas a su vez, en cada etapa de cambio, experimentan un proceso de exploración de desafíos y oportunidades nuevas, uno de aprendizaje de habilidades o desarrollo de ciertos patrones de desempeño con relación a ellos, y finalmente uno de afianzamiento de estos patrones y del proceso volitivo (véase [figura 1.4](#)). Por lo tanto, el continuo de cambio es dinámico y flexible de acuerdo a los eventos de vida y características propias. Esto nos permite visualizar el curso de la vida en progreso de cada persona y comprender un patrón único dentro de cada etapa vivida.

Al señalar que el proceso de cambio durante la vida es dinámico, se debe recordar la interacción constante entre los factores personales y los factores ambientales físico y social, cultural, económico y político (Kielhofner, 2011). Por esto el grado de participación, la eficacia del desempeño y la satisfacción ocupacional de una persona pueden variar de estado de un ambiente ocupacional a otro y de participar en una ocupación u otra. En forma significativa, *el equilibrio de la competencia e identidad emanado de la participación en distintas ocupaciones y en diferentes contextos*

*ocupacionales a través del tiempo es lo que hace a una persona sentirse, o no, satisfecho con un estilo de vida.* La comprensión de la adaptación ocupacional, entonces, solo se puede lograr en la medida que integremos el significado único que la interacción de las experiencias ocupacionales en distintos contextos otorga a cada persona (De las Heras, 2011).

La teoría del MOHO ha planteado tres niveles del hacer ocupacional que se retroalimentan constantemente:

- a) La participación ocupacional o el desempeño en roles ocupacionales.
- b) El desempeño ocupacional o el hacer las formas ocupacionales o tareas.
- c) Las habilidades ocupacionales necesarias para la compleción de estas formas ocupacionales (Kielhofner, 2011).

La participación en ocupaciones, al mismo tiempo, integra el sentir, pensar y actuar del ser humano. En las personas, estos últimos tres aspectos se entrelazan de distintas formas, cada uno tomando mayor o menor protagonismo de acuerdo a las realidades únicas volitivas y de capacidad de desempeño de cada persona.



Figura 1.4. Continuo y dinámica del proceso de cambio.

### 1.4.3. Dimensiones del hacer y el continuo de exploración, competencia y logro en las realidades únicas personales

En un acercamiento más profundo en la práctica a los niveles del hacer y tomando en cuenta los factores interrelacionados del sentir, pensar y actuar particulares en cada persona, se ha concluido la necesidad de ampliarlos de tal manera que permita conceptualizar y aclarar la perspectiva en el proceso de intervención con personas de diversas capacidades, incluyendo aquellas que por problemas severos de su capacidad de desempeño no pueden elaborar un pensamiento ni involucrarse en una acción observable, pero sí el experimentar a través del sentir una circunstancia o contexto ocupacional. Desde este acercamiento, se reemplaza el término “niveles del hacer” por el término *dimensiones de participación en el hacer*, que denota que existen diferentes formas de participación significativa válidas a la realidad única de cada persona (De las Heras, 2010, 2011).

Comprender el continuo de la exploración al logro en la realidad única de cada persona es una tarea crucial del terapeuta ocupacional. La realidad única se refiere a las características personales y ambientales propias de cada persona, a su *microrrealidad*, a su propio mundo (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2003). Algunas personas presentan problemas en su participación y desempeño ocupacionales debido primordialmente a una alteración en su capacidad de desempeño, otras debido más que nada a alteraciones volitivas o de habituación y otras a una combinación de aspectos ambientales que impactan en su hacer. Sin importar cuál sea el parámetro de control que influya en los demás aspectos y por ende en la emergencia de la participación y desempeño, esta perspectiva tiene como objetivo valorar y centrarse en el *potencial* de cada persona en relación con los *procesos de pensar, sentir y hacer*, que como se explicó anteriormente, constituye el sustento de ampliar la visión acerca de las formas de participar que el ser humano puede alcanzar en seis dimensiones:

1. La participación en roles y la totalidad de sus actividades.
2. La participación en una o más actividades de los roles.
3. El hacer de una o más formas ocupacionales o tareas de las actividades de los roles.
4. Realizar uno o más pasos de una forma ocupacional o tarea.
5. Desempeñar una o más acciones de un paso de una forma ocupacional.
6. Experimentar, a través del sentir, el contexto ocupacional en relación consigo mismo.

Las dimensiones de participación en el hacer están arraigadas entre ellas, por lo tanto su impacto es recíproco. Cada dimensión aporta a la participación ocupacional en roles significativos. El desempeño en roles significativos requiere de la participación en las actividades necesarias para el cumplimiento de sus objetivos, y las actividades, de la realización de formas ocupacionales o tareas para completarse. A su vez, para poder realizar las tareas se requiere de una secuencia de pasos, y estos de acciones con propósito (habilidades ocupacionales). Esta mirada reconoce la posibilidad de participar en cada una de las dimensiones, en algunas o en una sola, dependiendo de las

capacidades y estado motivacional únicos de la persona.

En las dimensiones de participación en el hacer identificadas se incorpora la más básica: *el experimentar a través del sentir el contexto con relación a sí mismo*. Esta dimensión rescata la importancia que las emociones y sentimientos tienen en la vivencia de la experiencia de sentido volitivo y la consideración de la participación activa de las personas por parte de los terapeutas durante el proceso de elección de situaciones ocupacionales relevantes que impacten positivamente en su bienestar y calidad de vida, independientemente de su capacidad de pensar y actuar. Como se establece en el proceso de remotivación y el cuestionario volitivo (De las Heras *et al.*, 2007; De las Heras *et al.*, 2003), el terapeuta ocupacional debe hacerse experto en valorar aquellos indicadores sutiles que le permitan ofrecer oportunidades ambientales que evoquen un sentido de placer y satisfacción.

La conceptualización del continuo de cambio enmarcada dentro de la realidad única de cada persona tiene como parámetro de valoración *el potencial más alto en que la persona puede desempeñarse* (no importa cuál sea este), la singularidad de las características de su proceso volitivo y la realidad de su entorno. Es así como cada persona fluye, dentro de su realidad, en un continuo de exploración, competencia y logro.

Por ejemplo, una señora de 80 años con demencia senil avanzada presenta un potencial de desempeño de poder girar su cabeza y enfocarse en un objeto por unos segundos y un proceso volitivo que se enmarca en *experimentar* las situaciones ocupacionales ofrecidas en el ambiente al nivel de sentirlas momentáneamente. La comprensión del potencial de esta señora mayor otorga un parámetro para observar el continuo de cambio en base a expresiones, reacción emocional, relajación muscular u otros criterios que indiquen su sentido de comodidad y placer en los momentos en que se ofrezcan situaciones significativas que evoquen la experiencia del sentir de aquellos momentos de su vida en que podía ejercitar su pensar y hacer. Dentro de esta realidad, el terapeuta podría comprender cuando la persona siente diferentes grados de satisfacción y cuando la persona, en sus condiciones, experimenta un estado de logro volitivo. Tomando en cuenta el continuo de cambio y el significado general de exploración, competencia y logro, esta persona podría conceptualizarse fácilmente en un estado exploratorio. Sin embargo, al centrarse en su microrrealidad, esta misma persona podría estar viviendo un estado de logro. Esta última mirada basada en la realidad única de la persona es la que permite realizar un trabajo centrado en la persona en forma exitosa (De las Heras, 2010, 2011).

#### *1.4.4. Importancia de la relación dialéctica entre la persona y su ambiente: impacto mutuo*

El MOHO fue el primer modelo de la profesión en incorporar al ambiente como aspecto fundamental a considerar en la ocupación humana. Desde sus inicios se consideraron las

dimensiones físicas y sociales del ambiente que tienen un impacto directo en el desempeño ocupacional, como son los objetos, las tareas o formas ocupacionales y los grupos sociales y organizaciones, en conjunto con la cultura como elemento esencial a tomar en cuenta (Kielhofner, 1985, 1995, 2004). A medida que se ha desarrollado la teoría y práctica del MOHO en todo el mundo estos elementos se han especificado con mayor precisión e integralidad, desarrollando instrumentos de evaluación específicos en torno al concepto de *impacto ambiental*. En la primera década del año 2000, en base a las reflexiones de terapeutas ocupacionales de países y culturas distintas que aplican este modelo en la comunidad con minorías que presentan realidades ocupacionales deficitarias, se agregaron en *forma explícita* dimensiones ambientales importantísimas como son las condiciones políticas y las condiciones económicas. Estas, en conjunto con la cultura, se identifican actualmente como *dimensiones globales* del ambiente; es decir, que definen la macrorrealidad de los ambientes en donde la participación ocupacional toma forma. Tal cual como impactan las dimensiones específicas del ambiente, estas dimensiones globales pueden facilitar o restringir las posibilidades de una participación ocupacional satisfactoria.

La relación entre las personas y su ambiente es *dialéctica* (Kielhofner, 1995). Esto quiere decir que tanto las personas como sus ambientes se influyen mutuamente de distintas maneras. Las personas necesitan ambientes que faciliten su participación en ocupaciones deseadas y por lo tanto buscan contextos que se ajusten lo mejor posible a ello. Cuando no es posible participar ocupacionalmente en ambientes relativamente favorables, las personas *crean* sus propios contextos o intentan *cambiar* algunos aspectos ambientales para lograr mayor eficacia, eficiencia y satisfacción durante su participación y desempeño ocupacionales. Estos cambios que las personas realizan ocurren día a día en el hacer en solitario o con otros (cambiar objetos de lugar, correr muebles, adornar espacios personales, pedir a otros un favor, reclamar por una cobranza equívoca, solicitar a otros un cambio de actitud, educar a la comunidad a través de eventos masivos y muchos otros). Hay espacios sociales que se crean de acuerdo a la ocurrencia de cambios incrementales, transformacionales o catastróficos como lo son las agrupaciones de minorías, los espacios privados de los adolescentes fuera de su hogar, la utilización de espacios públicos para cumplir distintas metas de un colectivo y los espacios virtuales que en la actualidad se utilizan con diversos propósitos ocupacionales, tales como distraerse, trabajar, estudiar, comunicarse, informarse, entre otros.

A su vez, las diversas dimensiones y características de estos ambientes impactan en la volición, patrones de desempeño y capacidad de desempeño de las personas influenciando en distinto grado lo que hacen y llegan a ser. En este modelo se propone que el ambiente presenta dos amplias influencias en la participación y el desempeño ocupacionales: las oportunidades y recursos y las demandas y restricciones (Kielhofner, 2011). El grado en que un contexto ocupacional impacte positiva o negativamente la participación y el desempeño dependerá del *equilibrio existente entre las oportunidades y las demandas para cada persona o colectivo de acuerdo a sus características ocupacionales únicas*, en otras palabras, del grado de compatibilidad existente entre

ambos. En este sentido, las personas pueden compartir un mismo contexto ocupacional y experimentar en forma diferente su impacto en su desempeño y satisfacción. Por ejemplo, a una persona en que sus valores se relacionan fuertemente con el cumplimiento de expectativas sociales, con una vida que ofrezca desafíos y oportunidades de desarrollo personal es más probable que un ambiente de trabajo que presente parámetros altos de desempeño en cuanto a calidad y eficiencia y cambio de roles (demandas) le impacte positivamente. En cambio para otra, estos mismos parámetros de desempeño del lugar pueden constituir una restricción o inhibición de su participación, porque, a pesar de tener valores similares, presenta un sentido de eficacia muy bajo y rigidez ante el cambio en la organización de sus horarios que no son compatibles con las expectativas del contexto.

Muy conocida es la situación de la accesibilidad, disposición y organización de los espacios y objetos y lo que significa en la facilitación o restricción del desempeño ocupacional para las personas que presentan dificultades físicas, cognitivas o sensoriales. Por lo general, en los países americanos de habla hispana este es todavía un tema que se encuentra en proceso de resolución. Así mismo, las condiciones económicas pueden restringir la privacidad, la seguridad y la participación en ocupaciones de las familias numerosas que deben compartir su vida en un solo cuarto. Los grupos sociales y el grado de permeabilidad o aceptación que presenten con lo *diferente* también constituyen una importante variable en las posibilidades equitativas de participar en ocupaciones significativas y poder entrar en contextos deseados. La cultura impregna de valores, tradiciones y formas de visualizar la vida a los distintos grupos sociales en forma transversal, influenciando fuertemente como estos priorizan su organización y recursos.

Los conceptos discutidos aquí deben ser incorporados tanto en los procesos de evaluación como de intervención del MOHO. Más aún, para lograr una intervención eficaz y eficiente, las dimensiones del ambiente y sus características y cómo impacta cada una de ellas en la volición, habituación y capacidad de desempeño de una persona deben conocerse a cabalidad. El [cuadro 1.7](#) resume la definición de cada una de estas dimensiones y sus características (Kielhofner, 2011, 2004, 1995, 1985).

*Cuadro 1.7. Dimensiones específicas del ambiente y sus características*

AMBIENTE FÍSICO	
<i>Dimensión</i>	<i>Características</i>
<i>Espacios</i> Corresponden a los contextos físicos existentes, ya sean naturales o contruidos por el hombre y sus procesos tales como el clima, el cambio de estaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad: la posibilidad de entrada a espacios diversos determinada por sus características naturales o por la construcción de accesos apropiados a un lugar o dentro de ese lugar.</li> <li>• Tamaño: la amplitud necesaria de los</li> </ul>

(espacios naturales) y el flujo del tráfico en las calles, el movimiento de ascensores dentro de edificios o procesos de comunicación virtual (espacios construidos).

- espacios naturales o construidos.
- Distribución: la disposición de los espacios y sus vías comunicantes.
- Características sensoriales: grado de luminosidad natural y artificial, olores, ventilación, colores, grado de humedad.
- Privacidad: la posibilidad que el espacio brinda de poder realizar ocupaciones en solitario o en grupo sin que otros observen o escuchen.
- Seguridad: grado de tranquilidad ante posibles eventos físicos o sociales indeseables.

---

### *Objetos*

Son las cosas naturales o fabricadas con las que las personas realizan lo que quieren o deben hacer.

- Disponibilidad: la presencia de objetos necesarios para realizar una tarea. Incluye su distribución y visibilidad en el espacio.
- Complejidad: la demanda de habilidad que el uso de un objeto implica para una persona en relación con su capacidad y uso previo de este.
- Flexibilidad: la diversidad de cosas que puedo hacer con un objeto determinado.
- Significado simbólico: la relevancia que presenta un objeto en cuanto a su potencial de uso y al reflejo de lo que las personas son y hacen o quisieran hacer.
- Atributos sensoriales: el peso, la textura, el tamaño, el color y olor de los objetos.

---

### *Formas ocupacionales o tareas*

Secuencias de acciones en las que las personas se ocupan con el fin de completar una o varias actividades relevantes. Estas se sustentan en convenciones sociales tradicionales de cómo llevarlas a cabo respondiendo a su vez a motivos internos impregnados de la cultura.

- Complejidad: la demanda de habilidad que la realización de la tarea implica para la persona de acuerdo a su capacidad y práctica previa en llevarla a cabo.
- Reglas y estructura: parámetros reconocibles de cómo llevar a cabo la tarea y el grado de flexibilidad y claridad que estos otorgan para su realización.
- Límites de tiempo: unidad de tiempo que toma la realización de una tarea y su frecuencia y ocurrencia durante el día y

estaciones del año.

- Seriedad/diversión: la demanda de actitud que el contexto y expectativas personales de desempeño exitoso requieren de la persona en el desempeño de una tarea.
- Dimensión social: el grado de competitividad o colaboración, privacidad o exposición social que una tarea demanda y las posibles combinaciones que en ellas ocurran. Una práctica deportiva puede ser privada y colaborativa y convertirse en una competitiva y pública en un torneo.

---

### *Grupos sociales*

Agrupaciones de personas que se reúnen con regularidad por objetivos comunes, presentando una dinámica propia que genera espacios sociales específicos.

- Tamaño: número de miembros de un grupo social.
  - Objetivos: propósitos por los que el grupo social se reúne.
  - Permeabilidad: grado de apertura que un grupo tiene para integrar a nuevas personas determinado por la flexibilidad de los valores e intereses de sus miembros.
  - Clima: atmósfera generada por los valores e intereses del grupo que determina el grado de compromiso e internalización de roles.
  - Demandas de roles: expectativas de desempeño de roles que los miembros de un grupo determinan entre sí y la consecuente calidad y compromiso de su participación en ellos.
  - Complejidad estructural: nivel de estándares y límites determinados por los miembros del grupo en cuanto al grado de compromiso y especialización en sus roles, lo que define su organización social (simple o compleja).
-

Las características de las dimensiones específicas se entrelazan en cada contexto ocupacional (Kielhofner, 2011), facilitando y demandando el desempeño ocupacional y definiendo un impacto único en cada persona. Es más, si se consideran los diferentes contextos ocupacionales con que las personas interactúan día a día, ya sea el hogar, el vecindario y sus espacios, los lugares de estudio o trabajo y contextos de diversión, se puede apreciar la complejidad que implica la negociación constante entre sus características ocupacionales y aquellas del ambiente para lograr los objetivos personales del diario vivir (véase la [figura 1.5](#)). Muchas veces, cuando las personas atraviesan por cambios transformacionales o catastróficos, deben realizar un trabajo de reconocimiento de las oportunidades y demandas de estos contextos ocupacionales o de otros nuevos y habituarse a nuevas estrategias de negociación (véanse [partes II](#) y [III](#) de este libro).

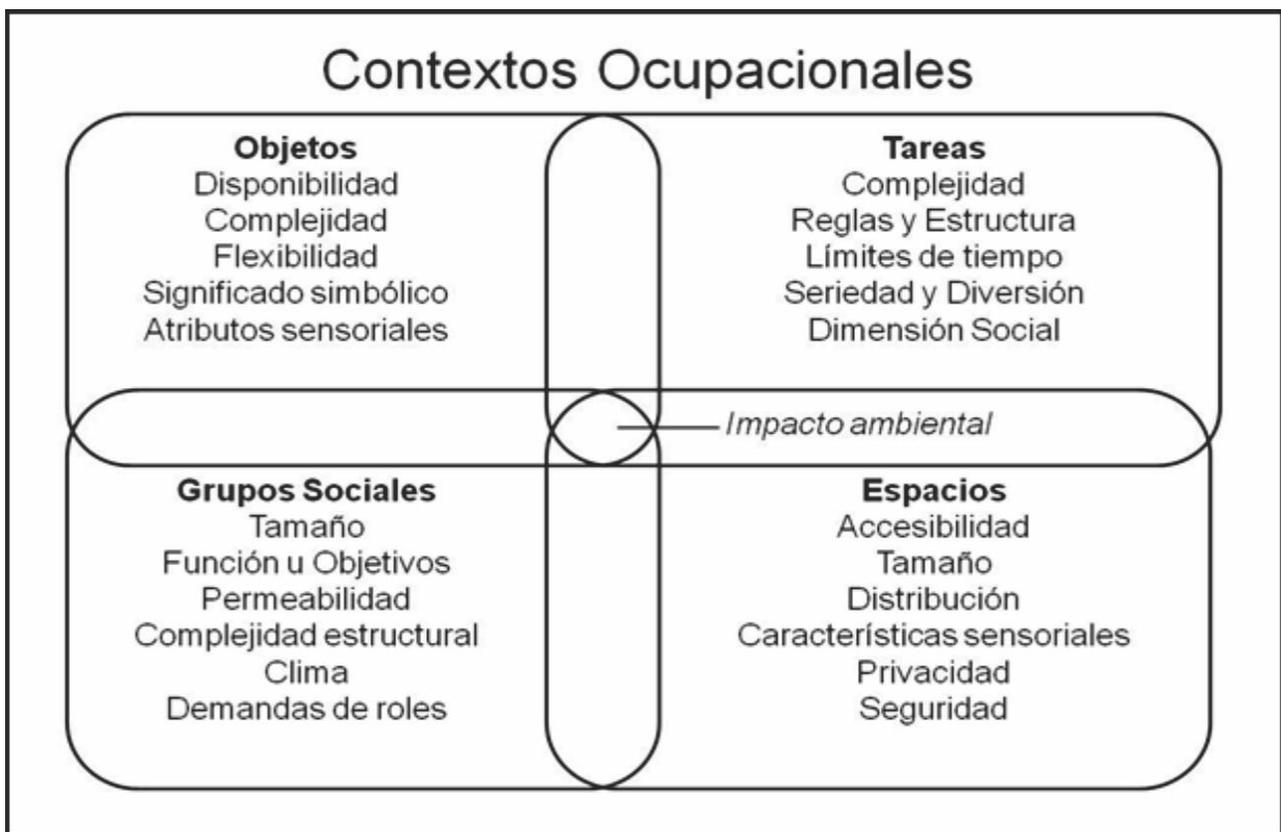


Figura 1.5. Dimensiones ambientales específicas e impacto ambiental.

Impacto ambiental se refiere al grado en que las características del ambiente físico, social y las dimensiones culturales, económicas y políticas facilitan o restringen el desempeño y la participación ocupacional según las características de la volición, habituación y capacidad de desempeño de cada persona o grupo (Carmen Gloria de las Heras de Pablo, 2010, p. 21).



## PARTE II

# PROCESO DE EVALUACIÓN: VARIABLES ESPECÍFICAS PARA EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN

## 2

### *Premisas y etapas del proceso*

El proceso de evaluación del Modelo de Ocupación Humana corresponde a un continuo de exploración y construcción de la conceptualización de la situación ocupacional única de las personas y los aspectos específicos que esta entrelaza. Este proceso comprende una secuencia de procedimientos que el terapeuta realiza en conjunto con la persona y sus grupos sociales relevantes con el objetivo de obtener información integral, acuciosa y relevante que permita priorizar los objetivos y el plan de acción en cada etapa de su proceso de cambio. Este capítulo profundiza sobre las premisas a tener en cuenta para su implementación y las etapas que se llevan a cabo para asegurar su significado y relevancia.

#### **2.1. Premisas del proceso de evaluación**

En el MOHO, el proceso de evaluación es considerado también intervención. Esto significa que desde el primer contacto que se tiene con las personas se comienza el conocimiento mutuo y el establecimiento de una relación terapéutica. Esta relación terapéutica, que implica el desarrollo de empatía, respeto y confianza, se nutre a través de la evaluación centrada en las necesidades de la persona favoreciendo su participación activa en la determinación de sus objetivos, pensamientos y sentimientos en relación con su vida y realidad ocupacional.

Para llevar a cabo el proceso de evaluación como intervención, el terapeuta ocupacional debe considerar las siguientes premisas:

1. La evaluación debe ser un proceso continuo.
2. El proceso de evaluación debe ser relevante para la persona.
3. El proceso de evaluación debe ser realizado en colaboración con la persona.
4. El proceso de evaluación debe ser dinámico y flexible.

La continuidad del proceso evaluativo responde a los principios de cambio del

MOHO que enfatizan que las personas, en su permanente relación con medios ambientes diversos, descubren y ensamblan nuevas formas de participar y de desempeñarse. Los contextos que, en conjunto con la persona se acuerdan explorar e integrar en la participación durante el proceso de cambio y la facilitación del terapeuta de la participación satisfactoria, promueven el cambio constante. La evaluación entonces *no se concibe como un corte transversal* de un momento determinado en que se establece un diagnóstico ocupacional y a una repetición de este al finalizar el proceso terapéutico. La evaluación, en cambio, corresponde a una práctica sostenida en el tiempo que se realiza en forma natural a través del intercambio de experiencias y observaciones con las personas como parte de la cotidianidad, y toma formalidad en momentos que es necesario revisar los objetivos alcanzados, las estrategias y los procedimientos llevados a cabo para facilitar el cambio y tomar decisiones en conjunto acerca de los próximos pasos a seguir.

Uno de los aspectos que se resalta en este modelo conceptual de la práctica es el *respeto por el sentido y significancia* que la participación en la vida ocupacional entrega a las personas y por ello el respeto a la apreciación subjetiva de su realidad. Por consiguiente, el proceso de evaluación debe otorgar significado y significancia a las personas, es decir, debe ser relevante. ¿Qué significa esto? Primero, significa que se requiere poner atención especial al proceso volitivo de cada persona y su evolución histórica. Segundo, se requiere poner atención especial a las todas las dimensiones ambientales que han sido fundamentales en el desarrollo del proceso volitivo y por ende en la formación de su identidad ocupacional. En esto, la cultura y grupos sociales con que la persona se ha identificado han sido enfatizados por el MOHO como elementos cruciales a considerar en todo momento del proceso de evaluación e intervención debido al rol preponderante que desempeñan en el desarrollo de valores y significados personales que otorgan una visión de prioridades y guían las elecciones de participación y de acción en todo momento de cambio. El terapeuta ocupacional, por tanto, debe seleccionar cuidadosamente los métodos de evaluación que sean precisos y útiles para la realidad de cada persona y que respondan a necesidades clave al momento de cambio vivido, a los motivos de este cambio y a las condiciones de capacidades cognitivas, físicas y emocionales de las personas (véanse [capítulos 3 y 4](#)).

El realizar el proceso de evaluación en colaboración con la persona se relaciona directamente con la visión del MOHO en considerar a la persona como activa en su proceso de cambio. Esto quiere decir que promueve en cada instante del proceso su participación activa en la construcción del razonamiento terapéutico en conjunto, específicamente en la entrega de información acerca de sí misma y de sus contextos ocupacionales, en el proceso de conceptualizar su realidad ocupacional, en el establecimiento de prioridades a abordar y en identificar objetivos personales en relación con lo anterior. En el proceso de evaluación con el MOHO se considera a la persona como *experta* en lo que necesita potenciar en su vida y en las formas de lograrlo. Para esto el terapeuta requiere desarrollar una actitud empática y generar una relación horizontal respetuosa en la que cada uno colabora con sus potenciales en el proyecto

común de clarificar las necesidades ocupacionales para decidir objetivos relevantes en el proceso de cambio. Es así como una persona puede plantear algo diferente a las expectativas objetivas del terapeuta e insistir en ello. El terapeuta puede entregar su opinión con respeto y explorar si es posible negociar un acuerdo. Cuando las personas insisten en intentar algo, significa que es algo importante; más aún, una prioridad para ellas. En estas situaciones el terapeuta debe otorgar la oportunidad de explorar esta alternativa, acompañando a investigar lo que se requiere hacer para cumplir el objetivo.

Al momento de concluir una entrevista narrativa histórica con Cecilia (25 años), el terapeuta recogió y validó la información entregada por ella y acordaron conclusiones. Luego procedió a invitarla a plantearse metas de acuerdo a lo que ella le había dado énfasis y rescatado como más importante en el conocimiento de sí misma a través de la conversación. Cecilia, que había vivido alejada de participar en su comunidad durante largo tiempo, planteó el objetivo de vivir sola en un apartamento de un barrio acomodado de la ciudad, lejos de allí. Sus recursos económicos eran escasos, dependía completamente de los ingresos de su madre, quien era profesora de arte en una escuela de niños del barrio. Durante 10 años sus experiencias ocupacionales se relacionaron con actividades que “la distraían”, como ver televisión y jugar juegos de mesa cuando su mamá se lo pedía. Su actividad más importante era dormir, explicando que de ese modo se “relajaba” y “olvidaba sus problemas físicos”. Identificó como mayor problema el que su mamá no la apoyara en su deseo de vivir sola. Tomando en cuenta la realidad ocupacional y la necesidad imperante de Cecilia, el terapeuta la invitó a conocer los costes de los apartamentos en dos barrios mencionados por ella, revisando los anuncios del periódico y visitando estos lugares. Además de compartir responsabilidades de las averiguaciones, entre ambos analizaron el alto precio de los apartamentos y procesaron cuáles eran las acciones que se debían realizar para lograr este objetivo. Dentro de las conclusiones, Cecilia identificó que la única forma de poder lograr su objetivo de vivir sola era trabajar para recibir ingresos, y dentro de las posibilidades económicas que esto le brindaba, la opción era construir un espacio propio en el patio de atrás de la casa en la que vivía con su madre.

En el ejemplo anterior se muestra como el terapeuta respeta la segunda y tercera premisas tomando en cuenta y validando las necesidades e historia ocupacional de la persona, acompañándola a explorar lo que ella deseaba y no podría alcanzar por situaciones vitales evidentes, dándole la oportunidad de descubrir por ella misma, en forma activa, su situación y condiciones y plantearse un objetivo que fuese posible de alcanzar para cumplir con su necesidad de autonomía de su madre. Es más, este proceso apoyó a Cecilia a evaluar con detalle las condiciones ambientales en que su vida se desarrollaba, fortaleciendo el proceso de evaluación en conjunto.

El MOHO, al ser un modelo centrado en las personas y sus vidas ocupacionales, necesita ser implementado en forma dinámica y flexible. Por el hecho de ser continuo, el proceso de evaluación toma forma y significado de acuerdo a los momentos de cambio vividos por la persona. Por consiguiente, el terapeuta deberá incorporar métodos distintos de evaluación durante el proceso y entrelazarlos juiciosamente, de tal manera de que la persona adquiera un mayor sentido y control en el desarrollo de su autoconocimiento, autodeterminación y actitud proactiva ante su futuro. La flexibilidad requerida exige al terapeuta que se mantenga abierto a los posibles altos y bajos de una vida en progreso y que sea capaz de comprender que las personas tienen todo el derecho a decidir que

necesitan espacios de espera o de reflexión ante desafíos nuevos, como también que decidan discontinuar el proceso de intervención con fundamentos sólidos. Como se resaltó anteriormente, el proceso de evaluación implica el revisar y renovar objetivos personales planteados en un comienzo y con ello revisar y renovar el plan de acción acordado, por lo tanto el dinamismo, al igual que la flexibilidad, toma forma cuando el terapeuta cambia, adapta o elimina formas de intervención que la evaluación de progreso en conjunto con la persona indica (véase más adelante en “Etapas del proceso de evaluación”).

La aplicación a conciencia de los instrumentos de observación de la volición, el Cuestionario Volitivo (VQ) y el Cuestionario Volitivo Pediátrico (PVQ), en conjunto con la habilidad, el razonamiento terapéutico y la actitud empática del terapeuta ocupacional, hacen posible la participación activa en el proceso de evaluación de personas que por problemas de habilidades de comunicación y procesamiento, o por problemas severos en sus capacidades cognitivas o emocionales no son capaces de manifestar sus procesos de motivación por el hacer, ni discutirlos de manera habitual. Uno de los objetivos fundamentales de los dos instrumentos es el que los terapeutas ocupacionales y otras personas relevantes en la vida de estas personas puedan “leer” a través de acciones, expresiones y comportamientos los intereses, valores, causalidad personal, las decisiones y elecciones de actividad que demuestran en diversos contextos ocupacionales. La interpretación de la volición a través del análisis de los indicadores volitivos observados y contextualizada a las diversas circunstancias ocupacionales y la obtención de la comprensión de su narrativa histórica a través de la aplicación de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II) con personas cercanas relevantes, permite guiar el desarrollo de sus procesos de cambio y sus programas de acuerdo a sus necesidades motivacionales (véase [capítulo 4](#)).

## **2.2. Etapas del proceso de evaluación: procedimientos consecutivos que aseguran eficiencia y eficacia**

El proceso de evaluación es un continuo y se desarrolla en distintas etapas que ocurren fluidamente una tras otra según la información relevante recogida desde el primer acercamiento con la persona y a través del proceso de cambio. Las etapas fluyen en forma lógica desde la comprensión integral de la participación ocupacional de la persona a la obtención de información específica de los aspectos que requieren de una evaluación más exhaustiva y continúa con el establecimiento de objetivos relevantes de intervención y plan de acción, para luego, durante el proceso de cambio, continuar reevaluando las necesidades de acuerdo a objetivos logrados (véase [cuadro 2.1](#)).

### *2.2.1. Primera etapa: evaluación integral inicial*

El objetivo de esta etapa es comprender íntegramente la participación ocupacional y generalidades de la historia ocupacional de la persona. La importancia de esta etapa radica en dos aspectos fundamentales. El primero es que en este momento se establece el comienzo de la intervención centrada en la persona y el segundo es que el proceso de conceptualización de la información recabada guiará la necesidad de realizar o no una evaluación más detallada sobre los aspectos que se requieren clarificar.

Para lograr este objetivo se debe obtener información sobre el perfil ocupacional en base al MOHO conociendo de forma global el impacto que los factores personales y ambientales específicos tienen en la participación ocupacional en los distintos contextos relevantes. A su vez, de importancia crucial es conocer la macrorrealidad ambiental (cultura, condiciones políticas y económicas) que acompaña la vida ocupacional de la persona. Este conocimiento global se adquiere durante una a dos semanas desde el primer encuentro con la persona, periodo que culmina con la primera conceptualización de la realidad ocupacional construida en conjunto.

Al comienzo de esta etapa, y para asegurar la selección apropiada de los métodos de evaluación, el terapeuta se puede beneficiar de un razonamiento terapéutico que se realiza haciendo preguntas relevantes que serían importantes de responder en la evaluación ocupacional respecto de los distintos factores personales y ambientales que el MOHO considera. Estas preguntas se elaboran tomando en cuenta las condiciones generales que caracterizan la vida de la persona (Kielhofner, 2011).

Un terapeuta ocupacional conoce la misión custodial de un hospital público que acoge a niños pequeños con cáncer. Estos, en su mayoría, pertenecen a familias de escasos recursos que provienen de zonas rurales y deben permanecer por largo tiempo dentro de la institución. El terapeuta puede preguntarse: ¿cuál ha sido la competencia ocupacional de este niño previo a adquirir cáncer?, ¿cuáles eran sus intereses de juego, escolares, hogareños?, ¿se sentía satisfecho?, ¿cuáles son los valores culturales que lo han acompañado?, ¿cuáles son las características del ambiente físico de su hogar, campo y escuela?, ¿cuáles podrían ser las condiciones de su capacidad de desempeño que estarían restringiendo o facilitando su desempeño y participación en sus actividades más importantes?, ¿es la gravedad de su enfermedad o el tratamiento el que causa más problemas en su capacidad de desempeño?, ¿cómo se siente y percibe el niño con este cuerpo enfermo?, ¿cuán confiado se siente el niño en su participación en el juego u otras actividades significativas?, ¿cómo se percibe el niño en estas condiciones de salud?, ¿y en relación con sus amigos y hermanos?, ¿cuáles son las cosas, actividades y personas más importantes para él?, ¿cuáles son las actividades que le otorgan mayor placer? Con relación al ambiente: ¿cuál es la actitud de sus padres y hermanos frente a esta situación?, ¿han recibido educación suficiente por parte del equipo médico?, ¿han sido acogidos lo suficientemente bien?, ¿con cuánta frecuencia puede su cuidador principal acompañar y apoyar al niño en el hospital?, ¿tiene el cuidador recursos para viajar?, ¿cómo perciben sus padres su eficacia y eficiencia en su rol de cuidadores?, ¿cuánta energía sienten tener para enfrentar esta situación y continuar desempeñando sus roles?, ¿cómo visualizan los padres la posibilidad de que su hijo con esta enfermedad participe en sus actividades más importantes, como el juego, el estudio y el propio aseo personal?, ¿cómo ve el personal a este niño en términos de sus posibilidades de participación?, ¿cuál es la forma en que el personal se relaciona con el niño?, ¿cómo impacta el ambiente físico de las salas donde se encuentra el niño en su motivación, sus rutinas y su desempeño?, ¿qué oportunidades de participación fuera de sus tratamientos se le ofrecen?

Al hacerse estas preguntas el terapeuta puede decidir realizar una entrevista informal a sus padres y al niño y aplicar el instrumento SCOPE para recoger información sobre los factores personales y ambientales que influyen en la participación del niño en diferentes contextos de actividad dentro de la institución. De acuerdo a estos resultados definiría la necesidad de indagar específicamente otros aspectos.

Lo más habitual en la evaluación inicial es que se entrelacen los métodos no estructurados con algún instrumento de evaluación del MOHO escogido (métodos estructurados) que sea posible completarse de acuerdo a las condiciones de la persona y realidad del contexto de trabajo. Por ejemplo, los perfiles de participación ocupacional del MOHO para niños y adultos (SCOPE y MOHOST) han sido utilizados frecuentemente en esta etapa porque reúnen la información a través de diversos métodos no estructurados y estructurados otorgando esta visión integral y apoyando el proceso de conceptualización. En otras ocasiones un instrumento de entrevista rigurosamente escogido y la aplicación de métodos no estructurados han sido eficaces, y en otras, la utilización de métodos no estructurados.

### *2.2.2. Segunda etapa: evaluación específica*

Un requisito para decidir evaluar en detalle uno o más aspectos específicos es haber razonado acerca de la persona y su ambiente analizando los aspectos que facilitan su participación ocupacional y sobre aquellos que la restringen. Esto incluye el identificar estos aspectos teniendo presente que el MOHO hace hincapié en resaltar los potenciales, lo que implica que el terapeuta debe analizar cómo los aspectos facilitadores apoyan a la participación ocupacional y la hacen posible superando los aspectos que la restringen, cumpliendo expectativas de sus roles significativos. Por ejemplo, si una persona presenta problemas en sus habilidades motoras pero es capaz de resolverlas porque posee las habilidades de procesamiento intactas y se desenvuelve en ambientes que ofrecen el apoyo justo para poder desempeñarse en sus roles o actividades significativas, no habría necesidad de realizar una AMPS porque la persona no lo requiere. En este caso solo sería necesario reafirmar su participación y promover aún más sus potenciales o felicitar y comunicar a la persona que no requiere intervención de Terapia Ocupacional.

Es importante destacar esta situación porque a menudo, cuando la persona presenta un diagnóstico o problema físico o de otro tipo, el terapeuta ocupacional piensa en evaluar de inmediato habilidades precisas. También ocurre que el terapeuta decide evaluar las habilidades en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) por el mismo motivo. El MOHO se centra en descubrir cómo las personas resuelven su desempeño en las distintas actividades antes de evaluar el desempeño específico. De este modo, en un acercamiento inicial, el terapeuta debería preguntar primero: ¿cómo hace usted para vestirse?, ¿qué recursos utiliza?, ¿podría darme un ejemplo? Estas preguntas tienen relación con un razonamiento integral de conocer cómo se desenvuelve la persona

usando su creatividad, potenciales y recursos y si está satisfecha con ello antes de pensar si lo realiza o no de la manera “correcta” respetando los parámetros convencionales. Los hábitos de desempeño son distintos en cada persona, es decir, el cómo realizar una actividad dependerá de múltiples variables, no tan solo de la capacidad de desempeño.

Ahora bien, cuando la persona presenta dificultades en su participación ocupacional debido a factores que la restringen y que no pueden ser resueltos con la integración de potencialidades y recursos, es que se escogen los instrumentos de evaluación del MOHO que sean pertinentes para comprender más precisamente el problema (véanse los [capítulos 3, 4 y 5](#)). Una vez que se ha recabado y procesado la información precisa sobre estos aspectos específicos, el terapeuta debe profundizar sobre la interacción de los componentes y reflexionar acerca de su dinámica en el tiempo para poder conceptualizar el problema.

### *2.2.3. Tercera etapa: integración de resultados de evaluación integral y específica. Planteamiento de objetivos*

En esta etapa el conocimiento integral acerca de la persona se entrelaza con el conocimiento específico de los aspectos evaluados más profundamente y se busca identificar objetivos únicos basados en las necesidades ocupacionales. El conocimiento integral que previamente se había conceptualizado con la persona otorga las bases para desarrollar un plan de acuerdo a quién es la persona y la realidad ambiental con la que interactúa. En otras palabras, pone en perspectiva el proceso de cambio. El razonamiento de la etapa anterior provee clarificación en determinar prioridades y en identificar los recursos personales y ambientales que se deben potenciar para superar las limitaciones. De la misma manera se analizan en conjunto las posibilidades de promover aquellos aspectos y roles ocupacionales o participación en actividades o tareas que sí se pueden mantener y potenciar y cómo desarrollar en forma progresiva los aspectos precisos que interfieren en su participación satisfactoria.

El planteamiento de objetivos se realiza priorizando aquellos con mayor significado en la vida ocupacional de la persona. En este momento, y si la persona se encuentra en condiciones, el terapeuta ocupacional comparte contenidos sobre la participación ocupacional, que aspectos influyen en su emergencia y cómo estos aspectos interactúan en su vida ocupacional. Esta información apoya el análisis y el intercambio más activo entre ambos y entrega control y confianza a la persona en este proceso. A su vez, el terapeuta puede sugerir algunos objetivos que se deban trabajar que impacten positivamente en el desarrollo de varios otros aspectos identificados por la persona como importantes.

### *2.2.4. Cuarta etapa: reevaluación constante*

Esta etapa se lleva a cabo en forma continua durante el proceso de cambio de manera formal e informal. Al momento de establecer objetivos precisos y medibles con la persona se establece el tiempo aproximado en que esperan lograrse y se planifica el plan de acción y tipo de procedimientos que se han de seguir. De acuerdo a esto se evalúa el logro de estos objetivos en el tiempo estipulado en donde ambos intercambian impresiones del avance de estos. A su vez se revisa el plan de acción, estrategias y procedimientos llevados a cabo. Se destacan además aquellos aspectos logrados adicionalmente a los planteados en un comienzo. El terapeuta enfatiza en identificar todos aquellos logros por pequeños que parezcan e invita a reflexionar acerca de qué manera estos podrían ser una base sobre la cual se establezcan nuevos objetivos de mayor desafío.

En este proceso se pueden utilizar los instrumentos de evaluación escogidos previamente para apoyar el análisis del cambio en conjunto, donde el terapeuta comparte su visión y se abre a la opinión de la persona. Estos sirven como apoyo concreto para la reflexión. A medida que la persona avanza y adquiere mayor autonomía se crean en conjunto pautas de monitoreo y automonitoreo. Estas especifican los objetivos planteados, así como también los momentos en que la persona valoraría el logro o no de estos, prevaleciendo así el desarrollo de autocontrol y confianza.

Como se explicó en las premisas del proceso de evaluación, su continuidad se manifiesta también en la retroalimentación natural que ocurre en cada conversación y observación compartida durante el proceso de cambio. El terapeuta debe estar atento al momento preciso en que la persona podrá seguir construyendo su vida ocupacional utilizando sus propios recursos y los soportes encontrados en sus ambientes relevantes. El proceso de evaluación del MOHO ofrece esta claridad al terapeuta.

*Cuadro 2.1. Resumen de etapas del continuo del proceso de evaluación*

<i>Etapas</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Métodos de evaluación</i>	<i>Instrumentos</i>
I. Evaluación integral inicial	Comprensión integral del perfil de la participación ocupacional (persona y ambiente).	Estructurados y no estructurados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas.</li> <li>• Autoevaluaciones.</li> <li>• Instrumentos mixtos.</li> </ul>
II. Evaluación específica	Evaluación detallada de áreas relevantes determinadas por la evaluación inicial.	Estructurados y no estructurados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de observación de habilidades y volición.</li> <li>• Autoevaluaciones.</li> <li>• Entrevistas específicas.</li> </ul>
III. Razonamiento integral y específico	Planteamiento de metas, objetivos y plan de acción con la persona.	Proceso de conceptualización y análisis con la persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatos de planteamiento de objetivos y plan de trabajo de terapia ocupacional basados en el MOHO.</li> </ul>
IV. Proceso de reevaluación	Reevaluar el logro de objetivos y replanteamiento de plan de acción según cambios apreciados durante el proceso de intervención.	Estructurados y no estructurados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas de monitoreo y automonitoreo.</li> <li>• Instrumentos de evaluación que miden resultados en el tiempo.</li> </ul>

## **Preguntas frecuentes**

1. ¿Deben cumplirse todas las etapas para decir que el proceso de evaluación se basa en el MOHO?

*Respuesta:* La primera, tercera y cuarta etapa deben completarse siempre. La segunda etapa, la de evaluación específica, se completa de acuerdo a los resultados de la etapa inicial. Si con la evaluación integral queda suficientemente clara la situación ocupacional de la persona, no es necesario realizar una segunda

etapa, pero sí continuar con la tercera y cuarta.

2. ¿Existe un listado de instrumentos para cada etapa?

*Respuesta:* No, no existe. Cada persona o colectivo presenta una realidad única. Como se explicó en este capítulo, el proceso de evaluación debe ser significativo. El MOHO enfatiza en razonar centrándose en la persona y sus ambientes relevantes. El buen uso de la primera etapa de evaluación indicará los aspectos que requieren de evaluación específica. Por ejemplo, existen muchas situaciones en que el aspecto que funciona como parámetro de control es el ambiente y no la capacidad de desempeño, como se pensaría en una persona con discapacidad. Por tanto el terapeuta debe escoger entre los instrumentos de impacto ambiental del MOHO el que sea el más propicio y no un instrumento de observación del desempeño.

La decisión de los instrumentos de evaluación que debe utilizar se basa en el buen conocimiento de estos en cuanto a sus propósitos, contenidos que evalúan y procedimientos de aplicación; en la realidad del contexto de trabajo y en el razonamiento terapéutico serio.

3. Los instrumentos de evaluación escogidos en las primeras etapas ¿deben seguir siendo utilizados como únicos durante todo el proceso de cambio?

*Respuesta:* No necesariamente. Esto se determina por la evolución de la situación ocupacional de las personas. Por ejemplo, existen situaciones en que las personas presentan problemas volitivos severos en que el único instrumento a utilizar en la primera y segunda etapa sería el Cuestionario Volitivo (VQ), que además guía la intervención minuciosa del proceso de remotivación. Cuando las personas logran un sentido de eficacia mayor que le permite enfrentar una situación de entrevista o autoevaluación, se seleccionan los instrumentos de este tipo más relevantes para ellas.

Hay instrumentos de evaluación del MOHO que son sensibles a la medición del cambio en el tiempo. Estos son varios y se seleccionan con el mismo criterio.

4. El que el MOHO considere como prioridad los objetivos que la persona insiste en lograr a pesar de que el terapeuta no esté de acuerdo, ¿no estaría dejando a la persona al libre albedrío?

*Respuesta:* No, en absoluto. Se debe recordar que la exploración de aquello que importa constituye una experiencia de aprendizaje y autoconocimiento. El terapeuta ocupacional que utiliza el MOHO acompaña y apoya a la persona en esta exploración y valida a la persona en su derecho a descubrir su realidad a través de su participación activa, como ocurre de forma natural en la vida. El

autoconocimiento y conocimiento de la realidad ambiental es un objetivo central de la intervención.

## **Ejercicio recomendado**

- Piense en alguien que usted está comenzando a conocer. Puede ser una persona a quién usted vaya a prestar sus servicios u otra persona, como un estudiante a quién enseña o un compañero de trabajo o de clase que le preocupe.

De acuerdo a lo que usted previamente conoce de ella, elabore preguntas específicas que sean más relevantes a su situación particular. Estas preguntas deben relacionarse con cada aspecto personal y ambiental que el MOHO integra. Las preguntas son para apoyar su razonamiento basado en la ocupación humana, no para hacérselas a la persona escogida.

En la [página 6](#) de este capítulo se provee un ejemplo. Recorra al [capítulo 1](#) para aclarar conceptos y a la cuarta edición en español (2011) del libro *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*, de Gary Kielhofner (editor). Editorial Médica Panamericana.

# 3

## *Métodos de evaluación*

Los procedimientos de evaluación del MOHO incluyen los métodos no estructurados y los métodos estructurados de evaluación. Estos son escogidos de acuerdo a diversos aspectos concernientes tanto a los factores personales y ambientales de la participación ocupacional de la persona o colectivo como a la realidad temporal y contextual de la práctica del terapeuta ocupacional. En este capítulo se enfatizan los objetivos centrales de estos métodos, la rigurosidad de su selección y aplicación y la integración de ambos para la mejor recolección de información y conceptualización de la realidad ocupacional de las personas.

### **3.1. Generalidades de los métodos de evaluación**

Los procedimientos utilizados para evaluar las necesidades ocupacionales pueden variar según las necesidades particulares de la persona o colectivo, las condiciones y objetivos del contexto de intervención, las presiones de tiempo, las presiones sociales y la complejidad de la situación ocupacional. Por ello el MOHO ofrece la posibilidad de utilizar métodos de obtención de información estructurados y no estructurados.

#### *3.1.1. Métodos de evaluación no estructurados*

Los métodos de obtención de información no estructurados se refieren a aquellos que se utilizan naturalmente en la práctica, sin un protocolo establecido. Estos métodos incluyen entre otros las conversaciones informales con la persona o grupos, la observación y escucha casual y rutinaria, la observación participante, el intercambio social casual. Estos métodos son muy útiles, en ocasiones como métodos únicos posibles de utilizar, en otras como complemento importante de los métodos estructurados o para aplicarlos en todo momento en situaciones espontáneas y monitorear el proceso de la terapia. A través de ellos el terapeuta puede recabar información útil en relación a aspectos personales y

ambientales de la participación ocupacional.

En cualquier situación que se utilicen estos métodos de evaluación, el terapeuta debe cumplir con ciertos *parámetros de rigurosidad* para asegurar su validez. Estos parámetros se logran a través de tres estrategias importantes: evaluar el contexto en que se obtuvo la información (contextualizar los datos obtenidos), aplicar procedimientos de triangulación de la información (comparar información de fuentes diferentes) y realizar chequeos de validez (consistencia de los datos obtenidos).

Cuando se utilizan los métodos no estructurados al inicio del conocimiento de una persona o colectivo, el terapeuta ocupacional apoya el razonamiento terapéutico en preguntas clave que tienen relación con los componentes de la ocupación humana que este modelo integra (primera etapa del razonamiento terapéutico discutido en capítulo anterior) (Kielhofner, 2011). En la *primera o segunda etapa de evaluación* es aconsejable diseñar una guía de contenidos basada en los indicadores precisos o ítems de los contenidos de los instrumentos de evaluación del MOHO que sean relevantes a la situación. De esta manera, luego de utilizar estos métodos, los datos obtenidos se relacionan con el contenido de la guía y con parámetros de medición establecidos en estos instrumentos de evaluación asegurando los procedimientos de triangulación, el chequeo de validez y el registro acucioso de la conceptualización de la persona y su ambiente. Este procedimiento riguroso, por tanto, requiere por parte del terapeuta ocupacional comprender los diferentes instrumentos de evaluación del MOHO, los que a su vez se relacionan directamente con los conceptos teóricos de este modelo.

Una de las situaciones en que *siempre se deben utilizar los métodos no estructurados* es cuando se reúne información sobre la experiencia del cuerpo vivido. Este aspecto personal es muy delicado y requiere de una actitud abierta, empática y flexible a las condiciones físicas, mentales o psicosociales particulares de una persona o colectivo. La combinación de observación participante, conversaciones informales y conversaciones mientras se hace algo en conjunto con la persona favorecen el aprender desde ella lo que está experimentando en su desempeño. Dejar fluir metáforas para expresar el sentir del cuerpo y la mente y de las experiencias vividas antes y después de cambios catastróficos ha sido muy significativo y reafirmante para las personas. Estas estrategias son útiles también para facilitar la participación en un *grupo de ayuda mutua* donde los miembros comparten realidades similares, y, en base a ellas, elaborar en conjunto con el terapeuta ocupacional conceptualizaciones acerca de sus experiencias.

### 3.1.2. *Métodos de evaluación estructurados*

Los métodos de obtención de información *estructurados* corresponden a la recolección de información a través de la utilización de instrumentos de evaluación diversos que el MOHO ofrece y que son relevantes para la evaluación inicial, la evaluación comprensiva y la reevaluación durante el proceso de intervención.

Los instrumentos de evaluación que se describen en el apartado siguiente son estandarizados y han sido investigados en su validez y confiabilidad (Kielhofner, 2011). En países de habla hispana han probado tener una validez social en su aplicación, siendo sumamente útiles en la intervención con diferentes tipos de población. Al respecto, para que la *administración de los instrumentos de evaluación* del MOHO utilizados durante el proceso de evaluación e intervención sea válida, los terapeutas ocupacionales deben respetar las premisas del proceso de evaluación especificadas en el [capítulo 2](#) y seguir cabalmente las instrucciones, los contenidos, las definiciones de los ítems y las indicaciones de puntuación y análisis descritos en sus respectivos manuales.

Debido a que la teoría de este modelo incorpora la cultura como aspecto central que impregna el sentido de la vida ocupacional individual y de los grupos sociales, muchos de los instrumentos de evaluación están diseñados para capturar la perspectiva cultural única de la persona o colectivo. Por esta razón estos instrumentos de evaluación son particularmente útiles cuando los terapeutas desean obtener información acerca de los pensamientos, sentimientos y acciones que están influenciados por diferentes culturas, explicando el que sus instrumentos de evaluación hayan podido ser aplicados con efectividad en diferentes países de todos los continentes del mundo. Los esfuerzos por validar formalmente los instrumentos en diferentes culturas han sido amplios y documentados, y continúan siendo realizados. El Listado de Intereses, por razones directamente relacionadas con la cultura, es el instrumento que ha sido revisado y adaptado en sus contenidos en distintos países.

### **3.2. Descripción general de los instrumentos de evaluación del MOHO**

Los instrumentos de evaluación del MOHO han sido diseñados para diferentes grupos de edad. Los instrumentos de observación de habilidades ocupacionales están diseñados para personas de aproximadamente 4 años de edad en adelante. Otros instrumentos especifican que son para niños y sus edades. Los demás pueden ser utilizados desde la adolescencia en adelante. Los instrumentos de evaluación del MOHO comprenden los de entrevista, los de autoevaluación, los observacionales y los instrumentos mixtos, que son seleccionados de acuerdo a las necesidades ocupacionales y realidades únicas de las personas y sus contextos ocupacionales (véase [cuadro 3.1](#)). Esto es, los instrumentos de evaluación están diseñados basándose en las *necesidades ocupacionales* de las personas (no en sus diagnósticos), pudiendo ser utilizados con personas con discapacidades diversas, o con personas sin discapacidad ni diagnóstico médico. La determinación de su uso está dada por la necesidad de comprensión de aspectos personales y ambientales de la ocupación para los que cada instrumento está diseñado. Al respecto, reiterando lo establecido en la teoría de este modelo, las limitaciones y potenciales de las capacidades de los sistemas internos del cuerpo y la mente (capacidad de desempeño objetiva) son evaluadas a través de la utilización de instrumentos pertenecientes a otros modelos de

terapia ocupacional que centran su intervención en estos aspectos, o por otros profesionales del equipo.

Ninguno de los instrumentos de evaluación basados en el MOHO está diseñado para ser utilizado con clientes de un grupo diagnóstico específico. El MOHO se centra en comprender el impacto de una enfermedad o impedimento en la vida ocupacional de una persona, no en la enfermedad o el impedimento mismo... (Gary Kielhofner, 2011, p. 165).

*Cuadro 3.1. Descripción general de los instrumentos de evaluación del MOHO*

<i>Instrumento</i>	<i>Método</i>	<i>Propósito</i>
Perfil de la participación ocupacional del MOHO (MOHOST). (Parkinson, Forsyth y Kielhofner, 2006)	Instrumento de evaluación mixto	Evalúa en el presente el impacto de la volición, habituación, habilidades de desempeño y factores ambientales en la participación ocupacional desplegada en diferentes contextos ocupacionales.
Perfil inicial de la participación ocupacional de niños (SCOPE). (Bowyer, Ross, Schwartz, Kielhofner y Kramer, 2008).	Instrumento de evaluación mixto	Evalúa en el presente el impacto de la volición, habituación, habilidades de desempeño y factores ambientales en la participación ocupacional desplegada en diferentes contextos ocupacionales.
Listado de intereses Adaptado (Kielhofner y Neville, 1983)	Autoevaluación	Evalúa la identificación, atracción y patrón de intereses en el pasado presente y proyección futura.
Perfiles de intereses del niño (PIP) (Henry, 2000)	Autoevaluación	Incluye un conjunto de ítems y escalas apropiadas para 3 rangos de edad hasta la adolescencia (con claves visuales) con el objetivo de indicar la participación, el interés, y la percepción de la competencia personal

<i>Instrumento</i>	<i>Método</i>	<i>Propósito</i>
		en una variedad de juegos y actividades de tiempo libre.
Autoevaluación ocupacional (OSA). (Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer y Wolenski, 2006)	Autoevaluación	Evalúa la autopercepción acerca de su competencia ocupacional en una variedad de ocupaciones diarias y el grado de importancia asignado a estas. Facilita la identificación de objetivos de intervención en conjunto.
Autoevaluación ocupacional del niño (COSA) (Keller, Kafkas, Basu, Federico y Kielhofner, 2005)	Autoevaluación	Evalúa la autopercepción del niño acerca de su competencia ocupacional en una variedad de ocupaciones diarias y la importancia que estas tienen para él. El niño es partícipe de la identificación de objetivos y planificación.
Configuración de actividad del NIH (ACTRE) (Gerber y Furst, 1992)	Autoevaluación	Registra información cada media hora de las percepciones de competencia, valores, placer, grado de dificultad de las actividades, grado de fatiga y dolor.
Cuestionario ocupacional (OQ) (Smith, Kielhofner y Watts, 1986)	Autoevaluación	Registra información cada media hora a través del día acerca de las percepciones de competencia personal, valores y placer experimentados al participar en ocupaciones.
Listado de roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985)	Autoevaluación	Provee información de la participación en roles en el pasado, presente, y futuro y la percepción de la importancia de esos roles.
Evaluación de habilidades motoras y de procesamiento. (AMPS/AMPS Escolar) (Fisher, 2003)	Observación	Evalúa las habilidades motoras y de procesamiento que la persona utiliza al participar en tareas o formas ocupacionales significativas y conocidas.
Evaluación de habilidades de comunicación e interacción (ACIS) (Forsyth, Salamy, Simon y Kielhofner, 1998)	Observación	Evalúa las habilidades de comunicación e interacción que la persona utiliza al participar en ocupaciones y contextos diversos.
Cuestionario volitivo (VQ) y cuestionario volitivo pediátrico (PVQ) (De las Heras, Geist, Kielhofner y	Observación	Evalúan la volición y el impacto ambiental de diferentes contextos sobre esta.



<i>Instrumento</i>	<i>Método</i>	<i>Propósito</i>
Li, 2007) (Basú, Kafkes, Geist y Kielhofner, 2002)		
Entrevista histórica del desempeño ocupacional II (OPHI-II) (Kielhofner, Mallinson, Crawford, Nowak, Rigby, Henry y Wallens, 1998)	Entrevista	Evalúa la identidad, la competencia y los contextos ambientales ocupacionales en el pasado, presente y proyección personal futura.
Evaluación de las circunstancias ocupacionales-entrevista y escala de puntaje (OCAIRS) (Forsyth, Deshpande, Kielhofner, Henriksson, Haglund, Olson, Skinner y Kulkami, 2005).	Entrevista	Evalúa los componentes de la participación ocupacional en el presente. Útil principalmente en contextos de hospitalización de corta estadía.
Evaluación del funcionamiento ocupacional- versión cooperativa (AOF-CV) (Watts, Hinson, Madigan, McGuigan y Newman, 1999).	Instrumento de evaluación mixto	Evalúa la participación ocupacional en el presente. Integra la compleción escrita de un cuestionario de auto-evaluación con entrevista.
Entrevista del ambiente escolar (SSI) (Hemmingsson, Egilson, Hoffman y Kielhofner, 2005)	Entrevista	Reúne información de la compatibilidad entre el estudiante y el ambiente escolar e identifica la necesidad de adaptaciones o cambios en el contexto de distintas actividades escolares. Incluye al estudiante en la identificación y resolución de problemas.
Entrevista del rol de trabajador (WRI). (Braveman, Robson, Veloso, Kielhofner, Fisher, Forsyth y Kerschbaum, 2005).	Entrevista	Evalúa el impacto de la volición, habituación y ambiente en la integración o reintegración al trabajo.
Escala del impacto ambiental del trabajo (WEIS) (Moore-Corner, Kielhofner, Olson, 1998).	Entrevista	Evalúa el impacto ambiental en el desempeño, la satisfacción y el bienestar general del trabajador.
Escala del impacto ambiental residencial (REIS) (Fisher, Kayhan, Arriaga y Less, 2013).	Instrumento de evaluación mixto	Evalúa el impacto ambiental de cualquier ambiente residencial en la participación y desempeño ocupacional es de los residentes.

### 3.3. Selección de métodos de evaluación

El proceso de selección de métodos de evaluación corresponde a una segunda etapa del razonamiento con el MOHO que dependerá de la comprensión preliminar de la situación ocupacional de la persona o colectivo basada en preguntas clave sobre los componentes centrales del MOHO. Este proceso de selección de métodos de evaluación es continuo desde la primera hasta la última etapa de evaluación.

Los instrumentos de evaluación mixtos, especialmente el MOHOST y el SCOPE, son particularmente útiles para recabar información inicial y entregar una visión integrada de la naturaleza y participación ocupacional de la persona, a la vez que sirven como instrumentos de medición de cambios en el tiempo. Estas, y en otras oportunidades, la administración de entrevistas específicas en conjunto con métodos no estructurados ha demostrado ser útil para la primera etapa de evaluación. Según las fortalezas y debilidades personales y ambientales encontradas a través de estos métodos, el terapeuta realiza una evaluación más específica de las áreas que requieren de mayor conocimiento. Se procede entonces a elegir cuidadosamente aquellos instrumentos de autoevaluación, entrevista específica al ámbito ocupacional, escalas de impacto ambiental o instrumentos de observación que mejor responderían a entregar una información fidedigna y que sean posibles y relevantes de utilizar con la persona.

La eficacia de la realización del proceso de evaluación no depende del número de instrumentos de evaluación utilizados, sino de la *selección y aplicación apropiada de aquellos relevantes para la persona o colectivos que servirán para recabar la máxima y más acuciosa información*. Existen ocasiones en que un solo instrumento entrega la información suficiente y relevante, otras en que solo es posible aplicar métodos no estructurados.

#### 3.3.1. Selección basada en comprensión preliminar de las necesidades ocupacionales y ambientales de la persona o grupo

1. *Consideración de las capacidades.* Si bien la capacidad de desempeño objetiva no es evaluada en profundidad ni tratada directamente con el MOHO, este es un aspecto fundamental que este modelo considera entre los factores personales que impactan en la emergencia de la participación ocupacional y por tanto que debe ser siempre tomado en cuenta tanto en el proceso de evaluación, para la comprensión exhaustiva de la realidad ocupacional de la persona, como en el proceso de intervención, como parámetro de realidad en la elección de estrategias y procedimientos que

mejor favorezcan la participación ocupacional satisfactoria. Este factor, manifestado en la capacidad física, cognitiva, mental y emocional de una persona, orienta al terapeuta ocupacional en la elección de los métodos de evaluación del MOHO más apropiados. Los instrumentos de evaluación del MOHO establecen en sus manuales requerimientos básicos por parte de la persona o colectivo para poder ser administrados.

2. *Requerimientos de los instrumentos de evaluación del MOHO.* Las *entrevistas y autoevaluaciones* requieren de capacidades tales como concentración, comprensión de conceptos escritos o hablados, conexión y evocación de pensamientos y sentimientos, elaboración y expresión de respuestas, interacción con interlocutor, uso de un lápiz para escribir (estos últimos con apoyo si se requiere). Los *instrumentos mixtos*, es decir, aquellos que son flexibles para utilizar diferentes métodos de obtención de información según la realidad de la persona y sus ambientes, pueden ser utilizados tanto con personas que solo puedan interactuar en forma mínima con el ambiente (con apoyo si se requiere) como con personas que presenten capacidades cognitivas, físicas y emocionales estables. Los *instrumentos observacionales* presentan distintos requerimientos. La AMPS requiere que la persona pueda desempeñar una tarea o forma ocupacional (simple o compleja) y la ACIS que la persona pueda participar en algunas interacciones sociales. El VQ y el PVQ solo requieren que la persona interactúe en forma mínima con el ambiente (con apoyo si se necesita).
3. *Procesos agudos de enfermedades.* En general, cuando las personas se encuentran hospitalizadas por un proceso agudo de una enfermedad psiquiátrica y sus síntomas (capacidad de desempeño) sobrepasan e inhiben la participación ocupacional, lo más correcto es seleccionar los *métodos no estructurados* de evaluación para comprender tanto las variables ambientales del contexto de hospitalización y su impacto en la persona durante este proceso, su capacidad de desempeño subjetiva (cuerpo vivido), en qué medida impactan los síntomas en su desempeño y participación ocupacionales, y comprender la experiencia vivida por parte de su entorno social más cercano. En estos casos, para comenzar un proceso de evaluación ocupacional propiamente tal y utilizar métodos estructurados se debe esperar signos de estabilización. Igualmente, con personas hospitalizadas recientemente debido a traumatismos neurológicos o físicos importantes, los métodos no estructurados representan la opción más apropiada hasta que la persona se encuentre en una etapa de mayor estabilidad que le permita participar en un proceso de evaluación utilizando métodos estructurados de acuerdo a sus capacidades y estado volitivo. Del mismo modo, la comprensión de la historia de participación ocupacional se hace indispensable, y si es necesario, la información debe obtenerse administrando la OPHI-II con su familia o personas más cercanas.

4. *Dinámica de la selección de instrumentos.* El conocimiento preliminar de la realidad ocupacional de la persona obtenido en la primera etapa de razonamiento terapéutico o en la primera etapa de evaluación debe ser considerado seriamente para poder lograr la dinámica óptima del proceso de evaluación que desafía al terapeuta ocupacional a seleccionar aquellos métodos no estructurados e instrumentos de evaluación que sean relevantes y eficientes a las necesidades de la persona o colectivo. Al respecto, la dinámica del proceso de evaluación *debe permitir la selección de instrumentos no necesariamente sugeridos* para ser aplicados en una cierta etapa de evaluación. Por ejemplo, existen situaciones en que el único instrumento recomendable de ser aplicado desde un comienzo es el VQ. Esto, porque la persona puede presentar un problema volitivo tan severo que le impide participar de autoevaluación o entrevista (para lo que se requiere por lo menos un nivel exploratorio sólido de causalidad personal), o porque la persona, debido a limitaciones en sus habilidades de procesamiento y de comunicación interacción, o de ambas, no puede hacer uso de estas otras evaluaciones. En este caso, VQ y la OPHI-II realizada en su beneficio con sus familiares o cuidadores cercanos ayudarían a obtener información crucial para comenzar la intervención. De igual modo, una persona que presenta serios problemas de habilidades de comunicación e interacción, es decir, que interfieren o inhiben su participación ocupacional en ciertos ambientes ocupacionales, se va a beneficiar del instrumento de observación ACIS, para así poder comprender con especificidad cuáles son exactamente sus habilidades de comunicación e interacción que la llevan a presentar problemas en su participación, en qué contextos ocupacionales tienden a potenciarse (cultura reinante, características de los grupos sociales y sus miembros) y cuáles son sus fortalezas en esta área que permitirían el comienzo de cambio.
5. *¿Entrevista o autoevaluación?* Otro desafío que se presenta a menudo es cuando una persona muestra sus habilidades de procesamiento y de comunicación e interacción intactas y el terapeuta debe escoger entre una entrevista semiestructurada del MOHO y una autoevaluación para comenzar a establecer el vínculo y obtener información relevante. En este caso, el terapeuta ocupacional se beneficia de reflexionar no solo acerca de los aspectos relevantes a evaluar, sino también sobre la causalidad personal observada, específicamente la necesidad por parte de la persona de sentirse en control. Cuando la persona *requiere sentirse en control* lo óptimo es darle esta oportunidad. Una entrevista en este caso puede ser más desafiante, por lo que se recomienda comenzar con una autoevaluación relevante para su situación ocupacional y a partir del análisis de la información en conjunto entrelazar una entrevista. En otros casos, como ya se explicó, la mejor opción será comenzar con métodos no estructurados

para establecer empatía y confianza, y luego, si es posible, decidir aplicar instrumentos formales.

### 3.3.2. *Priorización en la selección de métodos de evaluación*

La priorización en la selección de métodos de evaluación tiene como objetivo lograr la máxima eficacia y eficiencia del proceso de evaluación. Esto, además de que los métodos sean relevantes y apropiados para la situación ocupacional de la persona, implica la consideración del tiempo disponible por el terapeuta ocupacional, los contextos ambientales en donde la persona se encuentra, desea y necesita participar, y el parámetro de control identificado preliminarmente. Reflexionar sobre estas variables apoya la toma de decisiones oportuna.

El *tiempo disponible* por el terapeuta ocupacional dependerá de los horarios y las jornadas laborales, el contexto de trabajo, el número de terapeutas ocupacionales que comparten responsabilidades y el número de personas que se espera que apoye.

Existen contextos de trabajo como son la intervención comunitaria y los centros comunitarios donde se trabaja con las personas en un periodo de tiempo extendido, lo que permite un proceso de evaluación comprensivo de acuerdo a las necesidades ocupacionales y el proceso de cambio vivido por la persona o colectivo en el tiempo, donde la OPHI-II es la entrevista óptima a utilizar en un comienzo. En otros contextos de trabajo, en cambio, debido al corto tiempo de estadía, el terapeuta debe priorizar por instrumentos de evaluación que evalúen globalmente la participación ocupacional de la persona y permitan informar sobre aspectos cruciales acerca del perfil de la participación ocupacional y el parámetro de control de este a otras redes de apoyo, incluyendo a la familia, centros comunitarios, otros terapeutas ocupacionales y contextos ocupacionales relevantes.

Un aspecto crucial a considerar para favorecer la priorización correcta de los métodos de evaluación es la *determinación del parámetro de control*, es decir, el aspecto personal o ambiental que tiene el mayor impacto en la situación ocupacional vivida por la persona. Es posible identificar este en la evaluación preliminar o en la primera etapa de evaluación. Por ejemplo, en caso de que el parámetro de control corresponda al apoyo de grupos sociales específicos, según sea el caso, podrá elegirse un instrumento de evaluación que evalúe el impacto ambiental del contexto identificado, considerando que estos entregan información integrada al relacionar el grado de facilitación o restricción que las dimensiones del ambiente particular tienen en la volición, la habituación y la capacidad de desempeño únicos de la persona, y por lo tanto en la participación y el desempeño ocupacionales.

La *eficiencia del proceso de evaluación* se facilita con la priorización de los métodos de evaluación en conjunto con otras estrategias que se han practicado en diferentes contextos de trabajo, como son la aplicación de autoevaluaciones con un grupo

que presenta necesidades similares, favoreciendo el intercambio y la autoayuda en la resolución de problemas o establecer objetivos relacionados a su vida ocupacional. Algunas entrevistas del MOHO se pueden combinar en una sola, por ejemplo la WRI y la WEIS en caso de trabajar en integración laboral o rehabilitación profesional, o la OPHI-II entrelazada con la WRI. De igual forma los instrumentos de evaluación observacionales pueden aplicarse simultáneamente cuando una persona participa en ocupaciones significativas. Como se comentó en el [capítulo 2](#), el proceso de evaluación es parte del proceso de intervención, facilitando, a través de la aplicación de instrumentos relevantes, el autoconocimiento de capacidades, el establecimiento de la relación terapéutica, la reafirmación de valores, el planteamiento de objetivos personales y la retroalimentación e información acerca de la situación ocupacional, entre otras.

## 4

# *Especificidades de aplicación de los instrumentos de evaluación del MOHO*

La aplicación correcta de los instrumentos de evaluación del MOHO se traduce en un razonamiento terapéutico fundado acerca de las necesidades ocupacionales de las personas y por ende en un proceso de intervención exitoso. Para lograr este objetivo, el terapeuta ocupacional debe revisar cuidadosamente los manuales de estos y respetar cabalmente sus contenidos y procedimientos. En este capítulo se revisarán alcances complementarios que ayudan al terapeuta internalizar puntos clave que debe considerar cuando administre autoevaluaciones, entrevistas e instrumentos observacionales.

### **4.1. Instrumentos de evaluación de entrevistas y puntos clave de su aplicación**

Hoy existen diferentes entrevistas disponibles basadas en el MOHO para utilizarlas de acuerdo a las necesidades de las personas y del contexto de trabajo en donde nos desempeñamos. En estos años se han continuado sus estudios de investigación para su desarrollo específico de manuales y escalas de puntuación más precisas (Kielhofner, 2011).

La cuarta versión de la entrevista OCAIRS está diseñada para ser aplicada en servicios de corta estadía, como evaluación inicial. Esta versión consiste en una entrevista semiestructurada que cuenta con un manual detallado y una escala de puntuación relacionada con criterios específicos que apoyan al terapeuta en un razonamiento terapéutico rápido acerca de la condición de la participación ocupacional de la persona en el presente. En los últimos años sus áreas de contenido se han utilizado durante la administración de la WRI y como la entrevista sugerida para el MOHOST. La AOF (CV) es un instrumento mixto (entrevista y autoevaluación) semiestructurado que brinda a las personas la oportunidad de comunicar su participación ocupacional. Esta puede llevarse a cabo como entrevista o como autoevaluación en forma de cuestionario

que la persona puede completar fuera del ambiente de terapia ocupacional haciendo un seguimiento posterior con el terapeuta ocupacional. Su estrategia se ha considerado eficiente y no invasiva con personas que se encuentran hospitalizadas por unos pocos días.

La WRI, la WEIS y la SSI son de mucha utilidad para apoyar a las personas en lograr su participación, integración o reintegro al trabajo y estudios y apoyar a los jóvenes o adultos y a los niños en el logro de su participación laboral y escolar satisfactoria.

La OPHI-II es la entrevista basada en el MOHO que evalúa a través de un enfoque narrativo la identidad, la competencia y el impacto ambiental de la adaptación ocupacional en la continuidad del tiempo. Es una entrevista integral que brinda la perspectiva histórica y de continuidad de la participación y el desempeño ocupacional. La OPHI-II entrega información cualitativa extremadamente valiosa para la persona y el terapeuta que aporta datos de forma significativa por parte de la persona acerca de su identidad y competencia ocupacionales y de los factores de la ocupación humana que han impactado su desarrollo y condición presente. A través de los años de investigación se ha comprobado que la OPHI-II es un instrumento que predice el potencial de cambio, apoya la intervención desde su administración y análisis en conjunto con la persona, brindando una forma de integrar el razonamiento terapéutico en el “pensar y sentir con”. Esta entrevista es muy apropiada para ser utilizada en contextos de larga duración, intervención comunitaria o intervención prolongada. También ha sido útil en servicios de cortos periodos entregando importante información, oportunidad de intervención inicial, derivación precisa a servicios futuros y consultoría sobre el diagnóstico de rehabilitación. Su manual está diseñado para que el terapeuta *aprenda a entrevistar* con un enfoque centrado en la persona, entregando los parámetros necesarios para ello y procedimientos para analizar cualitativamente la información y otorgar puntuación que muestra el perfil ocupacional histórico.

Todas estas entrevistas y sus manuales, a excepción de la OCAIRS y la AOF (CV) se encuentran traducidas al español en sus últimas versiones en el paquete de instrumentos de evaluación e intervención en español (*Spanish Assessments and Intervention Package*), disponible en la página web de la Clearinghouse del MOHO ([www.cade.uic.edu/moho/products.aspx](http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx)).

Los aspectos clave para la administración correcta de una entrevista basada en el MOHO se resumen en los siguientes:

1. Recordar que cada entrevista tiene un propósito. Asegurarse de que se haya escogido la que apunte mejor a las necesidades de la persona y al contexto en el que se trabaja. Asegurarse de haber leído y comprendido los procedimientos indicados en el manual correspondiente.
2. Conducir la entrevista como una conversación, no como interrogación. Hacerla dinámica fluyendo lógicamente entre temas y sus contenidos.
3. Recordar que el terapeuta ocupacional que utiliza el MOHO participa con la persona, “se relaciona con la persona”. Las entrevistas son un vehículo para

- establecer una relación terapéutica.
4. Elegir en lo posible un espacio que permita estar junto a la persona, más que separados por un escritorio. Preguntar a la persona en qué lugar se siente más cómodo.
  5. Tomar apuntes solo en ocasiones necesarias, y cuando se haga, comunicar a la persona que necesitará luego de su aprobación para corroborar la información.
  6. De las preguntas sugeridas agregar otras o adaptarlas coherentemente al contenido según el estilo personal y las circunstancias.
  7. Si se necesita, mantener consigo un listado de contenidos a obtener con un esquema escueto. Esto permite generar preguntas relevantes y recordar los temas que no han sido abordados.
  8. Poner atención a las expresiones de afecto y emoción que la persona despliega. La comunicación no verbal es crucial para comprender el sentido de la información y la volición de la persona.
  9. Mantener la naturalidad y adaptar el estilo personal a necesidades particulares de la persona si es necesario.
  10. Si la persona no desea contestar ciertas preguntas, o se siente cohibida, se le debe acoger y otorgar confianza. Si aún persiste en no contestar, se debe respetar su decisión e intentar con temas menos complicados para ella.
  11. Recordar siempre la necesidad de mantener una postura abierta, empática y flexible, compartiendo información relacionada con los temas abordados dentro de parámetros apropiados.
  12. Cuando se termina una entrevista, utilizar el manual respectivo para llevar a cabo los procedimientos correctos en la puntuación y unificación del contenido.
  13. Analizar *cualitativamente* las escalas de puntuación y sus criterios para poder obtener una visión integral de la situación ocupacional centrada en la persona.

## **4.2. Instrumentos de autoevaluación y puntos clave de su aplicación**

En el capítulo 16 de la cuarta edición en español del libro MOHO (Kielhofner, 2011) se describen las autoevaluaciones y sus estudios a la fecha del 2008. También se ilustra su aplicación con ejemplos. Las autoevaluaciones COSA y Listado de Roles han sido actualizadas recientemente tras varios estudios de investigación. En el paquete de instrumentos de evaluación e intervención en español se encuentran los manuales de la OSA, la COSA y el PIP y las pautas, los resúmenes de objetivos y los procedimientos de administración correspondientes a las demás autoevaluaciones. La mayoría de las autoevaluaciones han sido aplicadas internacionalmente por terapeutas ocupacionales

indicando su inclinación de uso para distintos tipos de población.

Los aspectos clave a recordar para la administración y análisis de las autoevaluaciones se resumen como siguen:

1. Las autoevaluaciones toman su significado completo cuando se analizan con la persona. *No es suficiente* con que la persona las complete. El análisis en conjunto debe obtener la mayor cantidad de información cualitativa posible. Las autoevaluaciones deben ser utilizadas para obtener contenidos narrativos y facilitar la reflexión y autocomprensión.
2. Las autoevaluaciones tienen el objetivo fundamental de *dar voz a las personas*, ofrecer el control y facilitar el trabajo colaborativo. Por lo tanto, la o las escogidas deben ser sumamente relevantes para la situación ocupacional de la persona. Por ello se debe tener en mente los objetivos de cada una de ellas y explicar claramente los contenidos de los ítems y de puntuación a la persona.
3. Las autoevaluaciones se deben escoger de acuerdo al *estado volitivo y de capacidades de la persona*. En relación con esto, aun cuando la persona presente capacidades para participar en una autoevaluación, siempre se debe evaluar si esta podría representar un desafío volitivo muy alto o ser demasiado larga para ser completada por ella, y en caso de ser así, explorar maneras de simplificar el proceso. El listado de intereses, por ejemplo, se ha aplicado con distintos tipos de población en base a diferentes adaptaciones que los terapeutas han desarrollado para facilitar la autoadministración.
4. En caso de que la persona no pueda completar por sí misma el instrumento debido a problemas de desempeño motor o de procesamiento, el terapeuta *puede* asistirle y completarla basado en la información que otorga la persona y adaptando el lenguaje a su nivel de comprensión si es necesario.
5. Se deben escoger aquellas autoevaluaciones que otorguen mayor y mejor información para la situación de la persona.
6. Al rescatar la voz de la persona acerca de *su percepción* sobre ciertos aspectos ocupacionales, las autoevaluaciones se deben aplicar con el objetivo de dar control (empoderar) a la persona (principios de pensar, sentir y hacer con) y con la rigurosidad de respetar su opinión sin dejar que nuestras percepciones lleven a valoraciones equívocas.
7. El proceso de análisis de la información de las autoevaluaciones es cualitativo. Las puntuaciones ordinales (por ejemplo en el OQ, ACTRE) se utilizan para generar una visión global de los resultados. Los totales promedios de las puntuaciones ordinales para cada ítem por tipo de ocupación o longitudinalmente a lo largo del día típico sirven para aunar información general y específica y orientarnos hacia conclusiones que pueden ser graficadas en un pie, torta o pastel de vida para una visualización gráfica. Estas deben ser discutidas con la persona. *Lo que realmente hace el*

*análisis es su naturaleza cualitativa.*

8. Durante el análisis de una autoevaluación son importantes la empatía y la negociación. La empatía para comprender el punto de vista de la persona y validarlo. La negociación se traduce en un intercambio respetuoso de percepciones y de acuerdos para priorizar objetivos a trabajar en conjunto.
9. El proceso de análisis constituye un momento de alianza terapéutica, de aprendizaje en conjunto y de aclaración de ciertos aspectos personales de la persona. Como en todo el proceso de evaluación, la retroalimentación constituye una estrategia clave del terapeuta ocupacional.

El proceso de análisis por tanto es *dinámico*. Implica relacionar los contenidos de los ítems, sus puntuaciones y significados con la realidad de la persona. Se deben concluir algunos acuerdos de percepción después del análisis, y validar las percepciones subjetivas. Por ejemplo, el Listado de Roles es una autoevaluación muy importante donde se relacionan la *identificación* personal con los roles, el *valor asignado* a los mismos y el *impacto en la organización de la rutina* de la persona en el pasado y presente. Incluye además la anticipación volitiva hacia el futuro desempeño de estos que puede estar influida por diversos factores personales y ambientales, entre ellos la causalidad personal. Del análisis de esta evaluación se puede concluir si la persona tiene presencia o ausencia de roles significativos, si existe congruencia entre el desempeño de roles y el valor asignado o existe conflicto de roles, es decir, o existe un desempeño de demasiados o pocos roles para la persona o existe una rutina insatisfactoria porque la persona no valora lo que hace por distintas razones. En el análisis se deben indagar los aspectos ambientales y personales de la ocupación que han favorecido o limitado el desempeño de roles significativos. Existen situaciones en que la persona ha desempeñado una diversidad de roles en el pasado, en el presente solo participa en el rol de enfermo y a futuro anticipa una configuración de roles distinta del pasado. Esto también debe indagarse. Siempre se debe comprender el porqué y las variables involucradas. Esto es un análisis dinámico.

El Cuestionario Ocupacional (OQ) y la Configuración de Actividad (ACTRE) relacionan las rutinas y la participación en actividades con el sentido volitivo que estas tienen y el horario en que las diversas actividades se realizan. Además de estos factores la ACTRE relaciona aspectos específicos de la capacidad de desempeño como el grado de dolor y fatiga y el posicionamiento del cuerpo durante el desempeño con los aspectos anteriormente mencionados. Ambos instrumentos relacionan diferentes variables, por lo que el OQ *no registra solo el qué* de lo que se hace en la rutina y cuánto tiempo se utiliza en cada una. En cambio, *evalúa el balance de una rutina en relación con los aspectos volitivos*, que nos muestran el grado de satisfacción de la persona con esta además de cuán variable es la satisfacción dependiendo del tipo de ocupación y horario. En estas tres últimas autoevaluaciones se enfatiza la conceptualización que el MOHO propone sobre rutina balanceada o equilibrada, considerando como punto clave la satisfacción personal con la organización de participación en los tiempos diarios.

### 4.3. Instrumentos de evaluación observacionales y puntos clave para su aplicación

Los manuales de los instrumentos de evaluación observacionales presentan directrices claras para su aplicación y puntuación. Uno de los aspectos clave para los 4 instrumentos observacionales es comprender muy bien el tipo de contenido que se evalúa, el enfoque de razonamiento, puntuación de cada una de ellas y las diferencias entre aquellas que evalúan el desempeño y las que evalúan la volición. Para cada una existen aspectos ambientales críticos a considerar durante su administración y puntuación, análisis y plan de acción que se desarrollan a continuación (véanse cuadros 4.1 y 4.2).

Los cuatro instrumentos (AMPS, ACIS, VQ y PVQ) se encuentran descritos y ejemplificados en la cuarta versión del libro del MOHO en español (Kielhofner, 2011). Los manuales completos y actualizados de la ACIS, el VQ y PVQ en español se encuentran en el paquete de instrumentos de evaluación en español. Los manuales de la AMPS no están incluidos en el paquete por distribuirse solo a aquellas personas que realizan los *cursos de certificación en la aplicación*. En este capítulo se revisarán los aspectos más importantes a considerar en su aplicación como *guía de observación* que permita al terapeuta conocer el estado de las habilidades motoras y de procesamiento de las personas que lo necesitan. Para realizar el curso de certificación en la aplicación de la AMPS, se puede recurrir al sitio web de la Clearinghouse del MOHO, donde existe la conexión.

#### 4.3.1. Aspectos críticos para la utilización de la evaluación de las habilidades motoras y de procesamiento (AMPS) como guía de observación

Este instrumento de evaluación tiene por objetivo evaluar el grado de eficacia de las habilidades ocupacionales (habilidades funcionales) motoras y de procesamiento durante el desempeño ocupacional en tareas relevantes. Las habilidades de procesamiento son acciones dirigidas a un objetivo que la persona realiza cuando selecciona, interactúa con y usa herramientas y materiales de las tareas, lleva a cabo acciones y pasos individuales de la tarea y modifica el desempeño de la tarea y ambiente cuando se encuentran problemas. Las habilidades motoras son acciones dirigidas a un objetivo que la persona realiza cuando utiliza objetos de la tarea y los mueve y cuando se mueve alrededor del espacio de la tarea (véanse habilidades en la página web del MOHO en español).

Los aspectos clave a recordar para su utilización como guía de observación y análisis contemplan:

1. Realizar la evaluación inicial del MOHO y determinar si las habilidades

- motoras y de procesamiento requieren de una evaluación más exhaustiva.
2. Antes de realizar una observación guiándose por los contenidos de la AMPS el terapeuta debe recolectar información relevante a los hábitos de la persona con relación al *estilo de desempeño* de las tareas específicas, a su volición y a la relevancia de las tareas para ella. De este modo se previene la interferencia de la falta de motivación por las tareas a realizar y la confusión del terapeuta entre lo que son los hábitos de desempeño y las habilidades. Se sabe que los aspectos volitivos impactan fuertemente en el desempeño ocupacional y que los hábitos son acciones y formas de desempeño que constituyen parte de la rutina de la persona y no reflejan la habilidad misma, sino la eficiencia del desempeño y su organización.
  3. *Establecer consenso con la persona.* Este consenso se realiza sobre las tareas a desempeñar y a cómo desempeñarlas. En la formalidad de su aplicación son elegidas desde una lista de tareas de actividades de la vida diaria que han sido calibradas en el grado de complejidad. Una de las condiciones es que persona debiese haberlas realizado como parte de su rutina, es decir debe conocerlas. Se eligen en conjunto dos tareas de distintos grados de complejidad de acuerdo a la realidad de capacidad de desempeño de la persona.
  4. *Aspectos ambientales a considerar.* En la AMPS se consideran el espacio, los objetos y la complejidad de la tarea. El grado de complejidad de la tarea está dado por el número de pasos y acciones que contempla, el tamaño y distribución del espacio a utilizar y la cantidad de objetos a manipular e integrar en el hacer de la tarea específica. Lo ideal es que la AMPS se aplique en los ambientes relevantes y de vida de la persona.
  5. *Relación con la persona durante la observación.* Al evaluar las habilidades motoras y de procesamiento el terapeuta se centra en la observación y *toma distancia* de la persona, respondiendo preguntas solo cuando la persona no está acostumbrada al lugar y no puede localizar un objeto clave, por motivos de seguridad o cuando es indispensable para que pueda desempeñar la tarea, siempre otorgando el puntaje correspondiente a la habilidad que ha interrumpido el progreso de la acción y resultados. De otro modo, se responde a preguntas con la frase “hágalo como siempre lo ha hecho”. El terapeuta *no debe asistir* a la persona en su desempeño para no interferir en su puntuación.
  6. Después de terminar la observación, el terapeuta completa la pauta otorgando puntuación a los ítems de habilidad (véase [cuadro 4.2](#)).
  7. *Análisis de resultados.* Se realiza destacando las potencialidades y las limitaciones en los diferentes dominios de habilidades. Posteriormente se analiza cómo las potencialidades complementan las limitaciones en el desempeño de las tareas. Finalmente se analiza cómo *las habilidades de los diferentes dominios se integran facilitando o restringiendo el desempeño*

*de las tareas.* Se comparan los resultados del desempeño de las dos situaciones y se concluyen los aspectos esenciales, siempre contextualizando los resultados a las dimensiones ambientales que la AMPS considera. Al concluir el análisis, este se comparte con la persona. De acuerdo a la discusión se establecen en conjunto los objetivos y un plan de acción. Para esto se debe tener en cuenta el paso anterior y priorizar la facilitación de potenciales y el desarrollo específico de las habilidades que interfieren en el progreso y resultado de las tareas.

8. *Participación activa de la persona.* Cuando la persona no puede participar verbalmente del proceso de entrevista inicial, del análisis y definición de objetivos el terapeuta debe indagar la información relevante a los aspectos ocupacionales personales y ambientales a través de una entrevista a las personas cercanas. El terapeuta puede ayudarse con la aplicación de uno de los cuestionarios volitivos para determinar que tareas son más significativas y así facilitar una evaluación de habilidades motoras y de procesamiento válida.

#### 4.3.2. *Aspectos críticos para la aplicación de la evaluación de habilidades de comunicación e interacción (ACIS)*

La ACIS evalúa a través de la observación las habilidades ocupacionales necesarias para lograr la participación con otros en distintas ocupaciones y tipos de actividad. Las habilidades de comunicación e interacción corresponden a aquellas necesarias para expresarse, comunicarse y lograr hacer con otros.

Los puntos clave para la aplicación correcta de la ACIS son los siguientes:

1. *Realizar la evaluación inicial con el MOHO* y determinar si las habilidades de comunicación e interacción requieren de una evaluación exhaustiva. Al concentrarse en este tipo de habilidades se debe recordar que existen factores ocupacionales personales que las impactan, como son los hábitos de estilo, la volición y aspectos específicos de la capacidad de desempeño.
2. *Aspectos ambientales considerados.* La ACIS considera a la cultura, los grupos sociales con sus expectativas y demandas de roles y las formas ocupacionales compartidas y sus características como los aspectos ambientales que tienen mayor impacto en el ensamblaje de las habilidades de comunicación e interacción.
3. Los contextos en los que se pueden evaluar las habilidades de comunicación *son múltiples.* Desde la conversación informal con alguien en el pasillo, hasta un baile, un proyecto ocupacional colectivo, reuniones con el terapeuta, discusiones de grupo, participación con la familia y participación

en otros contextos ocupacionales. Los contextos sociales pueden variar con el número de personas y tipo de relación que la persona tenga con otros, los objetivos de los proyectos realizados colectivamente, el tipo de tareas realizadas con otros, el grado de formalidad o naturalidad de la situación, el grado de familiaridad con otras personas. Mientras más observaciones en contextos diferentes, más claridad en el conocimiento de las habilidades de comunicación e interacción y de las situaciones ambientales que las facilitan o restringen.

4. *Relación con la persona.* Durante la observación el terapeuta puede ser *parte del grupo social o del contexto de participación con la persona*, por lo que también puede demandar ciertos comportamientos dependiendo de la naturaleza de la actividad social que se lleve a cabo. Lo que *no puede hacer* es asistir a la persona en el momento de la observación, a menos que se produzca una situación extrema y se requiera de mediación.
5. Después de terminar la observación, el terapeuta completa la pauta otorgando puntuación a los ítems de habilidad (véase [cuadro 4.2](#)).
6. *Análisis de resultados.* Se realiza destacando las potencialidades y las limitaciones en los tres dominios de habilidades. Posteriormente se analiza cómo las potencialidades complementan las limitaciones en la participación social. Finalmente se analiza cómo *las habilidades de los tres dominios se integran en el desempeño*. Se suma a esto los análisis de las otras observaciones en distintas situaciones y se concluyen los aspectos esenciales, siempre contextualizando los resultados al tipo de actividad, grupo social, cultura predominante y circunstancias específicas de cada situación. Al concluir el análisis, este se comparte con la persona. De acuerdo a la discusión se establecen en conjunto los objetivos y un plan de acción. Para esto se debe tener en cuenta el paso anterior y priorizar la facilitación de potenciales y desarrollo específico de sólo aquellas habilidades que interfieren fuertemente en la comunicación e interacción con otros.
7. *Participación activa de la persona.* Durante la aplicación del instrumento la participación activa puede tomar formas diversas. Ejemplos de ello son el análisis de vídeos con la persona o grupo de su participación con otros enseñándole los contenidos y puntuación de la ACIS de tal manera que la persona se autoevalúe para luego compartir los resultados con su terapeuta; mostrar vídeos a un grupo durante una sesión de educación de ayuda mutua cuyo objetivo es el desarrollo de sus habilidades sociales. Los participantes comparten sus criterios de evaluación y se ayudan a establecer estrategias para las habilidades que los lleven a ser más efectivos socialmente. Se puede generar la misma experiencia enseñando los contenidos a los participantes y analizando las habilidades de comunicación e interacción luego de haber participado en un proyecto grupal o situación social determinada.

La autoevaluación puede incluir paralelamente la evaluación de otra persona cercana relevante y que representa un desafío de relación para esta. La persona entonces analiza los resultados con el terapeuta y puede comprender las fortalezas y limitaciones de ambos y a continuación indagar en estrategias personales más específicas para lograr comunicarse e interactuar esa persona en particular.

#### 4.3.3. *Aspectos críticos para la aplicación del cuestionario volitivo (VQ) y el cuestionario volitivo pediátrico (PVQ)*

Los objetivos del Cuestionario Volitivo (VQ) y el Cuestionario Volitivo Pediátrico (PVQ) son evaluar a través de la observación la volición y el impacto ambiental de distintos contextos en esta. El enfoque de la evaluación está puesto en la *intención de la persona* y no en el resultado concreto y eficacia de las habilidades que la persona pueda lograr realizando una tarea.

Ambos instrumentos de observación de la volición presentan algunos procedimientos de aplicación distintos a la AMPS y a la ACIS que evalúan el desempeño. Los puntos clave para la aplicación correcta del VQ y PVQ son los siguientes:

1. *Realizar la evaluación inicial del MOHO* para determinar la necesidad de evaluar en mayor profundidad la volición. Existen factores personales y ambientales, como las dimensiones de la capacidad de desempeño que pueden impactar la volición, los eventos críticos de la vida son también motivos de impacto en la volición (periodos de tiempo extensos de pasividad, un despido laboral, la jubilación, fracaso escolar repetitivo, un cambio de domicilio a una zona geográfica lejana o a otro país, entre otros).
2. *Aspectos ambientales considerados.* La volición se impacta por todas las dimensiones ambientales: la cultura, la naturaleza de las formas ocupacionales, su significancia y grado de complejidad; los grupos sociales y sus demandas, actitudes y valores específicos; objetos en su significado simbólico, grado de familiaridad, disponibilidad y complejidad y los espacios y sus características.
3. *Relación con la persona.* A diferencia de la AMPS y la ACIS, el terapeuta ocupacional puede tomar un rol activo tanto en otorgar demandas y oportunidades en los contextos como en participar en conjunto con la persona, facilitando su volición en la medida en que la persona lo requiera, para determinar el grado de espontaneidad de esta. La sutileza, la atención a múltiples factores, la naturalidad, creatividad y capacidad de relación del terapeuta son importantes en la aplicación de estos dos instrumentos.
4. *Contextos de observación.* Tal como en la ACIS, las situaciones de observación pueden ser múltiples, incluyendo aquellas en los ambientes

- relevantes y de participación habitual de la persona o aquellas en contextos de participación transitoria (contextos terapéuticos). Mientras más observaciones en contextos distintos, mayor comprensión de la volición y los factores ambientales que la facilitan o restringen.
5. *Sistema de puntuación.* La conceptualización de la puntuación es distinta, enfocándose esta en el grado de espontaneidad de la volición (véase [cuadro 4.2](#)).
  6. *Análisis de resultados.* Además de los procedimientos señalados en la AMPS y la ACIS, en este análisis se visualiza el nivel aproximado de la volición de la persona en cada contexto guiándose por el grado de complejidad volitiva de los indicadores explícitos en el manual del VQ y por las características de los contextos definidas en las pautas de registro ambiental. Se concluyen los aspectos esenciales, siempre contextualizando los resultados a las características de las dimensiones ambientales mencionadas con anterioridad, los apoyos ambientales requeridos para la facilitación de la volición.
  7. *Participación activa de la persona.* Cuando la persona presenta habilidades de procesamiento y de comunicación que le permiten participar con el terapeuta en la discusión de los resultados, el análisis es compartido estableciendo los posibles objetivos y un plan de acción con ella. Durante la administración del instrumento la participación activa puede tomar formas diversas. Por ejemplo, cuando la persona o grupo *presentan un estado aproximado* a la competencia en su volición, se pueden mostrar vídeos de su participación y enseñarles los contenidos del VQ de tal manera que la personas se autoevalúen y luego compartan sus opiniones y criterios de evaluación ayudándose a establecer estrategias para superar las dificultades y darse ánimo en su proceso de cambio. Se puede generar la misma experiencia enseñando los contenidos a los participantes y analizando los indicadores volitivos luego de haber participado en un proyecto grupal o situación ocupacional determinada.

La autoevaluación utilizando el cuestionario volitivo ha entregado sentido de control a las personas y les ha servido para *monitorear su progreso* en las situaciones y contextos que se han determinado como relevantes. En otras ocasiones el Cuestionario Volitivo y su análisis con la persona se utiliza para proveer una oportunidad de comparar sus percepciones acerca de sí mismo afirmadas en una entrevista o autoevaluación y las observadas por el terapeuta o por ella misma en la participación. Esto constituye una instancia de intervención en la facilitación del autoconocimiento y enriquecimiento personal.

*Cuadro 4.1. Resumen comparativo de aspectos claves de procedimientos de aplicación*

*de instrumentos observacionales del MOHO*

<i>Aspectos clave</i>	<i>AMPS como guía de observación</i>	<i>ACIS</i>	<i>VQ, PVQ</i>
Pasos previos a la aplicación	Realizar evaluación inicial del MOHO (véase capítulo 2). Establecer consenso Elección de 2 tareas relevantes de distinta complejidad.	Realizar evaluación inicial del MOHO (véase capítulo 2).	
Principales dimensiones del ambiente consideradas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio</li> <li>• Objetos</li> <li>• Complejidad de la tarea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura</li> <li>• Grupos sociales</li> <li>• Tareas o formas ocupacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura</li> <li>• Grupos sociales</li> <li>• Tareas</li> <li>• Espacio y objetos</li> </ul>
Número de contextos y observaciones	Dos sesiones de observación en dos contextos distintos.	Múltiples contextos de participación social, múltiples observaciones.	Múltiples contextos, múltiples observaciones.
Relación entre terapeuta y persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El terapeuta toma el rol de observador.</li> <li>• No se otorga asistencia.</li> <li>• Responde imparcialmente.</li> <li>• Interviene en casos extremos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacción, relación, participación</li> <li>• No se otorga asistencia.</li> <li>• Interviene en casos extremos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación y relación.</li> <li>• Se facilita la volición en la medida justa.</li> <li>• Observación participante en contextos diversos.</li> </ul>

*Cuadro 4.2. Aspectos clave de la puntuación utilizando los instrumentos observacionales del MOHO*

<i>Aspectos clave</i>	<i>AMPS como guía de observación</i>	<i>ACIS</i>	<i>VQ y PVQ</i>
Puntuación: Pasos consecutivos 1, 2 y 3.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tener consigo las definiciones de los ítems de habilidades o de volición y escala de puntuación respectiva.</li> <li>2. Seleccionar ítem por ítem y para cada uno de ellos (sin mezclar con ningún otro) leer su definición y preguntarse: ¿hubo oportunidad de utilizar esta habilidad o de demostrar este indicador?, ¿hubo oportunidad de observar el ítem?, ¿me fijé en esta habilidad o indicador o no me acuerdo? Si la respuesta es no, entonces se asigna un N/A (no aplicable). Si la respuesta es sí, entonces se procede a dar puntuación.</li> <li>3. Concentrarse en el ítem y leer nuevamente la definición y su significado.</li> </ol>		
Puntuación: Pasos consecutivos 4, 5 y 6.	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Luego de leer su significado pensar en el momento de desempeño más bajo de la habilidad durante el periodo de observación.</li> <li>5. Otorgar puntuación de 1 a 4 según parámetros de la escala: 1) la calidad de la habilidad, 2) el impacto en la progresión de la acción, pasos y fluidez de la tarea y 3) el resultado de una parte de la tarea o la tarea completa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Asignar puntuación de 1 a 4 según parámetros de la escala: grado de impacto en el progreso y fluidez de la interacción comunicación con otros.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Luego de leer su significado pensar en el periodo de observación completo.</li> <li>5. Asignar puntuación de 1 a 4 según parámetros de la escala: grado de espontaneidad de la volición. Esto considera el grado de apoyo social (cuánto entusiasmo, validación, compañía, retroalimentación, colaboración y qué grado de estructura de las tareas, del ambiente físico y social requiere la persona para que su volición se manifieste).</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Si existe duda entre una puntuación u otra, otorgar la puntuación más baja de las dos.</li> </ol>		

## Preguntas frecuentes

1. ¿Es cierto que la OPHI-II es un instrumento positivista?

*Respuesta:* No, no es cierto. La OPHI- II se construyó en base a investigaciones cualitativas y cuantitativas en un periodo de tiempo de 14 años, rescatando la necesidad de las personas y los terapeutas ocupacionales de contar con un instrumento de entrevista histórica ocupacional. Estas investigaciones permitieron definir una entrevista narrativa, centrada en la persona y su vida ocupacional. La OPHI-II corresponde a una entrevista semiestructurada con el fin de facilitar el razonamiento terapéutico de los terapeutas ocupacionales. Tanto la OPHI-II como otros instrumentos de evaluación del MOHO poseen una escala numérica que representa un perfil del proceso ocupacional de la persona que en conjunto con ella se interpreta cualitativamente. Los estudios cuantitativos de los instrumentos de evaluación del MOHO utilizan métodos tradicionales y no tradicionales como lo es el Análisis de Rash, que ha permitido la rigurosidad necesaria para evaluar la relevancia de los instrumentos en la práctica, su validez y confiabilidad.

Se deben revisar los contenidos de los manuales de los instrumentos de evaluación del MOHO para comprender no solo lo que se busca conocer, sino también el cómo los instrumentos deben ser aplicados para respetar lo esencial, *el que la persona junto con su terapeuta construyan el conocimiento único de su realidad ocupacional.*

2. ¿Se puede aplicar la AMPS cuando la persona participa en otras actividades que no sean de la vida diaria?

*Respuesta:* Formalmente no. Informalmente, sí. Esto al utilizar los contenidos y procedimientos de la AMPS como guía de observación en la participación de tareas que tienen un significado de tiempo libre o productividad. El evaluar usando el AMPS como guía de observación ha resultado muy útil al considerar aquellas actividades más significativas para la persona de acuerdo a su cultura y proceso de desarrollo evolutivo. Un ejemplo de ello se puede encontrar en la cuarta versión del libro MOHO, capítulo 19, en el *caso Álvaro: hacer realidad valores e intereses* (Kielhofner, 2011).

3. En el caso de la AMPS, ¿cómo se maneja el que a la persona no le influya el hecho de saber que está siendo evaluada en su desempeño?

*Respuesta:* Esta pregunta es muy relevante, pues en los países sudamericanos se ha observado que una de las formas de hacer el proceso de evaluación ocupacional exhaustivo es utilizar situaciones ocupacionales naturales. Con la AMPS se ha observado que la situación ideal para realizar la observación es participar en una tarea paralela mientras la persona participa en la suya; es decir, realizar una actividad acorde con la situación mientras se observa a la persona. Esto ha contribuido en la disminución de la ansiedad de la persona por ser evaluado. Por otra parte, en este libro se ha resaltado el realizar una evaluación inicial del MOHO, incluyendo los métodos no estructurados y estructurados para identificar puntos clave necesarios para la observación de las habilidades motoras y de procesamiento, haciendo de esta manera que el proceso fluya naturalmente.

4. ¿Qué pasa entonces con la participación activa de las personas que presentan dificultades serias en sus habilidades de procesamiento y de comunicación e interacción durante la aplicación de los cuestionarios volitivos?

*Respuesta:* Las personas que presentan serios problemas en habilidades de procesamiento, motoras y de comunicación, también participan activamente en este proceso. El VQ y PVQ fueron diseñados especialmente para rescatar la “voz” de estas personas acerca de sus sentimientos y pensamientos de sí mismos a través de sus acciones, expresión corporal y comportamientos. Los cuestionarios volitivos son utilizados extensamente con niños, jóvenes, adultos y adultos mayores que presentan estos desafíos guiando a los terapeutas a centrarse en la persona y facilitar un proceso ocupacional satisfactorio y digno.

## **Ejercicio recomendado**

- Revise el manual de la ACIS y de uno de los cuestionarios volitivos. Observe a una persona (niño, joven, adulto o adulto mayor) que usted piense le es necesario. Realice 4 observaciones con cada instrumento en contextos distintos relevantes para ella. Considere todos los puntos clave de procedimientos de evaluación, puntuación y análisis explícitos en este libro y vuelva a revisar los aspectos específicos cuando tenga dudas.

# 5

## *Comunicación de los resultados de evaluación: integración del razonamiento terapéutico*

La comunicación es un aspecto fundamental en el proceso de evaluación e intervención de terapia ocupacional. El terapeuta debe compartir su razonamiento, sus intenciones, la teoría, los resultados de la evaluación y reevaluación tanto con las personas, sus familiares o personas significativas, los equipos de trabajo como con otras entidades sociales relevantes. El MOHO es un modelo integral que requiere de la comunicación precisa acerca de los aspectos ocupacionales personales y ambientales y de la dinámica de la interacción entre estos, destacando cómo la persona y su ambiente ensamblan el desempeño y la participación ocupacionales y en su proceso en el tiempo la identidad, la competencia y la compatibilidad de estas con las características de sus medios ambientes. En este capítulo se revisarán diferentes formas de comunicación utilizadas en distintas circunstancias y a través de diferentes medios.

### **5.1. Introducción a la comunicación de la información**

Desde el primer encuentro, el terapeuta ocupacional debe transmitir su enfoque explicando el objetivo de su apoyo e intervención y definición de su rol con un uso de lenguaje apropiado a las características y condiciones de las personas, incluidas aquellas que forman parte del equipo interdisciplinario. Por lo tanto se debe recurrir a un lenguaje que defina claramente el significado de nuestro mensaje y razonamiento terapéutico.

La comunicación puede tomar diferentes formas, dependiendo de si se trata de un informe de evaluación o de evolución; de una conversación con la persona o familia, de un proceso educativo individual o grupal, de una planificación de intervención en conjunto con otros profesionales o miembros del personal de una institución o agencia comunitaria. Cualquiera sea la situación, el tipo de comunicación verbal y escrita debe ser acuciosamente seleccionado según las circunstancias que las requieran. Por ejemplo, un

informe dirigido a un médico de orientación psicoanalítica que no se encuentra informado de lo que es terapia ocupacional, ni menos en el MOHO, requerirá por parte del terapeuta ocupacional un informe muy claro y preciso utilizando un lenguaje profesional del MOHO con adaptaciones si es necesario. Una familia de escasa educación requerirá un informe verbal o escrito claro con un lenguaje cotidiano. Un terapeuta ocupacional que utiliza el MOHO podrá comprender el lenguaje profesional del MOHO y su vocabulario, pudiendo ser el informe más escueto (véase [cuadro 5.1](#)).

*Cuadro 5.1. Ejemplos de conceptos del MOHO en lenguaje cotidiano*

<i>Factores ocupacionales</i>	<i>Ejemplos de términos cotidianos</i>
Causalidad personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuán efectivo te sientes en lograr lo que quieres.</li> <li>• Cuánta confianza sientes en ti mismo para hacer las cosas y lograr lo que quieres.</li> <li>• Cuán bien te sientes de ti mismo en lo que haces.</li> <li>• Cuánto “te crees tu propio cuento”.</li> </ul>
Intereses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que disfrutas haciendo.</li> <li>• Las cosas que haces que te dan placer.</li> </ul>
Valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que es importante para ti en la vida.</li> <li>• Lo que estás convencido de que se debe hacer en distintos momentos.</li> <li>• Las cosas que llenan más tu corazón.</li> </ul>
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo organizas tu tiempo para hacer las cosas que tienes que hacer o quieres hacer y cómo acostumbras a hacerlas.</li> </ul>
Objetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las cosas que usas para hacer lo que necesitas y lo que te gusta.</li> </ul>

## **5.2. Comunicación escrita**

La elaboración de informes o reportes debe incluir información demográfica relevante acerca de la persona, tiempo de evaluación o reevaluación, métodos de evaluación utilizados no estructurados y estructurados, una sección de análisis y una sección de conclusiones y plan de trabajo.

### 5.2.1. *Contenido del informe y razonamiento terapéutico*

El primer aspecto a considerar es que los informes deben *reflejar el razonamiento terapéutico*. Para ello, una de las formas más exitosas de reportar el análisis de resultados de evaluación de los aspectos de la ocupación humana ha sido escribir *conclusiones de las conceptualizaciones respaldadas por sus indicadores explicativos* (véase [cuadro 5.2](#)). Esto entrega al interlocutor una comprensión teórico práctica que respalda la seriedad y coherencia de la información entregada. En la actualidad existen muchos recursos para apoyar la utilización del lenguaje apropiado respecto del MOHO. Este se entrega en cada manual de los instrumentos de evaluación, los que contienen indicadores y criterios definidos en forma precisa y escalas de puntuación que pueden ser utilizados para expresar profesionalmente los contenidos. Los manuales de los instrumentos de evaluación han sido elaborados detalladamente con el fin de facilitar su uso en la práctica y ayudar al terapeuta ocupacional a comprender, analizar, discernir y expresar este razonamiento a otros. Así mismo, en algunos se ofrecen ejemplos que expresan el vocabulario del MOHO en lenguaje cotidiano, y que pueden ser adaptados a la cultura y nivel educacional particular de los interlocutores. La OPHI-II, el MOHOST, el SCOPE, el VQ y PVQ son instrumentos especialmente útiles para revisar sus áreas de contenido y escalas de puntuación durante la elaboración de conceptualizaciones y su respaldo cuando se realiza un informe analítico comprensivo. Los demás instrumentos también ofrecen estas posibilidades para uso de expresiones más específicas en cuanto al desempeño ocupacional e impacto ambiental.

### 5.2.2. *Organización de la información*

Otro aspecto fundamental a considerar es el *estilo propio* al organizar la información. Si bien se debe cumplir con parámetros que resulten en la eficacia y eficiencia de los informes, los terapeutas ocupacionales pueden disponer de un formato que acomode su tiempo disponible, sus habilidades de razonamiento terapéutico y de comunicación y las necesidades más importantes de las personas con quienes trabaja. Por ejemplo, tras una evaluación de necesidades para el desarrollo de un programa específico, el terapeuta obtiene información relevante acerca de los aspectos ocupacionales críticos del grupo de personas que utilizarán sus servicios, y, de acuerdo a ello, define qué aspectos ocupacionales necesitan ser analizados en mayor detalle y cuáles en su generalidad, además del vocabulario profesional y cotidiano que se ha de utilizar. El terapeuta también se orientará en qué instrumentos de evaluación le serán más útiles para el grupo y qué estrategias de comunicación le son más factibles de acuerdo a sus habilidades. La aclaración de estas variables puede guiar una forma de elaborar informes relevantes, cumplir con parámetros de eficiencia y eficacia, y compatibilizar las habilidades personales de razonamiento terapéutico y comunicación con las de los interlocutores. La

*práctica sostenida de la elaboración de la conceptualización* utilizando el MOHO ofrece al terapeuta un crecimiento en el nivel de su razonamiento que permitirá la utilización de diferentes formatos y estilos.

### 5.2.3. *Flexibilidad de la organización y contenido del informe*

La *flexibilidad*, condición necesaria en los procesos de evaluación e intervención, también es un aspecto crítico. El terapeuta debe estar dispuesto a tomar decisiones en cuanto a las necesidades únicas de la persona aun cuando establece parámetros generales de evaluación para un grupo. Por ejemplo, existen ocasiones en que para una persona será necesario cambiar el orden típico de análisis de un informe, extender más un área de contenido que otra y utilizar diferentes estrategias de hacer un informe comprensible de acuerdo a su relevancia e impacto en la participación ocupacional. En ambientes de trabajo en que converge la participación de personas con diversidad de condiciones culturales, económicas, educacionales y sociales, el terapeuta ocupacional debe estar aún más alerta y dispuesto a la flexibilidad. *Para ello se deben revisar cuidadosamente los recursos que este modelo ofrece y determinar una forma propia de integrarlos.*

La flexibilidad también se requiere de acuerdo al contexto de trabajo en que el terapeuta se desempeñe. En muchas instituciones u organizaciones existen parámetros o estándares preestablecidos de formatos y contenidos de informes. Muchas veces, estos parámetros se encuentran definidos y determinados por las instituciones de acuerdo a los diagnósticos médicos, lo que ha causado desafíos a las intenciones de introducir informes que se basen en las necesidades ocupacionales integrales. Los terapeutas ocupacionales *han resuelto estas barreras de distintas formas*. Una de ellas ha sido utilizar el formato que ofrece el MOHOST, que incluye una sección para la capacidad de desempeño de la persona, informando acerca de sus capacidades de movimiento, fuerza, resistencia e integrándolas con los aspectos personales y ambientales y su impacto en el desempeño de las actividades de la vida diaria, actividades productivas y tiempo libre. Otros han adaptado los registros de información de los instrumentos del MOHO para agregar información de evaluación biomecánica para personas con problemas motores de diversa índole que impactan en la participación ocupacional en el trabajo, como es el caso de la utilización del formato de evaluación resumen de la WRI y la WEIS. En el trabajo con niños se ha integrado el formato del SCOPE con información adicional de integración sensorial, control motor o ambos y otros aspectos requeridos por lugar de trabajo. En las instituciones encargadas de rehabilitación laboral o profesional, a los formatos de informes de la institución se les puede agregar al comienzo un resumen y conclusión de la WRI y continuar con información habitualmente recogida de la aplicación de pruebas distintas relacionadas con las capacidades físicas, finalizando con conclusiones y planes integrales. En el capítulo 23 de la cuarta edición del libro del MOHO en español se describe de forma detallada la comunicación de la información con este modelo

conceptual de la práctica y se proveen distintos ejemplos de adaptación del formato del MOHOST (Kielhofner, 2011).

#### 5.2.4. *Planteamiento de objetivos y su priorización*

El MOHO *considera el cambio como un proceso dinámico*. Esto indica que los factores ocupacionales se desarrollan e interactúan a un mismo tiempo y que algunos de ellos toman el rol de parámetro de control, es decir, que impactan fuertemente en el dinamismo de la relación y condición de los otros factores, ya sea positiva o negativamente. En consecuencia, la priorización de objetivos debe considerar *potenciar aquellos aspectos que representan las fortalezas ocupacionales* de las personas y que pueden facilitar el cambio ocupacional deseado, como también seleccionar los aspectos críticos que requieren de cambio más inmediato y priorizar aquellos que representan un grado de desafío o complejidad más cercanos a las condiciones volitivas, de desempeño y ambientales de la realidad de las personas. El proceso reflexivo del razonamiento terapéutico apunta a visualizar el *cambio de manera integrada* y de manera secuencial para los factores que requieren cambiar. Esto ayuda a los terapeutas ocupacionales a priorizar con la persona aquellos aspectos a trabajar que por sí mismos, al dar resultados, potenciarían el cambio de otros necesarios y más complejos.

Los objetivos planteados con las personas corresponden a objetivos de largo y corto plazo, ambos cumpliendo funciones importantes en cuanto a evaluar los logros y reevaluar progresivamente la terapia. Los objetivos a corto plazo deben ser mensurables, es decir, que sean posibles ser medidos en conjunto con la persona dentro de los parámetros de la acción esperada, el marco temporal o tiempo en que se espera poder lograrlo, el grado o cómo se espera ser logrado (por ejemplo, con qué tipo de apoyo o asistencia se espera que se logre) y el contexto en que se llevará a cabo (véase [cuadro 5.3](#)). El capítulo 23 de la cuarta edición en español del libro del MOHO define estos parámetros, detalla ejemplos de objetivos mensurables y de planes de acción (Kielhofner, 2011).

#### 5.2.5. *Tipos de informe escrito*

Los tipos de informe o reportes escritos pueden variar de acuerdo a las necesidades de las personas, al tiempo disponible del terapeuta ocupacional, a las normativas de una organización o institución y a quién se entrega la información. Lo importante es que reflejen el razonamiento terapéutico acerca de la situación ocupacional integral de la persona y la planificación de un plan de acción acorde de manera clara y concisa.

- a) *Informe Inicial*. La utilización del formato de registro de un instrumento de evaluación comprensivo (por ejemplo, el MOHOST o el SCOPE) que incluye los ítems de evaluación definidos, la escala de puntaje y su puntuación correspondiente, más una breve conclusión acerca de las fortalezas y limitaciones, objetivos de largo corto plazo y plan de acción (véanse ejemplos en capítulos 18 y 23 de la cuarta edición en español del libro MOHO). Los resúmenes de puntuación del MOHOST y el SCOPE son también utilizados en *informes de evolución* para mostrar progreso (Kielhofner, 2011).
- b) *Informe inicial comprensivo*. Un reporte narrativo comprensivo que incluye el análisis de cada componente de la ocupación humana, una sección de conclusiones acerca de las fortalezas y limitaciones, objetivos de largo y corto plazo y plan de acción. Los cuadros 5.2 y 5.3 proveen un ejemplo que ilustra la narrativa de un reporte de este tipo y el informe de evolución correspondiente con alguno de los objetivos iniciales, los resultados y los procedimientos de intervención. Se sugiere al lector *identificar* en el ejemplo los procedimientos compartidos en los apartados 5.2.1 y 5.2.4. Véanse también ejemplos de una variedad de informes en el apartado recursos de la página web del MOHO en español ([www.boletinto.cl/moho/index.html](http://www.boletinto.cl/moho/index.html)).
- c) *Informe de evolución comprensivo*. Un reporte narrativo que incluya la intervención llevada a cabo, análisis de resultados por cada objetivo planteado, conclusión y consecuente plan de acción (véase cuadro 5.3).
- d) *Informe de evolución breve*. Reporte SOEP especialmente útil para informar progreso de objetivos precisos (Información Subjetiva; Información Objetiva; Evaluación y Plan). Véanse ejemplos en el capítulo 23 de la cuarta edición en español del libro MOHO (Kielhofner, 2011).
- e) Un reporte específico acerca del análisis de los resultados de la aplicación de un instrumento de evaluación determinado. Los manuales de los instrumentos de evaluación del MOHO proveen ejemplos de informe o guías para el análisis de información a reportar disponibles en paquete de instrumentos de evaluación e intervención en español. Los capítulos de la sección III de la cuarta edición en español del libro MOHO muestran ejemplos de aplicación de los instrumentos de evaluación y análisis de información correspondiente (Kielhofner, 2011).

*Cuadro 5.2. Ejemplo de informe comprensivo inicial compartido con la persona y su familia y realizado en contexto de intervención comunitaria*

---

Nombre: Miguel  
Edad: 18 años

Se realiza una primera evaluación de necesidades a finales de marzo a través de entrevista informal a Miguel, su madre y su madrina y posteriores encuentros en donde se utilizan la Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI-II), la Autoevaluación Ocupacional (OSA), el Listado de Intereses y métodos no estructurados como la observación participante y conversación informal.

### *Conclusión de su trayectoria ocupacional*

Miguel, el mayor de tres hermanos, ha tenido un curso de vida marcado por un periodo de infancia satisfactoria, siendo un niño muy querido y valorado por su familia y profesores en su colegio. Dentro de sus características personales resaltaban su alegría, entrega y buena voluntad, intereses por actividades intelectuales, además de un alto nivel de responsabilidad, autoexigencia y entrega a los demás. Durante su pubertad y adolescencia su periodo escolar fue conflictivo, y se caracterizó por una insatisfacción con su estilo de vida, ausencia de balance entre sus estudios, descanso y diversión, dificultad en comunicarse e interactuar con compañeros debido a tartamudez y a fracasos escolares importantes, que interfirieron sus logros e le hicieron perder metas productivas personales. Su madre, madrina y abuelas brindaron apoyo para el aprendizaje (clases particulares, hacer los trabajos con él, atención psicopedagógica) para facilitar el mejor desempeño escolar de Miguel, quien presentaba un rendimiento satisfactorio solo en materias de historia y otras humanidades. En estos intentos de apoyo recurrieron a distintos especialistas sin lograr una respuesta acertada, lo que generó confusión y ansiedad familiar ante la posibilidad que Miguel tuviese autismo, respondiendo con sobreprotección y límites en explorar otras alternativas que no fueran relacionadas con los estudios y tareas del hogar, invalidando de este modo intereses y habilidades personales. En este periodo Miguel se sintió insatisfecho con sus roles de vida debido a la continua diferencia entre sus estándares personales y su desempeño, la actitud de sus compañeros y la frustración familiar, lo que generó mucha duda en sí mismo y culminó en un momento crítico en el que tuvo dificultad para encontrar sentido a la vida. A pesar de todos estos obstáculos, Miguel acepta todo tipo de apoyos y egresa de su último grado en el colegio a sus 18 años, momento en que la familia recurre a terapia ocupacional por incertidumbre acerca del futuro ocupacional de Miguel.

### *Análisis de los aspectos personales y ambientales que impactan en su participación ocupacional*

- *Volición* (motivación por el hacer). Miguel muestra un bajo sentido de capacidad y eficacia personal observado en buscar constantemente la aprobación del interlocutor cuando entrega información de sí mismo, da opiniones personales y es invitado a tomar decisiones. Su bajo sentido de eficacia lo demuestra además en su rigidez al cambio, en intentar cosas nuevas y tomar decisiones, necesitando constante apoyo para lograrlo. Este importante problema le dificulta reconocer y compensar las limitaciones con capacidades, manteniendo desconfianza ante obstáculos y limitaciones para vencerlos, por lo que evade situaciones que para él son desafiantes, como interactuar con otros y más aún cuando le implica relacionarse con pares, limitándose a responder a necesidades de su hermano menor, sobrinos menores y su familia nuclear y extendida. Se afecta tan rápidamente por los desafíos que repercute en que sus metas estén por debajo de las habilidades estimadas y en que se le dificulte pensar en ellas a futuro.
- *En cuanto a sus valores*, Miguel identifica varias ocupaciones altamente valoradas que realiza con un gran sentido de responsabilidad y obligación. Es el caso del cuidado de su hermano menor, el apoyar a su madre en las labores hogareñas, el acoger y responder a las necesidades de los miembros de la familia,

el investigar y realizar actividades intelectuales como árboles genealógicos y leer libros de historia. Miguel valora la familia, la responsabilidad, la honestidad y los modales sociales de respeto inculcados, lo que lo hace una persona querida y respetada. Sin embargo también se caracteriza por darle mucha importancia a las raíces genealógicas que se relacionan con la aristocracia, como también a un pensamiento político y social que lo hace invalidar y descalificar a aquellos que no piensan de forma similar. La rigidez e intensidad de este sistema de valores moldea y dirige sus elecciones ocupacionales presentando un nivel de autoexigencia extremo que le produce paralización en algunos momentos de contingencia. A su vez, sus valores rígidos tanto acerca de clases sociales y políticas como de minorías le impiden participar en uno o varios grupos sociales. Miguel identifica claramente intereses que compatibilizan con sus capacidades y en los que participa habitualmente. Estos muestran un patrón solitario e intelectual como son la genealogía, la investigación de temas históricos y políticos, y la lectura.

Miguel disfruta de la compañía de su familia y de discutir temas relacionados a sus intereses. Siente un intenso placer en jugar con su hermano menor y cuidar de él, lo que le genera sentimientos de logro y sentido personal. Su decisión de disfrutar y explorar otras actividades se encuentra restringida por la rigidez de sus valores adquiridos y por su bajo sentido de eficacia.

- *Habitación* (patrones y organización de la participación). Miguel se ve a sí mismo en algunos roles y su participación responsable en ellos le otorga una adecuada identidad. Su estilo de vida le permite la expresión de algunos valores importantes, destacándose por cumplir con todas las obligaciones de los roles que desempeña (cuidador de su hermano, aficionado, dueño de casa, miembro de familia). Miguel es capaz de organizar su tiempo en relación con las obligaciones presentes. A pesar de esto, tiene pocas metas y responsabilidades que produzcan una rutina que le otorgue un patrón consistente de logro. Le es muy difícil adaptar su rutina a nuevas circunstancias, lo que le impide reestructurar y ocupar su tiempo de acuerdo a ellas, requiriendo retroalimentación y apoyo emocional y práctico para enfrentar el cambio. De la misma manera, Miguel presenta un estilo detallista, minucioso y rígido en la forma de llevar a cabo sus ocupaciones tanto solitarias como sociales restringiendo la eficiencia de su desempeño.
- *Habilidades*. Miguel presenta la mayoría de sus *habilidades de procesamiento* intactas pudiendo integrar información relevante, procesarla, organizar el ambiente físico, iniciar y secuenciar acciones, resolver problemas de desempeño durante la realización de actividades adaptando sus acciones y ajustando el ambiente cuando se requiere. Presenta una capacidad de memoria sobresaliente que compatibiliza con el desempeño de sus ocupaciones valoradas. Su pensamiento obsesivo, sin embargo, enlentece significativamente el tiempo de compleción de las tareas e impacta negativamente en que pueda llevar a cabo dos tareas a las que asigna un significado productivo dentro de un mismo día. Sus *habilidades motoras* son eficaces para todas las actividades y responsabilidades actuales. Su caminar es un tanto rígido, al igual que algunos movimientos de coordinación motora gruesa, tendiendo a presentar torpeza motora, sin embargo no interfieren en el resultado de sus tareas valoradas. Se destacan sus habilidades motoras de manipulación que apoyan exitosamente la participación en ocupaciones (por ejemplo, escribir a mano y en el ordenador, servir bebidas, manipular objetos delicados). En cuanto a sus *habilidades de comunicación e interacción*, es competente en sus habilidades de relación: acoger al otro y ser amable, colaborar en toda actividad en común según necesidad de los demás y del objetivo común y ser respetuoso cuando se le hace ver aspectos que incomodan a otros. En el dominio de corporalidad, Miguel gesticula apoyando su comunicación verbal, maneja su cuerpo a una distancia cómoda para los demás y mantiene su cuerpo en posiciones adecuadas a la situación social. Su dificultad la presenta en las habilidades de intercambio de información. Presenta serios problemas en respetar turnos, articular, centrarse en contenidos comunes (insiste en hablar de temas de su interés) y en modular el tono de voz (fuerte), lo que interfiere sustancialmente en la comunicación e interacción con otros. Su tartamudez interfiere a la hora de entregar sus mensajes verbales en un tiempo esperado por el interlocutor. Esta aumenta en forma notoria con la angustia ante situaciones estresantes, produciéndose un ciclo vicioso que resulta en aumento del espasmo. Miguel presenta serios problemas de asertividad que se caracterizan por no expresar sus sentimientos o necesidades por temor a decepcionar o afectar emocionalmente a su familia. Esto se debe en gran parte al curso del desarrollo de los aspectos motivacionales a lo largo de su historia ocupacional que desencadenó una muy baja creencia en sus

- habilidades y por ende baja autoestima.
- *Impacto ambiental.* Miguel cuenta con un *espacio* que provee privacidad, seguridad y comodidad y con los *objetos* necesarios para la realización de sus actividades. Su madrina y abuela paterna proporcionan libros y documentos necesarios para su desempeño en ocupaciones valoradas. La familia se organiza para apoyar económicamente el proceso de desarrollo de Miguel. El *ambiente social familiar* provee la interacción y colaboración necesaria de su madre, hermano menor y madrina, lo que generalmente permite un desempeño social satisfactorio. Sin embargo, el ambiente emocional y práctico que generan su madre, abuela y madrina restringe su participación y desempeño en actividades valoradas, tendiendo a imponer decisiones y a sobreproteger. Miguel se identifica con su padre, a quien percibe como un hombre trabajador, tranquilo, bueno y respetuoso. Su padre presenta una actitud positiva y amorosa con Miguel, sin embargo, la interacción y colaboración con él es escasa por el tiempo que debe dedicar al trabajo. Cuando existe la oportunidad de estar juntos, debido a dificultades de comunicación y cansancio de su padre, el ambiente emocional y práctico restringe su desempeño y participación ocupacional. Los miembros de la familia, a excepción de su hermana y padre, reconocen explícitamente habilidades, contribuciones y esfuerzos. La *cultura familiar* se caracteriza por hacer prevalecer las creencias tradicionales y formales, las opiniones y valores categóricos. Los valores de su familia paterna y materna priorizan las actividades familiares con todos sus miembros durante los fines de semana, generando constante estrés en Miguel, quien no ha podido optar por un balance con intereses solitarios. Las *tareas* en las que Miguel participa en su hogar presentan demandas adecuadas a sus habilidades y nivel de energía, sin embargo, las expectativas de participación por parte de la familia hacia Miguel tienden a ser bajas con respecto a su tiempo disponible y su real potencial, derivando en falta de oportunidades de participación en una diversidad de roles.
  - *El ambiente comunitario* de la ciudad donde reside interfiere con su desarrollo personal al no ofrecer oportunidades de participación ocupacional en actividades productivas y sociales de acuerdo a sus necesidades.

## Conclusión

Miguel posee muchas *fortalezas y potenciales* para su desarrollo personal tales como su actitud de mantener y enfocar sus esfuerzos hacia el cumplimiento de objetivos, su simpatía y amabilidad, espíritu colaborador, habilidades de procesamiento y motoras para el desempeño diario, habilidades de expresión corporal de acuerdo al contenido y emociones de la comunicación con los demás, intereses claros y valores que lo guían en su desempeño responsable en roles valorados.

Su problemática principal reside en su baja causalidad personal (sentido de capacidad y eficacia) y en algunos valores rígidos aprendidos que restringen sus ideales personales de integración a los grupos sociales diversos y de su edad. Así mismo, sus habilidades de intercambio de información interfieren en el logro de sus objetivos de comunicación con otros. El grupo social familiar restringe la participación satisfactoria de Miguel debido principalmente a no haber contado con una oportuna acogida, guía y educación precisas que les otorgaran claridad, seguridad y tranquilidad. Las características personales y necesidades ocupacionales de Miguel no compatibilizan con las demandas y oportunidades que ofrece su entorno familiar y comunitario.

---

### *Cuadro 5.3. Informe de evolución comprensivo: intervención y logro de objetivos específicos*

---

Durante estos 2 meses se trabajó intensivamente en conjunto con Miguel y su familia en base a los objetivos planteados inicialmente en conjunto. La intervención incluyó:

- Asesoría individual: planificación de objetivos iniciales y proyectos personales (visualizar un objetivo a

largo plazo de acuerdo a su situación ocupacional), exploración y práctica de toma de decisiones y resolución de problemas en situaciones diarias que le producían dudas y desafío, identificación y análisis de habilidades, limitaciones, intereses y demandas de desempeño de diferentes contextos y planificación de estrategias de integración en diferentes ambientes valorados.

- Enseñanza directa de habilidades en situaciones de interacción con su terapeuta y práctica en ambientes de interés. Se han abordado en conjunto estrategias de relajación durante el habla, estrategias para iniciar y mantener una conversación con otros a los que no conoce y para centrarse en una conversación de temas variados, respetar la individualidad y necesidades de las personas que no cumplen con sus estándares personales.
- Facilitación de la exploración de lugares nuevos como bibliotecas, librerías, museos.
- Facilitación de la exploración de desempeños nuevos como el traslado a diferentes lugares y su orientación en Santiago, hacer lo que piensa que es correcto, realizar nuevas actividades con habilidades distintas a las conocidas, desplegar acciones ante circunstancias desafiantes.
- Facilitación de la exploración y participación en proyectos propios que presentaban desafío: realización un curso de dos meses de historia en una universidad y preparación y entrega de trabajo final del curso en forma independiente de su familia, apoyando su decisión voluntaria a rendir el examen final de este curso.
- Participación en conjunto en planificación y revisión de tareas de proyectos personales tanto en su participación como estudiante, como en proyecto de evento familiar.
- Educación participativa y apoyo familiar: retroalimentación, validación de estrategias utilizadas y educación a su madre, su madrina y su padre en los procesos de cambio que vive Miguel y en la facilitación de su participación ocupacional satisfactoria. En estas instancias se han establecido nuevos acuerdos según el progreso de Miguel.

Se han utilizado principalmente las estrategias de validación, retroalimentación, negociación y apoyo emocional de acuerdo a las circunstancias.

---

### *Algunos de los objetivos iniciales*

### *Resultados*

---

#### 1. Facilitar el sentido de capacidad y eficacia de Miguel

En una semana, Miguel podrá residir en casa de su madrina en la ciudad de Santiago durante tres días a la semana, recibiendo apoyo telefónico y personal de su madrina y telefónico de su madre de la forma previamente acordada con la terapeuta.

Miguel logra este objetivo. Después de un mes se muestra confiado, sin solicitar apoyo de su madre ni madrina. Llama solo para coordinación práctica.

Ha permanecido solo en casa de su madrina con una actitud relajada y confiada durante dos horas y media en las mañanas.

En una semana Miguel se trasladará en transporte público desde la casa de su madrina hasta la casa de su terapeuta dos veces por semana con apoyo telefónico de su terapeuta.

Una vez realizado el recorrido con su madre, Miguel se traslada en forma autónoma sin apoyo telefónico del terapeuta hasta hoy. Al lograrlo y después de reafirmación por parte de su terapeuta, comienza a trasladarse en forma autónoma hasta Biblioteca Nacional, librerías en distintos puntos de Santiago,

bibliotecas de dos Municipios, Instituto de Genealogía y Universidad, entre otros. Ha utilizado el mapa de calles por iniciativa propia brindado en Internet como orientación.

En un mes Miguel demostrará placer verbalmente o con expresiones faciales ante un logro correspondiente a los objetivos planteados con su terapeuta, luego de que la terapeuta le otorgue retroalimentación y validación en la consulta.

Miguel ha expresado en forma espontánea y verbalmente su satisfacción al poder lograr objetivos diversos tales como comunicarse y preguntar dudas e inquietudes a su profesora, aportar a la profesora con información, preguntar dudas a personal de Biblioteca, haber decidido planificar un evento familiar y su capacidad para organizar el evento, lograr reunirse a horas no esperadas con su prima y trabajar con ella para el evento familiar, lograr completar partes y la totalidad de su trabajo de curso, decidir realizar su trabajo y control de lectura con calificación, lograr respetar espacio personal de su madre.

---

2. Facilitar el autoconocimiento de intereses, habilidades y limitaciones personales.

Miguel compartirá sus autoevaluaciones con la terapeuta indicando sus intereses, sus potenciales y limitaciones tras la invitación y validación de la terapeuta en la consulta.

Miguel participó en autoevaluaciones con decisión y honestidad luego que la terapeuta le dio instrucciones para ello. Discutió abiertamente y con claridad cuáles eran sus potenciales y sus limitaciones.

Identificó claramente intereses actuales y potenciales.

Actualmente, al reevaluar su situación, es capaz de comparar su nivel de confianza personal inicial con el actual para enfrentar desafíos y cosas nuevas. Es capaz de recibir y utilizar retroalimentación para superar aspectos personales.

Miguel conocerá lugares nuevos de su interés (bibliotecas, museos de

Miguel ha conocido y en la actualidad participa en lugares nuevos indicados con

historia, librerías) con la compañía y reafirmación de su terapeuta.

anterioridad sin necesidad de la compañía de su terapeuta.

Ha requerido del uso de su comunicación verbal y darse a entender. Se ha desempeñado en forma efectiva a pesar de la tensión que esto le provoca utilizando estrategias elegidas en conjunto con su terapeuta.

---

*Familia: favorecer la tranquilidad y sentido de eficacia de sus padres y madrina.  
En dos meses:*

---

Su madre manifestará verbalmente a la terapeuta mayor tranquilidad con respecto a que Miguel inicie nuevas actividades por sí mismo dentro de la ciudad de Santiago.

Su madre ha expresado mayor tranquilidad ante las nuevas rutinas de Miguel en Santiago. En reuniones con la terapeuta ha expresado satisfacción con actitudes y logros de su hijo. Espontáneamente relata cambios de Miguel y se muestra feliz en observar que toma decisiones, en que exprese lo que no le gusta y en que ya no solicite su atención y apoyo permanentemente.

---

Su padre invitará a Miguel a compartir dos veces por semana una actividad en conjunto en el campo (caminar entre las plantaciones) y en su hogar (leer y comentar las noticias), luego de la orientación y apoyo de la terapeuta.

Su padre refiere mucha dificultad en poder lograrlo. Manifiesta inseguridad esperando que Miguel inicie conversaciones. “Será más fácil una vez que Miguel pueda compartir sus experiencias vividas en Santiago”. Tampoco concreta caminatas con Miguel en el campo.

Su madrina respetará los acuerdos entre Miguel y su terapeuta al no imponerle sus decisiones en cuanto al traslado a diferentes lugares de Santiago, luego de la orientación y guía de la terapeuta.

A pesar de manifestar angustia ante esta situación a la terapeuta, su madrina ha respetado los acuerdos con buen criterio.

---

*Conclusión*

Los logros de Miguel superan las expectativas de sus objetivos personales. Miguel es capaz de desempeñarse en distintos ambientes relevantes con tranquilidad y seguridad organizando eficientemente sus rutinas, lo que ha generado en sí mismo un cambio de la percepción de su competencia ocupacional y un nuevo sentido de identidad ocupacional demostrando anticipación positiva ante nuevas alternativas planteadas por el mismo, entre ellas, la posibilidad de explorar e identificar una profesión de interés para estudiarla, participar activamente en el Instituto de Genealogía y comenzar a ofrecer servicios pagados en la construcción de árboles genealógicos a familias interesadas. Se plantearán objetivos con Miguel relacionados con la exploración, planificación y realización de actividades que lleven a estos propósitos. Se continuará entregando orientación a familia.

---

### 5.3. Comunicación verbal

La comunicación verbal con la persona, su familia y grupos sociales significativos y con el equipo de trabajo siguen los mismos parámetros de la comunicación escrita analizados con anterioridad, sin embargo existen aspectos desafiantes a considerar que son únicos en este tipo de comunicación. Si bien los informes escritos requieren de una estructura y contenido relevantes a la situación única de las personas y sus ambientes, de flexibilidad de acuerdo a distintas circunstancias y a quienes requieren esta información, esta se realiza en solitario y tiene la opción de revisión.

La comunicación verbal, además de los parámetros requeridos para la comunicación escrita, tiene el desafío de responder a una comunicación inmediata en forma eficaz y eficiente y de frente a las personas y sus características culturales y personales, su nivel de información o educación, sus necesidades inminentes, y sus convicciones teóricas en caso de tratarse de un equipo.

#### A) Con el equipo de trabajo

Cuando se incorpora el MOHO como marco de trabajo principal, la comunicación verbal con el equipo de trabajo necesita ser concisa y acuciosa y ser integrada con lo que otros miembros del equipo suelen utilizar como su visión y como su marco teórico. Con respecto a esto último, lo que el terapeuta necesita hacer es *internalizar el sentido y la teoría del MOHO aplicada en la práctica y comprender la naturaleza que subyace al conocimiento de las otras disciplinas*, es decir, comprender el conocimiento relacionado con nuestra profesión, sus aportes y cómo este conocimiento se integra en los aspectos personales y ambientales considerados en el MOHO en el proceso continuo de la participación ocupacional de las personas. La información sobre métodos de evaluación utilizados y la explicación breve de sus objetivos y fuentes en conjunto con la utilización del lenguaje del MOHO con una explicación precisa de su significado hacen disipar las dudas o confusiones que pueden aparecer en otros miembros del equipo, como por ejemplo: ¿a quién le *pertenece* este factor o concepto?, ¿por qué este terapeuta va a

abordar un fenómeno que los psicólogos o kinesiólogos *manejamos?*, ¿qué *métodos* usa este terapeuta para aseverar sus conclusiones?

El que la comunicación verbal necesite ser concisa y acuciosa implica para el terapeuta transmitir la conceptualización acerca de la situación integral ocupacional de las personas *priorizando en primera instancia una conclusión* sobre esta y luego enfatizando los aspectos más importantes a abordar en conjunto con las personas. Por los motivos expuestos es que a los terapeutas, cuando participan en reuniones de equipo, les puede ser útil ayudarse de su razonamiento terapéutico continuo y de un listado o punteo gráfico de conclusiones acerca de las personas que lo refleje. Esta forma concisa y acuciosa de comunicar contenidos relevantes al equipo se debe respaldar con los informes escritos que permiten una comunicación más detallada de lo que se permite en este contexto.

Otra situación a resaltar corresponde a que, habitualmente, los terapeutas ocupacionales deben coordinar sus acciones con otros miembros del equipo en conversaciones de pasillo, de comidas u otras instancias como complemento de las reuniones formales de equipo debido a la demanda de tiempo de las tareas que tienen y su disponibilidad horaria. La práctica de la conceptualización con el MOHO es necesaria para poder utilizar cada oportunidad de comunicación verbal.

## *B) Con las personas, sus familiares o personas cercanas*

En el desarrollo de este capítulo y los anteriores se ha destacado la importancia del trabajo en conjunto con la persona y la importancia de comunicar contenidos del modelo en lenguaje comprensible y cotidiano cuando se necesite. De suma importancia es compartir y educar a las personas en el MOHO de tal forma que estas incrementen el autoconocimiento acerca de su proceso de participación ocupacional y el desarrollo de su identidad y competencia ocupacionales para que comprendan y participen activamente de los análisis de información y su conceptualización, de la planificación y del trabajo realizado en conjunto para lograr sus metas.

El conocimiento sobre el MOHO se ha transmitido a las personas, los padres, familia y amigos de distintas maneras de acuerdo a su realidad cultural y social, sus formas de ser y valores internalizados. Algunas familias han optado, después de la explicación verbal del terapeuta, por comprar los libros del Modelo de Ocupación Humana y revisar sus contenidos para luego discutirlos con el terapeuta ocupacional. En otras oportunidades se les ha facilitado un manual con contenidos y ejemplos en lenguaje cotidiano luego de explicarlos verbalmente. A otras familias, que se identifican con manejar toda la información y sienten que sus convicciones y conocimiento son superiores a los de los profesionales, se les ha educado en el MOHO a través de una charla formal en sus hogares, debiendo recurrir a una exposición apoyada por la tecnología.

La comunicación verbal con los grupos sociales relevantes se beneficia de entregar a sus miembros un informe escrito en el lenguaje apropiado antes de comenzar una reunión. El informe escrito debe estar previamente acordado con la persona, y si el contexto de trabajo lo permite, este debe ser firmado por la persona y el terapeuta antes de compartirlo con otros. El entregar el informe escrito comunica el respeto necesario que se merece la familia u otros cercanos. Este, a su vez, permite durante la conversación con ellos aclarar dudas, explicar la dinámica de la situación ocupacional de la persona y otorgar la oportunidad de mirar sus vidas, validando de esta manera a cada persona involucrada en sus esfuerzos realizados, aunque las formas de apoyo utilizadas hayan sido erróneas. El MOHO es considerado el *modelo de las personas*, y por ello, durante la comunicación verbal debe transmitirse la empatía honesta validando el mundo ocupacional único de cada persona y sus procesos, abriendo de esta manera espacios para potenciar sus fortalezas y resolver los desafíos.

#### **5.4. Impacto de la comunicación de los resultados de evaluación**

En un hospital psiquiátrico público de Estados Unidos se solía utilizar como marco de intervención los métodos del Condicionamiento Operante, guiados por psicólogos con posgrados en estos métodos. Los informes de evaluación y reevaluación consistían en dar cuenta de las *conductas de los pacientes que habían sido cambiadas por el equipo* a través de la aplicación de distintas técnicas. Los residentes no tomaban decisiones y aceptaban lo que el equipo les solicitaba en base a sus parámetros normativos sociales y culturales. La terapeuta ocupacional que escribe este libro ingresó a trabajar a este hospital, procediendo en primera instancia a evaluar las necesidades ocupacionales de las personas, mostrando una visión totalmente distinta de visualizarlas. Con el tiempo, los terapeutas ocupacionales fueron formados en el uso del MOHO y desarrollaron un sistema de evaluación para todos los residentes de esta institución, generando un informe tipo que incluía la trayectoria de vida ocupacional, conclusiones acerca de los aspectos personales y ambientales, y objetivos centrados en sus necesidades.

El rol del terapeuta ocupacional comenzó a comprenderse a través de la información verbal de la evaluación y reevaluación de los objetivos ocupacionales en reuniones de equipo y la lectura de los informes por parte de los otros profesionales. Los terapeutas demostraron que su visión de trabajo estaba centrada en las necesidades de vida ocupacional y satisfacción de las personas informando de los logros de manera contundente e invitando al equipo a observarlos en la cotidianeidad. Los demás profesionales comenzaron a solicitar la opinión del terapeuta, identificado como el *representante* de los usuarios, para poder tomar decisiones de planificación interdisciplinaria. Progresivamente se comenzaron a establecer protocolos para resolver desacuerdos que surgían entre los terapeutas y algunos miembros de sus equipos, los que se relacionaban principalmente con el respeto de la dignidad de estas personas en su proceso de recuperación. El psiquiatra director del hospital invitó a los terapeutas ocupacionales a ser parte de la producción de un manual de trabajo interdisciplinario, para que se hicieran cargo del desarrollo de ejemplos de objetivos e intervención en el Eje V de la Evaluación y Planificación de Tratamiento, que después de un año fue publicado por la Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos. El trabajo en conjunto se solidificó y, en un periodo de tres años, el Departamento de Salud Mental del Estado reconoció públicamente los informes de evaluación de terapia ocupacional de esta institución como los más relevantes para las necesidades de los usuarios, procediendo a instaurar un *reglamento* en que los residentes debían ser parte de la planificación en equipo, ya sea presencialmente durante las reuniones, revisando y firmando los planes, o siendo

representados por sus familiares o por sus terapeutas ocupacionales en caso de que estos no tuvieran las facultades de hacerlo por sí mismos.

En diversos países, incluidos los de habla hispana, el impacto que ha tenido una comunicación contundente y precisa de razonamiento terapéutico utilizando el MOHO es inmedible. Por ejemplo, después de presentar al equipo la evaluación de una persona los terapeutas han sido solicitados para *dar una presentación o realizar sesiones de capacitación* acerca del Modelo de Ocupación Humana y sus procesos de evaluación e intervención al resto de las disciplinas, que en ocasiones han decidido participar en conjunto con los terapeutas en las intervenciones propuestas. También ha ocurrido que luego de compartir resultados de intervención, algunos psicólogos han derivado a algunos de sus pacientes a los terapeutas ocupacionales porque comprenden que la intervención que requieren es distinta a la que ellos han podido realizar y que no ha dado frutos. Los informes de evaluación y evolución compartidos con médicos tratantes y los cambios observados por estos han resultado en invitaciones a los terapeutas ocupacionales a desarrollar *nuevos programas y presentar en congresos interdisciplinarios como también a presentar ponencias en conjunto*. Después del primer encuentro con el terapeuta, las familias han manifestado que su angustia ante la incertidumbre del presente y futuro de su miembro familiar “ha disminuido a la mitad”.

## Ejercicios recomendados

- Reflexión, paso a paso:
  - a) Reflexione sobre los informes o reportes de Terapia Ocupacional que usted ha realizado hasta el momento y elija uno o dos de ellos.
  - b) Subraye aquellos aspectos que usted considere que fueron conceptualizados y expresados con claridad y precisión.
  - c) Marque aquellos aspectos que no explicitan una conceptualización clara necesaria para establecer objetivos significativos.
  - d) Seleccione un instrumento de evaluación del MOHO que dé una visión integral de la participación ocupacional como el MOHOST, el SCOPE o la OPHI-II.
  - e) Lea detenidamente el manual concentrándose en contenidos y los ítems y sus criterios de las escalas. Lea los significados de la escala de puntuación.
  - f) Revise nuevamente aquellos aspectos que no explicitan una conceptualización clara y replantéelos ayudándose del contenido revisado en el instrumento escogido.
- Escribir un informe de evaluación y otro de evolución. Para ello:

- a)* Seleccione un tipo de informe dentro de los indicados en este capítulo y siga los procedimientos indicados para completarlos. Para ayudarse revise los ejemplos ofrecidos de las diferentes fuentes de información (manuales de instrumentos, capítulo 23 de la cuarta versión del MOHO en español, archivos de la página web del MOHO en español).
  - b)* Revise cada informe usted mismo de acuerdo a parámetros descritos en este capítulo.
  - c)* Intercambie informes con otro estudiante o terapeuta ocupacional para cada uno revisar los del otro. Luego compartan las revisiones de sus informes y entréguese retroalimentación.
- Liste en paralelo las explicaciones verbales de las conceptualizaciones más importantes acerca de la situación ocupacional de una persona que utilizaría con profesionales de un equipo y con la familia. Piense en el interlocutor para utilizar el vocabulario apropiado. Comparta con otros. Este ejercicio se puede realizar directamente en pares, cada uno representando al terapeuta y a un determinado interlocutor.

## PARTE III

# PROCESO DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA

# 6

## *Principios de intervención*

El proceso de intervención del Modelo de Ocupación Humana comienza con el proceso de evaluación y se implementa de acuerdo a los objetivos establecidos con la persona o colectivos durante el proceso de evaluación revisado en los [capítulos 2, 3, 4 y 5](#). Este proceso comprende una secuencia de intervenciones propicias que facilitan el cambio único de cada persona y sus grupos sociales relevantes. Los principios del Modelo de Ocupación Humana que en este capítulo se enfatizan constituyen premisas que se deben tener en cuenta en todo momento del proceso de intervención, otorgando una guía de reflexión que permite respetar los fundamentos teóricos centrados en la persona y sus necesidades ocupacionales.

### **6.1. Principios del Modelo de Ocupación Humana y sus implicaciones para la práctica rigurosa**

En el [capítulo 1](#) se dio énfasis a los principios fundamentales de los sistemas dinámicos que marcan la comprensión del proceso de cambio y reafirman la perspectiva teórica y práctica del MOHO. De ellos surgen planteamientos de principios acerca del cambio ocupacional que enfatizan en el desarrollo *simultáneo e interactivo* en las personas, en el ambiente y en la relación de la persona con el ambiente y en que el cambio *es continuo*, es decir, *es parte de una historia de cambios* en la vida de la persona (véase [capítulo 3](#) en la cuarta versión del libro *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación* (Kielhofner, 2011). Para guiar la práctica utilizando el MOHO, a continuación se plantean principios básicos de intervención que se relacionan directamente con los anteriores (Kielhofner, 1995).

*A) La terapia es un evento que se integra a una vida en progreso y debe ser entendido de esta forma en la terapia*

Este principio alude a que el terapeuta ocupacional debe facilitar el cambio dentro de una vida con significado único, apoyando a la persona a continuar su vida ocupacional de acuerdo al sentido histórico y a lo que en ella ha construido, considerando la evolución de la volición y de los objetivos personales que explican su identidad ocupacional. Esto llama a considerar al presente como lo surgido entre el pasado y la proyección hacia el futuro. Luciana Sánchez, terapeuta ocupacional argentina, comparte el siguiente ejemplo.

Mateo, un adolescente de 14 años que termina la primaria con adaptaciones curriculares, se enfrenta al desafío de decidir qué hacer con su vida. La escuela en que estudió le ofreció oportunidades limitadas de experimentar otras capacidades y habilidades que no estuvieran relacionadas con desarrollar su intelecto. Estas expectativas del medio social de la escuela, limitadas al *rendimiento* intelectual, llevaron a Mateo a experimentar fracaso escolar durante años, lo que ocupó un lugar central en su vida, sin tener incentivo para aprender otras habilidades o aprovechar mejor otras fortalezas, provocando en él un bajo sentido de capacidad y de eficacia. Mateo, a medida que creció, se volvió volitivamente pasivo y dependiente de su madre, necesitando de su apoyo y determinación para satisfacer sus necesidades y desarrollando un sentido de obligación para actuar de acuerdo a las exigencias, intereses y convicciones de esta (valores muchas veces incompatibles con los suyos y sus capacidades).

Teniendo en cuenta su *historia ocupacional* y las oportunidades del medio, se validan sus esfuerzos y percepciones de sí mismo y se le propone la experiencia de *explorar el aprendizaje de algún oficio*, que con el tiempo, por iniciativa personal, se amplió en explorar aprendizajes de otros oficios, pudiendo de esta manera elegir el que le reportaba el mejor sentido de eficacia y placer. Desde el comienzo de esta nueva experiencia de aprendizaje su proceso volitivo fue cambiando desde uno negativo, que inhibía su propia iniciativa, a uno positivo que facilitó su autoconocimiento de habilidades personales y marcó el proceso de descubrimiento de una nueva identidad ocupacional.

En consecuencia, los terapeutas deben ser cautelosos al realizar intervenciones destinadas a cambiar deliberadamente los aspectos personales y ambientales de la persona sin considerar los distintos factores que se han entrelazado durante su historia que explican lo que la persona ha llegado a ser y por lo tanto necesita, sino más bien estar abiertos a realizar un proceso de inmersión respetuosa y digna en la vida en progreso de esta, asumiendo el rol de facilitador y no de protagonista del cambio.

## *B) El cambio volitivo significa encontrar una dirección para las narrativas personales*

La terapia ocupacional tiene un rol importante en ayudar a las personas a reconstruir y vivir sus narrativas ocupacionales, por lo que el proceso de intervención requiere facilitar el movimiento entre contar y vivir la historia de vida. Esto significa que el proceso de intervención con el MOHO debe maximizar la participación en situaciones relevantes de vida y, con ello, facilitar el descubrimiento de formas de pensar, sentir y actuar que lleven a un estilo de vida viable y de frente a las limitaciones personales y desafíos por vencer (véase el [apartado 7.2](#) en el capítulo siguiente).

C) *Los hábitos y los roles son por naturaleza difíciles de cambiar, ya que su función básica es conservar los patrones de comportamiento*

Los patrones del hacer favorecen la tranquilidad y causalidad personal en un estado de equilibrio porque se construyen en un proceso continuo de establecer patrones de formas de sentir, pensar y actuar que se han aprendido y repetido en contextos temporales, físicos y sociales conocidos, lo que otorga regularidad y predictibilidad a nuestra participación ocupacional. Por lo tanto, todas las personas experimentan cierto “respeto” o resistencia a cambiar lo conocido. El *cambio en los patrones de hábitos y roles* se produce naturalmente en los cambios de la vida incrementales, transformacionales o catastróficos, por lo que estos *presentan ajustes permanentes* a las circunstancias diarias y a través del tiempo. Algunos cambios de hábitos *son elegidos por la persona* al descubrir que interfieren en su participación satisfactoria o que existe un conflicto entre la identidad y la competencia ocupacional, por lo que no puede lograr satisfacción o cumplir con demandas razonables de sus contextos relevantes. Otros ocurren cuando el *ambiente social, físico, temporal de los lugares ocupacionales* cambia o exige una acomodación por parte de la persona. Es por esto que el proceso de la habituación requiere de una *constante negociación* entre expectativas personales (guiadas por las formas habituales de sentir y pensar) y las increíbles vicisitudes de las características ambientales y sus demandas, que varían de contexto en contexto con la intensidad específica que provoquen las circunstancias. Tal cual estos hábitos y roles se establecen en una historia de vida, deben recuperarse o reemplazarse por nuevos patrones significativos cuando se han perdido o presentan un patrón incompatible con la propia volición y las expectativas de grupos sociales relevantes para la persona. El terapeuta ocupacional, por tanto, debe facilitar el proceso de cambio considerando las etapas propias que requiere su reconstrucción y las múltiples variables mencionadas comenzando lo antes posible. Solana Margaría, terapeuta ocupacional argentina, comparte este proceso de cambio en su trabajo con Carlos.

Carlos es un joven de 19 años, aficionado a los deportes, quien en un accidente pierde uno de sus miembros inferiores. Previo al accidente, todas las mañanas, al sonar el despertador, Carlos comenzaba su rutina corriendo 8 kilómetros, motivado por sus convicciones personales y por el placer experimentado durante el desempeño de esta actividad. Inmediatamente tras el accidente, Carlos sufre un impacto en su proceso volitivo, y comienza a dudar de su posibilidad de ser efectivo en el fútbol a partir de dicha lesión. Al adquirir un equipo de adaptación (muletas) Carlos debió aprender nuevos hábitos de conservación de energía y modificar sus hábitos de rutina previos a salir a hacer deporte. En un comienzo, Carlos siente *invalidación* de sus formas de participar al descubrir las incongruencias que desafían su participación habitual en su deporte favorito y lo llevan, en primera medida, a rechazar las llamadas del técnico y de sus compañeros para volver al deporte. El fuerte valor asignado que le ha dado en su vida al deporte y su compromiso con el equipo lo conducen a asumir un desafío y *explorar* una nueva forma de jugar, utilizando muletas. La *práctica sostenida* en el ambiente real de juego le va permitiendo adquirir seguridad, reconocer sus capacidades intactas y aumentar su sentido de eficacia, lo que lo lleva a anticipaciones positivas y le permite sostener un entrenamiento diario de marcha cada mañana. Esta nueva forma de jugar junto con la nueva estructura

y reglas de juego, se integran con su conocimiento y experiencia previa en el deporte, que sumado al fuerte parámetro de control que ejerce su volición, le permite consolidar un nuevo hábito de rutina acorde a sus actuales necesidades.

*D) El énfasis para el cambio debe ser dado en los potenciales del hacer en cualquier dimensión que este se exprese*

Este principio guía al terapeuta ocupacional a privilegiar el desarrollo y a reafirmar los potenciales únicos de la persona para superar sus limitaciones y el impacto de cualquier limitación en la historia (véase [capítulo 1](#)).

*E) Los cambios en las habilidades deben ser el objetivo principal del cambio en el desempeño*

Este principio recuerda en primera instancia que el terapeuta ocupacional debe centrarse en facilitar la participación y el desempeño ocupacional y no en desarrollar específicamente la capacidad de desempeño. Al respecto, el MOHO enfatiza en que la participación en ocupaciones significativas de la vida real favorece automáticamente tanto el uso de habilidades de distinta configuración necesarias para su desempeño como el cambio en algunas habilidades, y a su vez, que el desarrollo de las habilidades ocupacionales promueve automáticamente el desarrollo de las capacidades básicas. Cuando es necesario facilitar específicamente aspectos de la capacidad de desempeño, el terapeuta ocupacional integrará en su práctica con el MOHO otros modelos conceptuales de la práctica de la profesión.

*F) Los cambios ocurren en muchos aspectos del sistema humano simultáneamente*

Este principio, representativo de la dinámica del cambio mencionado más arriba, implica para el terapeuta ocupacional mantener un razonamiento terapéutico también dinámico durante el proceso de intervención, reconociendo a la persona como un ser integral y a la recíproca influencia de todos los aspectos personales y ambientales en la continua emergencia de patrones de sentir, pensar y actuar renovados.

*G) El cambio a menudo es desordenado*

Este principio rescata la esencia de la vida de las personas explicando que los cambios incluyen periodos de estabilidad e inestabilidad. Esta estabilidad e inestabilidad se producen naturalmente siempre que las personas alcanzan un objetivo o logran un cambio, sintiendo el desafío de enfrentar uno nuevo y más complejo. Frecuentemente, una de las funciones del terapeuta incluye acompañar a las personas en cada momento de incertidumbre y alentarlas, cuando sea recomendable, a retomar energías para enfrentar el nuevo desafío (véase [capítulo 7](#)).

*H) La terapia debe incluir la experimentación para encontrar las mejores soluciones*

Cada cambio necesita la experiencia de intentar y descubrir nuevas estrategias de adaptación y aprendizaje, las que serán diferentes para cada persona, por lo que uno de los apoyos más útiles de los terapeutas es ofrecer oportunidades de exploración, de elección y de intentar nuevas alternativas.

*I) Una de las herramientas fundamentales del terapeuta ocupacional es facilitar las oportunidades y demandas ambientales para favorecer el cambio*

Lucía Poletti, terapeuta ocupacional argentina, ilustra con un ejemplo este principio:

Muchas características del ambiente impactaron en ella como una amenaza para el logro de su elección ocupacional de retomar el rol de estudiante en la Universidad. El ambiente físico artificial del geriátrico al cual fue trasladada produjo un desarraigo de su hogar desde el momento de su internación. Este ofrecía escasa disponibilidad de objetos con valor simbólico. Los grupos sociales lo conformaban su hija y el ambiente social del geriátrico. Su hija, con un nivel alto de emoción expresada manifestada en criticismo, hostilidad y rechazo global, inhibía su causalidad personal en mantener la relación. El ambiente social del geriátrico, donde predominaba el asistencialismo, no compatibilizaba con sus valores e intereses, produciendo en ella una falta de identificación y pertenencia social. Este lugar se caracterizaba por proveer escasas oportunidades de participación en formas ocupacionales significativas, por lo que María optaba por la pasividad. En la cultura de Santa Fe primaban la desvalorización del rol de estudiante en una persona adulta y los prejuicios y estigma acerca de las personas que padecen enfermedades mentales crónicas. Las condiciones *económicas y políticas* resultaron ser favorecedoras del objetivo de María, ya que por su pensión laboral, se encuentra en una posición económica que le permite afrontar los gastos de sus estudios tales como traslados, acompañantes terapéuticos, material de estudio y otros. Las políticas educativas del país permiten la reincorporación de sus alumnos en la modalidad libre, sin límites de edad. A pesar de todos los aspectos que impactaban negativamente en la participación ocupacional de María, su protagonismo en su proceso de cambio facilitó su participación activa en acciones y actividades que

propendieron a la abogacía por sus derechos y oportunidades de participación ocupacional. Luego del *análisis compartido* de cada una de estas variables del ambiente en su participación ocupacional, se diseñaron en forma conjunta las estrategias a implementar para alcanzar este objetivo. A partir de la oportunidad ofrecida para desempeñarse en un rol laboral rentado en Rumbos (Centro Comunitario de Santa Fe, Argentina) como auxiliar administrativa, María logra adquirir una *notebook* para uso personal, objeto de alto valor simbólico para su uso en su ambiente de residencia. Este objeto le ofrece la oportunidad de participar en *formas ocupacionales* susceptibles de ser llevadas a cabo para cumplir con las demandas y expectativas de su rol de estudiante. A través de *entrevistas educativas con su hija* con relación a las potencialidades de María y los beneficios de su participación ocupacional en este rol, se logra la autorización para retomar la carrera. *Nuevas relaciones sociales* entre compañeros y docentes resultan en un aprendizaje mutuo de las particularidades del rol. María se debe enfrentar a nuevos desafíos que su rol de estudiante universitaria demandaba como el aprendizaje de nuevas habilidades para el desempeño de nuevas formas ocupacionales, nuevos códigos, otras modalidades para rendir exámenes y nuevas tecnologías. Estos, nuevamente fueron analizados en conjunto llevando a la exploración de nuevas estrategias escogidas por María. Su hija, al conocer los resultados de los esfuerzos de su madre, comenzó a cambiar su actitud hacia ella y a participar de manera abierta en las reuniones educativas.

## **6.2. Participación activa de la persona en su proceso de cambio**

La participación activa de la persona durante su proceso de cambio no solo implica la posibilidad de que elija actividades durante del proceso terapéutico, sino también un rol mucho más amplio en funciones diversas que apuntan a lograr una vida ocupacional significativa y de óptima relación con el medio ambiente relevante. Los principios del MOHO guían automáticamente a aspectos que debemos facilitar para entregar a la persona el máximo control de su vida. Históricamente, el considerar la *participación activa de las personas* ha sido difícil de manejar tanto por parte de los terapeutas ocupacionales como del resto del equipo de trabajo, en parte debido a convicciones preconcebidas relacionadas con modelos mecanicistas, a estigmas que sin pensarlo son fomentados por los mismos profesionales y a la falta de confianza de los profesionales con respecto a las habilidades y potenciales de las personas que presentan problemas de cualquier tipo, sean personales o ambientales. Al respecto, los equipos de trabajo han tendido a rotular y centrarse en la disminución de síntomas y conductas o actitudes catalogadas como “mal adaptadas”, esto por no contar con enfoques claros que ayudaran a visualizar las habilidades, los aspectos volitivos, y de habituación en forma específica y en una dinámica interactiva con los factores del medio ambiente. Este hecho ha ocurrido en la mayoría de las culturas de alguna u otra forma.

Aún se tiende a pensar que el participar activamente solo se puede lograr si se tienen las habilidades ocupacionales de comunicación e interacción y de procesamiento y motoras adecuadas que permitan participar en una serie de iniciativas en el proceso de su recuperación y desempeño personal. Con el MOHO esto ocurrió a inicios de su desarrollo, más treinta años atrás, en donde los instrumentos de evaluación y la intervención solo permitían la inclusión de un grupo de personas que contaban con habilidades más complejas. Con la creación, el desarrollo e investigación del VQ, el PVQ

y el proceso de remotivación, el MOHO se abrió definitivamente a una comunidad de personas con diversidad de capacidades, que en conjunto con la habilidad, razonamiento terapéutico y actitud del terapeuta ocupacional han hecho posible su participación activa en la determinación de sus necesidades (véase [Parte I](#) de este libro).

Actualmente, con el MOHO se utilizan diversas formas para facilitar la participación activa en la reconstrucción de la narrativa ocupacional, que se enfatizan en próximo capítulo, específicamente en el apartado de proceso de remotivación, que provee de una guía sistemática y un razonamiento en la intervención progresiva que facilita la participación activa incluyendo a personas que presentan daños cognitivos severos tales como demencias avanzadas, retardo mental severo y profundo, daño cerebral, personas con discapacidades múltiples, personas con autismo acentuado, y problemas serios en habilidades de comunicación e interacción. (Kielhofner, 2011, 2004; Raber, 2010; De las Heras, 2011; De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2003).

Con la utilización del MOHO a través del tiempo, los equipos de trabajo han podido visualizar y apreciar en forma concreta el impacto de una actitud diferente ante los conceptos de función y participación, lo que ha llevado a cambios importantes en las oportunidades de desarrollo ocupacional de las personas, y como consecuencia, en muchos casos en donde se requiere de tratamiento medicamentoso, a la disminución notoria de su dosis, incrementando esto la calidad de vida.

La comprensión del proceso volitivo, que se basa en los postulados y fundamentos de la motivación intrínseca de las personas, resulta fundamental en este cambio de actitud frente al grado de participación activa de la persona en su proceso de cambio. Esto, para muchos terapeutas ocupacionales cuya práctica se ha identificado principalmente con los enfoques reduccionistas (condicionamiento operante y psicoanálisis) para abordar la motivación de las personas, ha representado un desafío. La diferencia entre las corrientes de motivación intrínseca y extrínseca se debe comprender en toda su integridad, puesto que ambas son incompatibles en el proceso de facilitación de la autonomía y desarrollo de la experiencia ocupacional personal de sentido. Los postulados y procedimientos de intervención de la motivación intrínseca y extrínseca difieren en muchos sentidos. Los [cuadros 6.1](#) y [6.2](#) exponen estas diferencias.

*Cuadro 6.1. Postulados de los abordajes de motivación intrínseca y extrínseca*

<i>Motivación intrínseca</i>	<i>Motivación extrínseca</i>
Cree en la participación activa de la persona en la toma de decisiones.	Percibe a la persona como un ser pasivo movido por fuerzas de causa-efecto, respondiendo pasivamente a eventos.
Considera fundamental la libertad y el proceso de elección de las personas.	Se centra en las imposiciones e influencias ambientales en lugar del proceso de elección. La libertad es considerada como una ilusión.

Entrega control a la persona.	Controla a la persona externamente en lugar de darle control.
Busca la tensión (exploración) que lleve al crecimiento personal.	Enfatiza en la reducción de tensión visceral.
Se centra en el encuentro del sentido personal a través de la participación activa en situaciones de vida.	Se centra en los resultados concretos de cambios de conductas, en lugar de los motivos internos.
Percibe a la persona como un sistema dinámico.	Percibe a la persona como un sistema cerrado.
El concepto de competencia incluye en igual medida los logros en el desempeño y la satisfacción personal.	Percibe a la persona como competente cuando muestra conductas adaptativas esperadas por el resto.

*Cuadro 6.2. Paralelo entre formas de intervención de ambas corrientes*

<i>Motivación intrínseca</i>	<i>Motivación extrínseca</i>
Objetivo: ayudar a encontrar sentido a la vida a través del logro de objetivos personales.	Objetivo: cambiar conductas. Cambiar aprendizaje equivocado.
Determinación del proceso de intervención: Realizado junto al terapeuta.	Determinación de la intervención: realizada por el terapeuta.
Intervención incluye proceso de exploración, aprendizaje y práctica de habilidades.	Intervención incluye solo etapa de aprendizaje de conductas adecuadas.
Se centra en los potenciales y su desarrollo. Ambientes priorizan situaciones reales de la vida relevantes para la persona.	Se centra en reparar conductas inapropiadas. Provee de ambiente experimental para aprender o reaprender conductas adecuadas.
Enfoque flexible y abierto que permite el cambio sostenido en diferentes contextos.	Enfoque rígido, no generalizable a contextos propios de la vida.
Principios de exploración aplicados durante todo el proceso de cambio.	Se utilizan técnicas de moldear o cambiar conductas.
La reevaluación de objetivos se realiza en conjunto con la persona.	La reevaluación es realizada por el terapeuta.

---

La relación terapeuta-persona es abierta, espontánea. El uso de uno mismo es fundamental. La validación, reafirmación y empatía son claves para la intervención.

---

---

La relación terapeuta-paciente es jerárquica. El contacto con el paciente se produce durante la aplicación de las técnicas. No hay lugar para validación ni empatía con el paciente.

---

Los postulados de la motivación intrínseca, procedimientos generales derivados y la consecuente teoría del MOHO nos ayudan a explicar y a fomentar la participación activa de la persona o colectivo en el proceso de cambio. Según las habilidades de las personas y los contextos en donde se desempeñan, la participación activa de la persona en su proceso de cambio se ha conceptualizado en el MOHO en acciones concretas que el terapeuta debe esperar y facilitar. Estas proveen una forma clara de reflexionar acerca de lo que las personas hacen, sienten y piensan durante este proceso (véase [cuadro 6.3](#)) (Kielhofner, 2011).

*Cuadro 6.3. Participación activa: acciones de las personas (Kielhofner, 2011)*

<i>Acciones de las personas</i>	<i>Definición</i>
Elegir/tomar decisiones	Anticipar y seleccionar lo que hacer, cómo hacerlo, dónde y cuándo, basado en diferentes grados de involucración volitiva.
Comprometerse	Obligarse a tomar un determinado curso en la acción para lograr un objetivo o proyecto personal, satisfacer el desempeño de un rol, de actividades o tareas o establecer una nueva rutina.
Explorar	Investigar nuevos objetos, espacios, tareas o grupos de personas. Incluye el intento de hacer cosas, intentar nuevas formas de hacer cosas y examinar posibilidades de participación ocupacional en su propio espacio u otros contextos ambientales relevantes.
Identificar	Determinar información nueva, alternativas de acción, nuevas actitudes, sentimientos, soluciones, significado de la participación, intereses y valores propios, habilidades personales, demandas y oportunidades de lugares ocupacionales.
Negociar	Participar en crear perspectivas comunes con otros o encontrar un acuerdo entre las diferentes expectativas,

	planes o deseos (entregar y recibir).
Planificar	Establecer un plan de acción para el desempeño o participación.
Practicar	Repetir un cierto desempeño o participar consistentemente en una ocupación con el objetivo de incrementar habilidades, eficiencia y efectividad en el desempeño ocupacional.
Reexaminar	Apreciar y reconsiderar, en forma crítica, convicciones, actitudes, sentimientos, hábitos o roles personales.
Mantener	Persistir en participar y en su desempeño ocupacional a pesar de los obstáculos, dificultades o incertidumbre.

Estas acciones se esperan y facilitan no solo en el proceso de cambio personal sino también en la participación en instancias de programas y en agencias comunitarias y la comunidad en general en donde la persona, según sus capacidades, participa en diferentes roles, actividades y tareas o formas ocupacionales.

La *participación activa de la persona en los programas* considera entre otros la participación espontánea y abierta de la persona, la participación en la determinación de principios y normas del programa, la participación en la planificación, implementación y evaluación de programas, la participación como monitor de pares, y la participación como coordinador y guía de grupos de ayuda mutua (véase próximo capítulo). La *participación activa en agencias comunitarias y comunidad en general* considera entre otras la participación en comités de desarrollo e implementación de control de calidad de programas, la participación en el desarrollo de estrategias de integración e inclusión, la participación en el desarrollo y aprobación de políticas y programas propuestos, la participación en proyectos de obtención de recursos, la participación en el desarrollo e implementación de programas de educación comunitaria, abogar por los propios derechos de oportunidades de participación ocupacional en pleno.

### **6.3. El uso terapéutico del yo: reflejo de los principios básicos del MOHO**

Para facilitar el proceso de cambio con las personas, el MOHO enfatiza en el *uso terapéutico del yo* como aspecto determinante en el proceso y resultados de la intervención. El uso terapéutico del yo utilizando el MOHO destaca dos actitudes fundamentales: la empatía y la confianza.

La empatía apunta a la comprensión de los pensamientos, sentimientos y hacer únicos de cada persona y a comunicar esta comprensión a la persona. Para lograr la

empatía además de escuchar con dedicación y cuidado lo que las personas tienen que decir acerca de sus vidas y acerca de su proceso continuo de cambio, se debe hacer el esfuerzo genuino de integrar y apreciar en la conversación u observación la perspectiva única de las personas, sea cual sea su capacidad de desempeño. El MOHO, con su visión integradora acerca de la vida ocupacional de los seres humanos, facilita el desarrollo de una comprensión empática de estos.

La confianza entre el terapeuta y la persona es esencial para la *colaboración, la maximización de la participación en ocupaciones y el compromiso con el proceso de cambio*. La confianza se desarrolla a través de la honestidad y apertura con las personas. Las personas desarrollan confianza en su terapeuta si este es cercano y respetuoso y explica claramente un aspecto crucial en la vida ocupacional de la persona con el uso de la teoría (adaptando el lenguaje si es necesario), validando el sentir y pensar con argumentos y otorgando oportunidad de autoconocimiento, facilitando de esta manera la comprensión profunda de los aspectos que son parte relevante para su cambio. El MOHO, como parte de esta relación terapéutica, enfatiza en *apoyar a las personas a hacer lo que necesitan hacer para lograr sus metas y cambios en sus vidas ocupacionales* (Kielhofner, 2004, p. 351). Para ello, los terapeutas ocupacionales deben utilizar estrategias específicas que en forma dinámica y única se entrelazan con las acciones de las personas descritas en el apartado anterior y se integran a los distintos tipos de intervención del MOHO abordadas en el próximo capítulo (véase [cuadro 6.4](#)).

*Cuadro 6.4. Uso de estrategias que facilitan el cambio (Kielhofner, 2011)*

<i>Estrategia</i>	<i>Definición</i>
Validar	Entregar y expresar el respeto y entendimiento de las perspectivas y experiencias de la persona. Dista de estar de acuerdo o no con dichas perspectivas y experiencias.
Identificar	Encontrar y compartir una variedad de factores personales, de procedimientos, o del ambiente que pueden facilitar el desempeño y la participación ocupacional.
Otorgar retroalimentación	Compartir percepciones generales en relación con una situación de la persona, o una comprensión del desempeño de estas.
Orientar	Recomendar objetivos y estrategias u otros a la persona.
Negociar	Participar en el proceso de entregar y recibir para lograr una perspectiva común o un acuerdo acerca de objetivos, procedimientos, decisiones y

	conceptualizaciones ocupacionales.
Proveer estructura	Establecer parámetros de elección y desempeño a través del ofrecer alternativas, organizar el ambiente físico y social, poner límites o establecer reglas generales.
Guiar	Utilizado generalmente para favorecer el desarrollo de habilidades. Instruir, demostrar, acompañar en la práctica de habilidades, apoyar e invitar verbalmente, apoyar o invitar físicamente.
Dar ánimo	Entregar apoyo emocional, reafirmación, entusiasmo.
Apoyar físicamente	El terapeuta usa su cuerpo para apoyar la compleción de formas ocupacionales, o parte de ellas cuando las personas no pueden o no usan sus habilidades motoras.

## Preguntas frecuentes

1. En cuanto a la motivación extrínseca y la motivación intrínseca y a su incompatibilidad en la intervención de terapia ocupacional. Si ofrecemos estructura, damos ánimo, ¿no significa esto que ya es extrínseco porque viene del ambiente? ¿Me puede explicar a qué se refiere?, ¿cuál es la diferencia?

*Respuesta:* Los conceptos de las corrientes de motivación intrínseca y extrínseca no se relacionan con que la persona se motive solo desde dentro o que la persona dependa de la motivación de otros, desde fuera. El concepto de la motivación por el hacer o volición se basa principalmente en la motivación intrínseca, la que se refiere a la necesidad que tienen los seres humanos de explorar, descubrir y sentirse competentes y satisfechos con lo que ellos eligen hacer y hacen. Todos tenemos esta disposición natural que se alimenta y desarrolla en la interacción con el ambiente físico, social y cultural. El enfoque de facilitar esta motivación, cuando es necesario, es justamente uno centrado en la persona para que la disposición natural se reconstruya y tome protagonismo. Por lo tanto, el ofrecer oportunidades, poner límites sanos, dar ánimo, validar o estructurar el ambiente físico de forma significativa son, entre otras, estrategias válidas para ello. En otros enfoques se ha hablado de apoyos externos, incentivos externos o extrínsecos, términos que no son compatibles en absoluto con la corriente de la motivación extrínseca, específicamente del condicionamiento operante.

Por otra parte, algunos terapeutas ocupacionales se confunden creyendo que el terapeuta que utiliza el MOHO deja hacer lo que quiera a las personas porque no pone límites. Poner límites sanos es parte de la vida y no significa lo mismo que el refuerzo negativo ni castigo, lo que se aclara si se revisa la estrategia de otorgar estructura. Tampoco es lo mismo reafirmar, validar o reconocer un esfuerzo en forma natural que entregar refuerzo social positivo (véase próximo capítulo).

2. ¿No es contraproducente establecer una relación de confianza? ¿Y si las personas se confunden o no nos toman en serio?

*Respuesta:* No, no es contraproducente ni tampoco las personas se confunden. Una actitud abierta se acompaña de una actitud respetuosa que se establece desde el primer encuentro con la persona. La estructura necesaria se entrega en base a las características de personalidad y ocupacionales de las personas y a las propias del terapeuta. La confianza significa creer en el otro y se basa en la honestidad demostrada en acciones coherentes con las convicciones y opiniones expresadas. El terapeuta, a través de la relación terapéutica y el razonamiento terapéutico como lo establece el MOHO, facilita el proceso de cambio fluido y la estabilidad de la interacción con la persona. Muchas de las dudas en relación con este tópico, surgen de los contenidos de programas de educación en Terapia Ocupacional, en que aún se encuentran influidos por el modelo médico, donde la relación jerárquica y la instrucción son su sello. Más de esto se revisará y ejemplificará en los siguientes capítulos.

## **Ejercicio recomendado**

- Reflexione sobre su práctica como terapeuta ocupacional o estudiante de terapia ocupacional.
  - a) Revise este capítulo e identifique para cada principio básico del MOHO una situación de su práctica en que lo haya respetado y otra en que no.
  - b) Para cada situación piense en las expresiones y acciones de la persona o grupo con que usted interactuaba.
  - c) Evalúe, en cada situación, el impacto de su intervención en el proceso de cambio de su vida en progreso.

# 7

## *Metodología de intervención*

El proceso de cambio se comienza a facilitar desde el primer encuentro con la persona y durante el proceso de evaluación. Al ser este un modelo basado en la ocupación humana y centrado en la persona, se espera que cada acción del terapeuta con la persona constituya una alianza que facilite la promoción de la participación ocupacional. El MOHO es de amplia aplicación en la práctica, tanto por la diversidad en cuanto a edades (niños a adultos mayores), a las dimensiones del hacer en que las personas pueden participar, a características y orígenes de los problemas ocupacionales y a la variedad de contextos físicos, sociales y culturales en los cuales se requiere de su aplicación. Los terapeutas ocupacionales deben basarse en los principios fundamentales y básicos, postulados teóricos y necesidades ocupacionales particulares e integrarlos coherentemente en la intervención. Esto implica para el terapeuta mantener la visión dinámica del proceso de cambio y la consecuente flexibilidad que este requiere en la toma de decisiones acerca de las mejores alternativas de acción terapéutica y en el análisis de las situaciones ocupacionales considerando las numerosas variables del ambiente, de la persona y su interacción durante el periodo de la intervención. Este capítulo definirá e ilustrará los procedimientos de intervención del MOHO y su integración.

### **7.1. Consideraciones del proceso de intervención y la metodología de intervención**

La internalización de que la participación ocupacional resulta de la interacción de la persona con su medio ambiente implica que las intervenciones deben ser realizadas con *la persona y sus contextos en forma paralela e integrada*. Desde el proceso de evaluación, los factores ambientales y los factores personales de la participación ocupacional deben ser igualmente considerados e integrados para realizar una planificación relevante de facilitación del cambio. La consideración de las dos variables en todo momento es lo que permite centrarse en la persona y en su ambiente, aunque algunos aspectos personales y ambientales requieran de una planificación distinta en el

tiempo. Al ser el MOHO un modelo centrado en la persona, implica automáticamente que se centra además en su familia y otros grupos sociales y contextos físicos relevantes. Al respecto, el considerar a la familia o grupos sociales relevantes como seres activos significa que se debe trabajar con ellos *preservando los mismos principios y procedimientos que cuando hablamos de intervención con la persona*. Lo mismo debe ocurrir al momento de facilitar los aspectos ambientales restantes.

Para orientar la intervención en forma adecuada se debe recordar que el MOHO se centra en la intervención directa de los factores personales y ambientales ocupacionales, en el proceso dinámico de la interacción entre ellos y en las distintas dimensiones de participación en ocupaciones. En los procesos de evaluación e intervención el componente objetivo de la capacidad de desempeño se considera y relaciona con las otras variables pero no se evalúa ni se trata en forma específica ni directamente (véanse [partes I y II](#) de este libro).

Existen tres aspectos importantes que en conjunto constituyen un grupo de procedimientos de intervención que para cada caso o grupo particular se integran de manera única y flexible de acuerdo a las necesidades ocupacionales identificadas durante proceso de evaluación. Estos corresponden a los tipos de intervención para la facilitación de la identidad ocupacional, competencia ocupacional e impacto ambiental óptimo; a las estrategias del terapeuta ocupacional y acciones de las personas en el proceso de cambio ocupacional ya revisadas y al proceso de remotivación.

## **7.2. Tipos de intervención**

### *7.2.1. Participación en ocupaciones significativas. ¿Qué es lo que realmente significa?*

La participación en ocupaciones se ha definido en el MOHO como el desempeño de la persona en una o más formas ocupacionales significativas y los sentimientos y pensamientos que ocurren durante la intervención (Kielhofner, 2011). Actualmente, la participación en ocupaciones se concibe también en dimensiones que no requieren del hacer necesariamente, tal como la conexión que la persona pueda experimentar con una situación ocupacional determinada a través del pensar o sentir demostrado por indicadores que reflejan un grado de interés o significancia de la ocupación para la persona (véase [capítulo 1, apartado 1.4.3](#)). El considerar los sentimientos y pensamientos de la persona además de su desempeño reafirma que durante el proceso de intervención con este modelo se deben facilitar las oportunidades de participar activamente en su proceso de cambio, aspecto revisado en el capítulo anterior. Se integran aquí los conceptos de *hacer, sentir y pensar con* y se desechan aquellos de hacer por la persona o hacer a la persona.

*El hacer* se refiere a explorar y practicar la propia capacidad de experimentar, responder y resolver situaciones diarias. A través de la propia experiencia y de la retroalimentación de las personas en distintos contextos ambientales, la persona conoce tanto su potencial y sus limitaciones como los potenciales y limitaciones del ambiente, alcanzando de este modo su competencia y sentido de valía personal. *El hacer, sentir y pensar* con la persona implica una colaboración mutua a través de su proceso de cambio, validando y reafirmando su experiencia volitiva. *Hacer, sentir y pensar con* se logra con una actitud abierta compartiendo con las personas de distintas maneras ya sea directa o indirectamente (véase capítulo anterior, [apartados 6.2 y 6.3](#)).

A diferencia de los enfoques reduccionistas que utilizan la actividad o tarea como tratamiento o alternativa remedial de síntomas u otros problemas, el Modelo de Ocupación Humana se enfoca en la *participación en ocupaciones del diario vivir relevantes a la historia en progreso de la persona o grupo social*, ya sea en el proceso de continuación, construcción o reconstrucción de rutinas significativas de vida. Las ocupaciones significativas motivan a continuar con un estilo de vida. En base a este concepto se considera fundamental la participación de la persona en *proyectos personales o colectivos* relacionados con objetivos de vida y con las rutinas habituales, que en su estructura favorecen el reencuentro con su vida en progreso, sentido de continuidad en el tiempo, la valoración y desarrollo de habilidades propias, el sentido de eficacia, el sentido de responsabilidad consigo mismo y con el grupo social y el desarrollo de hábitos y roles significativos (véase [capítulo 12](#)).

La participación en ocupaciones ocurre en relación con contextos ambientales correspondientes a la realidad de vida de la persona. De acuerdo a los objetivos establecidos según el proceso de evaluación y las demandas y oportunidades que estos ambientes brindan es que se facilita la participación, integrando la educación y reestructuración ambiental necesaria para que el proceso de cambio emerja y continúe en forma natural y dinámica. La participación ocupacional durante el proceso de cambio puede ocurrir:

- a) *En ambientes de vida.* Participación en ocupaciones en diferentes ambientes ocupacionales, es decir, ambientes de trabajo o educación, ambiente del hogar, vecindario, ambientes de esparcimiento y participación social. Se facilita el ensamblaje de estas participaciones en rutinas significativas y el cambio en forma progresiva de acuerdo a necesidades ocupacionales únicas (véanse [capítulos 8 y 9](#)).
- b) *En ambientes de transición.* Incluye la participación en las realidades ocupacionales de hospitalización, hospitales de día, centros comunitarios, centros de rehabilitación u otros, donde se generan en ellos contextos facilitadores de participación ocupacional que permitan construir o reconstruir un continuo de cambio progresivo hacia la participación en ambientes ocupacionales relevantes (véase [capítulo 13](#)).
- c) *En ambientes residenciales.* Experimentar situaciones ocupacionales

naturales en diferentes contextos residenciales, como es la realidad de personas que participan en las dimensiones del hacer más básicas. Se incluye aquí cualquier ambiente residencial en donde sea posible que la persona resida con asistencia de terceros, como hogares del adulto mayor, hospitales, el hogar familiar y el vecindario cercano a estos. En esta realidad el terapeuta facilita las condiciones ambientales físicas y sociales que permitan el sentimiento de significado personal de acuerdo a experiencias significativas pasadas.

### 7.2.2. *Facilitación de la exploración*

La *facilitación de la exploración* tiene como objetivo que la persona investigue los aspectos ambientales, las propias habilidades, sus valores e intereses que apoyan la toma de decisiones, elecciones de actividad y elecciones ocupacionales. La exploración es necesaria en cualquier etapa y momento del proceso de cambio, explicándose por la dinámica de este proceso y los principios del MOHO (véase [capítulo 1](#), [apartado 1.4](#), y [capítulo 6](#)). Cada nuevo desafío implica una nueva exploración de alternativas, contextos, habilidades y posibles acciones necesarias para lograrlo. Ejemplos de situaciones que llevan a un proceso exploratorio pueden ser el momento de participar, analizar y reflexionar sobre las conclusiones del proceso de la evaluación y la consecuente búsqueda de objetivos; las circunstancias que acompañan la decisión a entrar en roles o ambientes ocupacionales nuevos, ampliar la gama de habilidades de comunicación e interacción, entre otras.

Un proceso exploratorio se puede facilitar en *forma pausada o rápida* según las realidades volitivas, de capacidad de desempeño, de habituación y condiciones ambientales de cada persona o colectivo. La exploración siempre es positiva para el ser humano al estar enfocada en el proceso mismo y no en el resultado. Reafirmando esta idea se consideran como objetivos principales el descubrimiento y la curiosidad, fundamentados en la teoría y los principios de cambio de la volición de este modelo. La *facilitación de la exploración* requiere que el terapeuta ocupacional genere un contexto exploratorio que contemple la absolución de fracaso, el sentido de placer, el descubrimiento, la elección y la ausencia de límites de tiempo (De las Heras *et al.*, 2003; Reilly, 1974).

- a) *La absolución del fracaso.* Es considerada la dimensión más importante de este proceso. Esta significa otorgar oportunidades de experimentar el *éxito o fracaso* como situaciones igualmente aceptadas durante la participación, enfatizando en el intento y en el proceso vivido en lugar de los resultados.
- b) *La diversión.* Se define como el sentido de placer que emana de la curiosidad y el descubrimiento de las propias habilidades y de las oportunidades y

- demandas ambientales. El sentido de placer se reafirma por la aceptación del fracaso y por los desafíos y libertad de elección que el ambiente brinde.
- c) *El descubrimiento.* Proviene de la necesidad de curiosidad de explorar el sentido de los objetos, las oportunidades y a otros, y de encontrar validez personal a través de la retroalimentación que se recibe del propio desempeño y del ambiente social y físico. Para favorecer el descubrimiento se debe combinar un ambiente conocido y seguro con uno novedoso y complejo.
  - d) *La elección.* Incluye *proveer de oportunidades de toma de decisiones* acerca de lo que es importante y valioso para las personas, apoyando la libertad en las elecciones. El concepto de libertad no significa *abandonar a la persona, sino acompañarla en el proceso de elección brindando una estructura ambiental* según su necesidad, tal como disponer objetos significativos seleccionados y organizados, proveer oportunidades significativas a la cultura e intereses pasados, controlar nivel de estimulación cuando se necesite, entregar guía y retroalimentación, ofrecer alternativas para la elección. En otras palabras, un contexto exploratorio es el que brinda una “libertad estructurada” a través de la cual la persona desarrolla un sentido de control y competencia al sentirse seguro, respetado y confiado como individuo (De las Heras *et al.*, 2003).
  - e) *La ausencia de límites de tiempo.* Se refiere a la flexibilidad del tiempo de exploración según a las necesidades de la persona y a que la exploración se extiende durante todas las etapas de intervención. Por ejemplo, hay situaciones en que las personas participan solo observando y por un tiempo limitado (1 a 5 minutos) o tardan muchas veces en intentar tocar los materiales y ver de qué se trata; u otras en donde la persona comienza a explorar alternativas de solución a un problema y luego desiste, volviendo más tarde a reiniciar la exploración.

Para facilitar eficazmente el sentido de capacidad con personas que presentan *dificultades severas en su volición*, el terapeuta debe guiarse por el protocolo de intervención del proceso de remotivación, más específicamente su módulo exploratorio, descrito en el manual correspondiente (De las Heras *et al.*, 2003).

### 7.2.3. *Asesoría individual y grupal con el MOHO*

La asesoría u orientación con el MOHO otorga un espacio compartido entre el terapeuta ocupacional y la persona que facilita el proceso de desarrollo de identidad y competencia ocupacionales en aspectos ocupacionales críticos tales como el manejo de rutinas satisfactorias, el hacer elecciones ocupacionales, planificar estrategias y acciones para el logro de objetivos y metas, explorar y elegir estrategias para el desarrollo de la propia

motivación, el proceso de desarrollo y negociación de roles y hábitos, la resolución de problemas y toma de decisiones durante el proceso de cambio.

Este método consiste en conversar con la persona los aspectos mencionados relativos a diversas ocupaciones y contextos en que participa basándose en los objetivos planteados durante el proceso de evaluación. Para poder participar en asesoría u orientación de la persona necesita habilidades de comunicación verbal o lenguaje de señas, capacidad de abstracción, capacidad de evocación, secuenciación de ideas y condiciones volitivas determinadas.

La orientación o asesoría es practicada por los terapeutas y las personas interesadas como equipo. Puede realizarse en forma individual o en grupo. Las sesiones de asesoría que han sido más exitosas incorporan un primer espacio para la narrativa personal; un segundo espacio que hace fluir, desde el contenido de la narrativa, el análisis de objetivos, estrategias practicadas y resultados en la práctica y un tercer espacio de proceso colaborativo en plantear futuras acciones y estrategias y, en oportunidades, enseñar estas. Estas reuniones consideran, según la necesidad, el uso de autoevaluaciones y otros instrumentos como medios de facilitación del proceso de reflexión. Estos tres espacios se combinan de acuerdo al estado del proceso volitivo de la persona, utilizando la integración de estrategias del terapeuta que son claves para cada momento y tópico abordado.

En casos necesarios la asesoría puede tomar una *forma más simple*, combinando la toma de decisiones en conjunto con una mayor entrega de información por parte del terapeuta. De la misma manera, el terapeuta debe ser flexible con una misma persona, y según las circunstancias adoptar un procedimiento u otro. La frecuencia de realización de la asesoría varía de persona a persona. En el comienzo de la etapa de competencia, por ejemplo, estas pueden necesitar ser más frecuentes y más cortas. Por lo general, en pleno proceso de la etapa de competencia, es óptimo realizarlas una vez por semana con una duración aproximada de una hora.

La familia también puede apoyar este proceso en casa. Se aconseja, en momentos que lo requieren, que un miembro de la familia o de un grupo significativo que llegue más a la persona apoye a la persona en las iniciativas acordadas y mantenga comunicación directa con el terapeuta a cargo.

La orientación o asesoría familiar reside en los mismos procedimientos. En ella, los miembros de la familia o grupo social significativo participan tanto en otorgar información, aportar con sus estrategias, aprender acerca de la ocupación humana y nuevas estrategias de facilitación de la participación ocupacional de su familiar, asumir o salir de ciertos roles, como también *participar en su propio proceso de cambio ocupacional*. Al respecto, se considera de suma importancia el establecimiento de empatía y confianza y el respeto a los tiempos en que cada familiar o persona significativa requiera para vivir su duelo personal (en caso de existir), explorar nuevas formas de acción y nuevos objetivos de participación ocupacional a medida que el proceso avanza. La promoción de la participación ocupacional satisfactoria del cuidador es de primera prioridad. Tal como se practica con la persona, se debe perseguir el

desarrollo o reafirmación del sentido de eficacia y máxima satisfacción de su grupo de referencia (véase [capítulo 8](#)).

#### 7.2.4. *Grupos educacionales de ayuda mutua*

Los grupos educacionales de ayuda mutua corresponden a reuniones educativas en relación con diversos tópicos seleccionados por personas que comparten necesidades ocupacionales comunes. Estas reuniones proporcionan una oportunidad de compartir, discutir, entregar y recibir información y sugerencias acerca del manejo de aspectos relacionados con el desempeño y la participación ocupacional, y cuando es necesario, de manejo de síntomas, estrategias de conservación de energía y de estrés durante las rutinas diarias. Se incluyen temas basados en las inquietudes de las personas con respecto del desempeño de roles ligados a distintas ocupaciones, al autoconocimiento, al desarrollo de la motivación por hacer, al enfrentamiento de desafíos, desarrollo de estrategias y habilidades prioritarias que son comunes a los miembros del grupo.

La dinámica de la reunión enfatiza la participación activa de los miembros del grupo en *entregar y recibir información* de los demás, rescatando la experiencia vivida como fuente principal de aprendizaje. El terapeuta actúa como facilitador de la participación de los miembros del grupo y entrega retroalimentación, validación e información objetiva y personal pertinente. Los aportes de los participantes son recogidos y conceptualizados en conjunto, utilizando la enseñanza de la teoría del MOHO en el lenguaje más apropiado y sus instrumentos de evaluación pertinentes al tema. Los miembros del grupo pueden asumir roles de secretario, moderador u otros convenidos en conjunto según su interés y habilidades.

La diferencia entre los grupos educacionales de ayuda mutua con los grupos clásicos de educación o psicoeducación es que estos últimos se enfocan en la entrega de información por parte de profesionales o técnicos a los interesados acerca de ciertos temas de enfermedad y su cuidado u otros tópicos relevantes a terapia ocupacional, sin fomentar la participación activa ni utilizar como base las experiencias de las personas, obviando de esta manera el *hacer, pensar y sentir con*.

Los grupos educacionales de ayuda mutua *no corresponden a grupos tipos*, no se organizan por módulos con número de sesiones determinadas. Estos se organizan por temas que son de relevancia y promueven la flexibilidad en el desarrollo de los aspectos específicos a abordar *evaluando con los participantes* sus necesidades y nuevas aristas que requieren ser abordadas. Mantienen una dinámica propia en una continuidad en el tiempo de acuerdo a necesidades de los participantes y contextos en donde se realizan.

#### 7.2.5. *Grupos de ayuda mutua*

Los grupos de ayuda mutua o de autoayuda utilizando el MOHO consisten en reuniones de personas que presentan inquietudes ocupacionales similares en donde se discuten diferentes tópicos de interés común, situaciones desafiantes, objetivos de cada persona, logros obtenidos, problemas encontrados durante el desempeño diario, estrategias útiles y planes de proyectos para realizar en común. Estos grupos enfatizan la resolución de problemas, toma de decisiones y aprender de la experiencia de los pares; ofrecen apoyo continuo y aportan a la disminución de estrés por el hecho de saber que no se encuentran solos enfrentando los desafíos que surgen durante su participación.

Como se indicó en el párrafo anterior, estos grupos también pueden incluir planificar y concretar proyectos, como, por ejemplo, para combatir el estigma social acerca de determinadas enfermedades o condiciones, ayudar a otras personas a comenzar y llevar a cabo el proceso de cambio, realizar proyectos en conjunto para facilitar la participación en ocupaciones en ellos mismos o en familiares con problemas ocupacionales (por ejemplo, padres que se reúnen regularmente para confeccionar juguetes adaptados para sus hijos con problemas de desempeño en habilidades motoras y de procesamiento, proyectos de autogestión para superar la pobreza, proyectos para garantizar derechos de obtener medicamentos a un precio justo).

Los grupos de ayuda mutua son implementados por sus interesados. El terapeuta ocupacional puede facilitar un espacio de reunión periódica, y en caso de estar presente, tomar un rol de observador participante y cuando es necesario facilitar que el proceso mantenga fluidez empoderando a los participantes que asumen un rol de liderazgo.

#### *7.2.6. Las personas como monitores guías*

El rol como monitor de las personas que han sobrellevado situaciones y condiciones difíciles y han salido adelante es indispensable en el proceso de facilitación de la exploración y aprendizaje de estrategias de personas que no han llegado a ese punto aún. Las personas monitores pueden ejercer su ayuda en diferentes formas. Pueden participar como guías en grupos de autoayuda, como colideres de grupos educacionales de ayuda mutua, como facilitadores de la motivación y de aprendizaje de habilidades u otorgando apoyo individual en ciertas acciones o tareas que son de dificultad para algunos, por ejemplo, ir de compras, iniciar participación en grupos, usar transporte público, poner en práctica las habilidades de conversación, entre otras.

En los programas de rehabilitación que han sido más exitosos con jóvenes y adultos (Casa Club, Centros Comunitarios de Autoayuda) existen personas recuperadas o en proceso de recuperación a cargo de funciones importantes para administrar los programas y llevarlos a cabo. Más aún, uno de los programas comunitarios en salud mental más famosos de Estados Unidos y del mundo (Fountain House, en Nueva York) fue concebido y desarrollado por personas recuperadas, y por esto se ha adoptado ampliamente como base estructural de programas comunitarios desarrollados en diversos

lugares, incluyendo Reencuentros en Chile (1994-2006) (Kielhofner, 2004, 2011) y Rumbos en Argentina (2000-a la fecha) (Poletti, 2010) ambos destinados a personas que presentan necesidades ocupacionales por problemas de diversa índole (véase [Parte V](#) de este libro).

### 7.2.7. *Enseñanza directa de habilidades con el MOHO*

Las personas pueden presentar necesidades de aprender habilidades nunca antes aprendidas, reaprender habilidades que han sido olvidadas debido a las circunstancias y de aprender o reaprender a enfrentar situaciones desafiantes que demanda la participación ocupacional diaria. Las habilidades ocupacionales que pueden necesitar aprenderse o reaprenderse varían de acuerdo a la persona o colectivo. Esto va a depender del ambiente o ambientes en que las personas desean o necesiten participar, los diversos roles o formas ocupacionales en que quieran o necesiten desempeñar, y los objetivos planteados en conjunto o guiados por la observación de la volición de la persona. Con la ayuda del terapeuta, otras personas como sus pares, las familias, personal de la salud, amigos cercanos, compañeros de escuela o de trabajo pueden ayudar a enseñar estas habilidades. La persona interesada, junto al terapeuta y quienes se encuentren involucrados, deben negociar un plan de aprendizaje de habilidades en conjunto.

La *enseñanza directa de las habilidades* se refiere al proceso de enseñar habilidades en forma progresiva, proporcionando diferentes grados de asistencia y de apoyo de acuerdo a la capacidad de desempeño y volición de cada persona. La enseñanza directa de habilidades, ocupando el MOHO, se realiza durante la participación en ocupaciones y contextos relevantes del diario vivir (véase el [apartado 7.2.1](#)), lo que otorga significado del aprendizaje y ofrece oportunidades de exploración y de ensayo y error de estrategias, la retroalimentación eficaz en el contexto de participación y la facilitación de iniciativa, toma de decisiones y resolución de problemas.

Frecuentemente, en la instancia de orientación o asesoría, al diseñar el plan de acción en conjunto, se priorizan las habilidades, se planifican las etapas y las formas más útiles de hacerlo de acuerdo a la percepción conjunta de la persona y el terapeuta. Para el desarrollo de un plan de aprendizaje de habilidades se requiere seguir los siguientes pasos en los que se espera la participación de la persona en forma activa.

- a) *Selección de habilidades.* La selección de habilidades implica negociar qué tipo de habilidades necesitan ser aprendidas durante la participación en ocupaciones diarias, basándose tanto en las necesidades de la persona interesada, como también de los contextos sociales y sus expectativas externas en roles relevantes, que han sido conceptualizadas en el proceso de evaluación (véanse [capítulos 2, 3, 4 y 5](#)). Esto implica que las habilidades a

considerar deben ser *relevantes para la persona, relevantes para el o los ambientes donde la persona participará y posibles de ser aprendidas.*

- b) *Planificación.* La planificación engloba priorizar estas habilidades y seleccionar estrategias, analizando los recursos individuales y del ambiente para lograr los objetivos. La planificación incluye la determinación de objetivos mensurables de corto y largo plazo y un plan de acción con respecto a los procedimientos a seguir en conjunto.
- c) *Implementación.* La implementación del proceso de aprendizaje de las habilidades requiere de las estrategias de *otorgar estructura y guía.* Otorgar estructura comprende la organización y adaptación del espacio y objetos del ambiente relevante. La guía se basa en la instrucción del paso a paso utilizando indicaciones verbales o escritas, demostraciones, claves ambientales, hacer en conjunto, estrategias que se *seleccionan* de acuerdo a las dimensiones del hacer en las que la persona puede participar y la complejidad de las demandas volitivas y de capacidades que las tareas o formas ocupacionales presentan para ella. La implementación debe considerar *entregar información necesaria* sobre las distintas situaciones de aprendizaje y procedimientos, y en lo posible, asegurarse de que en este proceso la persona tenga la oportunidad de *elegir* las formas de aprendizaje que le sean más cómodas o recibir la forma de enseñanza más apropiada. El terapeuta ocupacional debe estar alerta para favorecer la máxima autonomía volitiva e independencia en el desempeño ocupacional de la persona y a educar a las personas relevantes que guíen el aprendizaje en el proceso de cómo hacerlo, sin *sobre hacer por ella* (véanse cuadros 7.1. y 7.2).

No haga por la persona lo que él pueda hacer por sí mismo. Otórguele oportunidad de mostrar cómo lo hace y si es necesario la oportunidad de explorar posibilidades. La cantidad de asistencia entregada debe ser solo la necesaria (Carmen Gloria de las Heras de Pablo, 2010, p. 130).

*Cuadro 7.1. Formas de enseñanza directa de habilidades*

---

*En asesoría y práctica independiente*

El terapeuta facilita la *exploración y selección* de estrategias y formas de practicar habilidades necesarias por parte de la persona, entregando instrucción de puntos claves y acordando los procedimientos factibles de llevar a cabo. La persona *explora* la práctica de las estrategias y procedimientos en los lugares ocupacionales y contextos relevantes en forma autónoma. En próximo encuentro se analiza el proceso y los

resultados en conjunto y el terapeuta ofrece *retroalimentación*. Se revisan y si es necesario se ajustan o cambian estrategias y procedimientos en conjunto para practicarlos y continuar este proceso de aprendizaje e internalización de nuevas habilidades.

---

*Directamente, en la situación ocupacional deseada*

La persona *practica* la habilidad en conjunto o con *guía* de terceros, ayudándose o no de instrucciones escritas o de claves ambientales físicas o sociales acordadas con su terapeuta en asesoría.

El terapeuta demuestra los pasos, las acciones de las tareas para luego llevarlos a cabo en conjunto con la persona, o en forma paralela.

El terapeuta lleva a cabo uno o más pasos de una tarea (secuencia de acciones) en conjunto con la persona. A continuación otorga a la persona la oportunidad de realizar uno o algunos pasos de la tarea (según posibilidades de desempeño). Para finalizar, lleva a cabo los restantes para la compleción de la tarea junto a la persona.

---

### *Cuadro 7.2. Aspectos críticos para favorecer la máxima autonomía e independencia*

---

- Si la persona muestra competencia en sus habilidades, reconozca los logros y *no* ayude o haga la tarea por él.
  - Si la persona puede desempeñar las tareas, pero se olvida, recuérdelo verbalmente.
  - Si la persona ha practicado la habilidad con anterioridad, pero no puede lograrla satisfactoriamente u olvida cómo hacerlo, asístala verbalmente dando instrucciones pertinentes en forma ordenada y consecutiva.
  - Si la persona no puede o no sabe cómo desempeñar la habilidad, asístala verbalmente entregando instrucciones o físicamente llevando su mano con la suya. En este caso siempre se debe demostrar la acción a la persona antes de pedirle que la realice.
  - Si la persona posee la habilidad y no la ha olvidado, pero no la desea practicar, esto refleja otra situación que puede relacionarse con su motivación por hacerlo, por lo que se deben explorar los motivos personales y los factores ambientales que fundamentan esta decisión y actuar de acuerdo a ello.
  - Si la persona no es capaz de ensamblar sus habilidades debido a su enfermedad o discapacidad, y estas son necesarias y relevantes para su vida, entonces, y *solamente entonces*, realícelas por ella.
-

### 7.2.8. *Proceso de integración a roles ocupacionales diversos y cambio en hábitos*

Durante la etapa de competencia, el desarrollo de roles y hábitos toma un espacio fundamental en el proceso de cambio. La persona debe enfrentar los desafíos de negociar entre sus expectativas internas y las expectativas del medio ambiente físico y social, es decir, integrar sus habilidades y volición con las demandas y oportunidades del ambiente. Es aquí donde la competencia ocupacional comienza a tomar forma y a establecer un patrón de participación ocupacional en el tiempo.

Como lo explica la teoría y principios de este modelo, los roles y hábitos son difíciles de cambiar. Por ello, en situaciones en que estos patrones no son satisfactorios para la persona o para los grupos sociales significativos, se requiere comenzar el proceso lo antes posible. El proceso de entrar en nuevos roles se entrelaza necesariamente con el desarrollo de un nuevo patrón de hábitos y viceversa. En la práctica, el desarrollo de nuevos roles debe seguir la secuencia natural de su exploración, aprendizaje y práctica hasta lograr su internalización.

La primera etapa en el desarrollo de roles consiste en la *exploración de las expectativas internas* (lo que la persona desea, y tiene como objetivo lograr) y *de las expectativas externas* (o de las demandas reales que estos roles y el ambiente le suponen). En otras palabras, el objetivo se centra en iniciar el proceso de identificación en un rol. La exploración de las expectativas personales y ambientales se favorece a través de la *autoevaluación*, la *retroalimentación* y la entrega de *información* por parte del terapeuta, la *exploración* por parte de la persona de contextos ocupacionales y los roles desempeñados en estos y la *participación* de la persona en los pasos de tareas o en tareas de un proyecto significativo individual o común con otras personas.

La *participación en pasos o tareas de un proyecto ocupacional* facilita el progresivo acercamiento al desempeño del rol elegido, el sentido temporal de continuidad del hacer, el autoconocimiento de habilidades personales y por ende el sentido de capacidad personal. Junto con participar en un proceso de elección en la planificación de objetivos, a través de esta participación la persona desarrolla la flexibilidad personal necesaria ante contingencias o cambios de circunstancias, todos aspectos necesarios para la futura internalización del rol. Los proyectos ocupacionales pueden ser tan diversos como los objetivos personales o de un grupo.

Tras autoevaluarse con el listado de roles y analizarlo con su terapeuta, Jimena, una mujer casada con dos hijos, comprendió las razones por las que no se encontraba satisfecha como madre y esposa *decidiendo* como proyecto personal aprender y asumir el rol de ama de casa, rol que nunca antes lo había valorado ni incorporado a sus rutinas porque contaba con ayuda doméstica, hasta el momento en que se enfrentan como familia a una crisis económica prolongada que produce una quiebra en el estilo de vida de todos sus miembros, debiendo cambiar de lugar de residencia y ajustar el presupuesto, priorizando en ello la educación de los niños. En esta etapa se *identifican y analizan en conjunto* las actividades, las tareas y habilidades que requiere para ello priorizando en un comienzo la práctica diaria de 3 tareas en su hogar (barrer y hacer las camas como parte de la actividad de

realizar la limpieza de su hogar y disponer la mesa para el desayuno como parte de la actividad de preparar y servir comidas). Para esto, el terapeuta ocupacional debió, en primera instancia, *facilitar la identificación y elección* de una o más tareas que Jimena ya sabía realizar y en conjunto planificar la frecuencia y el horario de realización de acuerdo a las demandas de su ambiente social. Con la práctica de estas tareas conocidas y su desempeño rutinario, el valor asignado a ser una buena madre y esposa y la *validación y retroalimentación* por parte del terapeuta y su familia, la mujer desarrolló un mayor sentido de eficacia que le permitió *decidir* integrar otras tareas conocidas en su rutina y comenzar a *explorar tareas* del rol que *no sabía* cómo desempeñar, teniendo para ello que negociar el emprender un nuevo aprendizaje y uso del tiempo de acuerdo a las expectativas personales y las de su esposo e hijos. En definitiva, Jimena comenzó a desempeñar y comprometerse con tareas de las actividades del rol y con ello a comprender e identificar sus habilidades y demandas del rol de ama de casa (libreto de roles).

La segunda etapa corresponde a la *internalización del rol*. Esta considera en primera instancia el acordar con la persona asumir el desempeño de las actividades del rol con todas las tareas para su compleción en forma progresiva de acuerdo a la priorización establecida por la persona. Para ello se facilita la *planificación* de su organización en el tiempo diario, semanal y mensual de la rutina (hábitos de rutina). Una vez que la persona ha practicado lo suficiente y se siente cómoda con estas rutinas, se determina en conjunto la necesidad o no de apoyo en *mantener* los estándares de desempeño de acuerdo a expectativas personales y del ambiente. Esto implica un mayor desafío en cuanto a que la persona debe asumir mayores responsabilidades, enfrentar contratiempos múltiples y prevalecer en su rol a pesar de ellos. El internalizar un rol significa hacerlo propio, aceptando los aspectos que son y que no son placenteros y *comprometiéndose con el desempeño rutinario de estos*. Es para favorecer la internalización del rol en forma sólida y relevante que la etapa de competencia del proceso de remotivación debe ser considerada.

Al desempeñarse en roles, actividades de los roles o tareas de las actividades las personas organizan sus rutinas (hábitos de rutina) y desarrollan o despliegan sus propios hábitos de desempeño y hábitos de estilo. El *cambio en los hábitos* es lo más difícil para las personas y lo es también para las personas que facilitan este cambio. Este proceso requiere de constante *negociación*, día a día, y en el tiempo, debido a que los hábitos se entrelazan fuertemente con los aspectos volitivos siendo su cambio un proceso complejo. Ejemplos de situaciones de cambio en hábitos hay muchos, entre ellos el cambiar los horarios de acostarse y levantarse para lograr una meta diaria, el cambiar la forma de reaccionar frente a situaciones no agradables, el aprender nuevas formas de hacer ciertas tareas para lograr mayor eficiencia y conservación de energía, el cambiar de rol de paciente a rol de ciudadano, el cambiar actitudes y acciones invasivas por pedir permiso antes de entrar a un espacio privado, o más complejo aún, cambiar un estilo de vida completo.

El cambio de un hábito implica primero que nada una *invalidación personal* en la que la persona nota que la forma en que suele organizarse y desempeñarse no la beneficia en lograr sus objetivos personales, lo que representa un desafío para su causalidad personal, sus valores adquiridos o ambos. Para que se produzca el cambio, las

personas necesitan *tener un sentido* para hacerlo y los contextos relevantes deben presentar *expectativas lógicas y consistentes*, de lo contrario pierde la valoración personal. El terapeuta debe otorgar la posibilidad de *explorar* alternativas y estrategias distintas y apoyar a la persona a *elegir* a través de la experimentación alguna de ellas para ser aprendida y *practicada frecuentemente* ante situaciones similares, favoreciendo así la habituación de este nuevo patrón de desempeño. Paralelamente, el terapeuta debe *informar y orientar a los grupos sociales significativos* de tal modo que se favorezca la consistencia de expectativas y la comprensión del proceso volitivo involucrado.

Existen dos aspectos que no deberían faltar en el proceso de facilitación del cambio. El primero de ellos es que el terapeuta ocupacional debe favorecer el cambio de hábitos en relación con las expectativas de *contextos relevantes* de la vida ocupacional de la persona, sean sus lugares de participación ocupacional o espacios específicos de apoyo a su proceso de cambio (institución, programa, comunidad determinada o consulta privada). El segundo es que el terapeuta ocupacional también *debe aprender a negociar*, estrategia fundamental en el cambio de hábitos, no solo para evaluar y comprender la situación volitiva y ambiental de la persona, sino también para ser exitoso en el trabajo de priorizar junto con la persona cuáles hábitos *son realmente necesarios de cambiar y cuáles son posibles de cambiar*, dejando de lado los parámetros personales o estándares generalizados. Para ello, el terapeuta necesita profundizar sobre las características de los grupos sociales y cultura de los contextos a los que la persona pertenece y participa o participará diariamente (véase [cuadro 7.3](#)). Si se comprenden las etapas de cambio de hábitos y se integran las estrategias del proceso de remotivación, el terapeuta realizará en forma efectiva esta compleja tarea.

### *Cuadro 7.3. Desafíos del terapeuta ocupacional: ejemplos de casos*

---

Rodrigo, un joven de 17 años, había tenido una experiencia de vida que se caracterizaba por fracasos escolares debido a poseer problemas de modulación de energía y de concentración en las tareas y sufrir las consecuencias de una educación tradicional al ser castigado por sus profesores y rechazo y burla por parte de sus compañeros, situación que culmina en una falta de sentido en continuar sus estudios y en perseverar en el intento de hacerse amigos, optando finalmente por quedarse en su hogar. Rodrigo llega a Reencuentros, Centro de Integración Comunitaria, acompañado por su madre. El principal problema que su madre expresó era que el joven no se duchaba, no se lavaba el pelo ni los dientes hacía 4 meses. Relataba que tenía que pagarle para ir a una peluquería ocasionalmente para que lavaran el pelo, que no había manera de que entendiera que debía mantener su aseo personal y por tanto no sería aceptado en ningún colegio. Rodrigo, por su parte, refería que lo más deseado en su vida *era poder tener amigos*. La terapeuta los *validó* y entregó *retroalimentación* a ambos por separado. El valor asignado a tener amigos era fundamental por considerarlo antes que ningún otro aspecto, por lo que se invitó a Rodrigo a conocer y ser parte del Club de Jóvenes del Centro y a explorar con sus compañeros los distintos proyectos que emprendían juntos. Rodrigo se involucró en estos proyectos con mucho entusiasmo y responsabilidad. A la madre se le dio a conocer la situación ocupacional de Rodrigo, validando sus esfuerzos realizados y orientándola para abordar las necesidades de Rodrigo desde otro punto de vista, esperando a que se sintiera parte del grupo de pares, siendo ellos mismos las personas significativas que demandaran o no este cambio de hábitos. Los jóvenes decidieron construir su

propio espacio para el club, proyecto en el que todos asumieron roles para lograr el objetivo común, entre ellos el pintar los muros y el techo del lugar donde antiguamente se guardaba el automóvil de esa casa. Con el movimiento repetido de piernas y brazos que esta tarea demandaba, se hicieron muy notorios los efectos de la falta de higiene de Rodrigo. El presidente del club le indicó: “Ya pues, Rodrigo, anda a ducharte, ya no soportamos tu olor”. Desde ese momento, Rodrigo asumió su higiene personal. Con el tiempo, habiendo desarrollado un mayor sentido de eficacia en la relación con otros, en contexto de asesoría le plantea a su terapeuta la necesidad de apoyo para volver al colegio y completar sus dos últimos años de estudios.

## Reflexión

El razonamiento terapéutico permite la flexibilidad de la terapeuta ocupacional, que enfatiza que el *sentido del cambio* es encontrado en base al valor asignado a los objetivos personales y que finalmente es la propia persona la que marca el camino para el cambio de hábitos. El terapeuta, en este caso, otorgó la oportunidad de participar en el *contexto ocupacional más significativo* para la persona, promoviendo que el grupo de pares en sí fuese el *agente facilitador del cambio*.

Bernardo, adulto de 32 años, pertenecía a un grupo social conservador y de mucho dinero. Estaba habituado a una vida cómoda, en que todo lo tenía y podía disponer de dinero para viajar, y darse los lujos que quisiera. Era una persona retraída, sensible, preocupada por el bienestar de los demás, con intereses claros y con valores imperantes acerca de la unión familiar y respeto por los otros. Había sido estudiante universitario por largo tiempo, y tuvo que abandonar los estudios de la profesión escogida por dificultades en su concentración y lentitud en el aprendizaje asociada a ello. Durante el periodo de su adolescencia atravesó por situaciones traumáticas importantes que generaron en él una mayor introspección y una baja causalidad personal, llegando a sentirse incapaz de plantearse objetivos e iniciar la acción para lograrlos. Los padres de Bernardo tenían *estándares altos y rígidos de rendimiento y de perfección en el hacer* con todos sus hijos, siendo sus demandas de desempeño incompatibles con la causalidad personal de Bernardo, lo que provocó el desarrollo de un ciclo de mayor estrés y tensión entre todos los miembros de su familia. Su madre insistía en exigirle levantarse temprano y en que continuara sus estudios, ofuscándose hasta el punto de descalificarlo delante de todos varias veces al día. Bernardo expresaba esta tensión y la necesidad inminente de descansar de la presión, prefiriendo dormir en el día y realizar sus cosas de noche, y a pesar de que muchos de sus intereses eran posibles de ser realizados solo durante el día, optaba por evadir el profundo malestar y dolor producido por estas interacciones. Después de vivir esta realidad durante años, Bernardo se habituó a esta rutina presentando en forma creciente rigidez ante el cambio. En un comienzo la intervención de terapia ocupacional se centró en facilitar su *sentido de placer en el desempeño de actividades favoritas*, y en relación con estas, facilitar su planificación de objetivos acerca de algunos cambios en sus hábitos de desempeño para beneficio de su eficiencia, identificando y practicando estrategias para lograrlo. *El terapeuta negoció con Bernardo* sus hábitos de rutina solo los días que requería levantarse más temprano para cumplir con las responsabilidades financieras que le eran importantes. Al momento de *observar un mayor de sentido de eficacia y placer* en anticiparse y lograr sus objetivos dentro de situaciones conocidas, se decidió entregarle información integral acerca de su situación ocupacional y conceptualizar en conjunto las incongruencias entre su identidad ocupacional y su estilo de vida, pudiendo *identificar* que este último no le era satisfactorio y su necesidad de cambiarlo. Uno de los aspectos que logró identificar, a pesar de la presión cultural que existía en su hogar, fue que él tenía necesidades ocupacionales distintas a las de sus padres y familia en general, que se sentía no pertenecer a esta cultura tradicional y que reconocía que evitar los malos momentos y la tensión no había sido una estrategia óptima pero sí que le había permitido tolerar la vida que llevaba. Dentro de las *alternativas exploradas* para comprometerse consigo mismo a llevar un estilo de vida satisfactorio determinó un objetivo: vivir solo. Se identificaron en conjunto sus habilidades críticas con respecto a este objetivo y sus condiciones económicas. Bernardo poseía suficientes recursos económicos pues dentro de su

actividad diaria se hacía cargo de las inversiones familiares y de las suyas propias y era dueño de terrenos y propiedades que alquilaba a otros, actividad que se ajustaba a un horario flexible determinado por él. Dentro de sus habilidades reconoció tener capacidad para aprender a cocinar, como también el no querer realizar ninguna actividad doméstica, solo lo indispensable. Su mayor desafío era *romper con el hábito de rutina* llevado hasta el momento y enfrentar la reacción de su familia. La *negociación* entre el terapeuta y Bernardo se abordó organizando en el tiempo las actividades necesarias a completar, incluyendo fechas tope para cumplir con cada gestión, antes de la fecha de cambio de casa que correspondía a 4 semanas más, momento en que recibía su apartamento arrendado a otros. El terapeuta lo *acompañó a iniciar* algunas actividades que suponían un mayor desafío, otorgando *validación sustancial*, y realizó *educación* con sus padres, quienes también necesitaron *negociar* sus expectativas con las alternativas escogidas por Bernardo. Para ellos también significó asumir un proceso de cambio sustancial en sus hábitos de estilo correspondientes al rol de padres.

## *Reflexión*

El cambio de hábitos siempre necesita del conocimiento de *la historia en progreso de la persona* y esta historia se marca en muchos casos por *actitudes sociales basadas en convicciones rígidas* que provienen de la cultura del contexto social y que impactan en el proceso volitivo de las personas. Comprender *cómo y por qué* se han formado los hábitos ayuda a poner en perspectiva las intervenciones necesarias y priorizar en el tiempo las estrategias terapéuticas apropiadas. En este sentido, el que Bernardo viviera solo en su propio apartamento significaba que tomaría decisiones con respecto al estilo de vida que deseaba y que las necesidades que surgieran serían las que demandaran su utilización del tiempo y las tareas que debía realizar. Es importante resaltar que la visualización e integración de todas las fortalezas de los factores personales y las oportunidades ambientales (la situación económica de Bernardo, la posesión de un espacio propio y otros) son importantes para el razonamiento terapéutico que otorga flexibilidad en determinar en conjunto con una persona si está preparada para asumir un cambio de esta naturaleza o no. En este caso, se muestra el *proceso dinámico de la facilitación del cambio* en lugar de seguir procedimientos predeterminados y rígidos, que hubiesen correspondido en este caso a entrenar a Bernardo en *todas* las actividades del hogar y desarrollar una rutina esperada por los estándares sociales generalizados dentro de un ambiente adverso como condición a dar el paso.

---

### *7.2.9. Educación ambiental*

La educación ambiental corresponde a una educación participativa cuyo objetivo es *compartir información relevante y orientar* a familiares, amigos, vecinos, instituciones, equipos de trabajo, organismos sociales y políticos y otras personas cruciales en la facilitación de la participación ocupacional de la persona. Este proceso incluye, dependiendo del grupo social, compartir los conceptos y procesos de la participación ocupacional, los instrumentos de evaluación del MOHO, los resultados de evaluación y reevaluación, así como también compartir y *negociar* las estrategias y los procedimientos más factibles y significativos que cada grupo social puede practicar en la facilitación de la participación ocupacional. La educación ambiental *se basa y sigue los principios del MOHO*, por lo que enfatiza en la empatía, la relación significativa y respetuosa con los grupos y la dinámica de un trabajo en equipo, para así favorecer el sentido de control

personal y la autonomía en los agentes facilitadores del cambio.

La educación ambiental se puede realizar en su dimensión formal o informal, dependiendo de la situación, de las características y necesidades del grupo al que está dirigida y de los objetivos de esta. La educación formal puede darse en el contexto de reuniones, charlas, presentaciones, entrevistas en medios de prensa, asesorías o grupos educativos de ayuda mutua. La educación informal se contextualiza en situaciones naturales de vida de distinta índole, contemplando entre otras el invitar a los grupos sociales a participar en ocupaciones compartidas con las personas o colectivos que son de interés y culturalmente valoradas, la participación activa y asertiva de las personas durante una sesión con su médico tratante, el contar historias entre amigos, familiares, compañeros de trabajo o escuela, la participación activa de las personas en su comunidad o la iniciativa de terapeutas ocupacionales de informar y otorgar retroalimentación *de pasillo* en las instituciones o en espacios comunitarios diversos.

### 7.2.10. *Manejo ambiental*

El manejo ambiental consiste en estructurar los ambientes relevantes de participación ocupacional proveyendo, cambiando o adaptando tanto la organización física del espacio y objetos del ambiente físico como la complejidad de las tareas, las expectativas sociales y las oportunidades de participación en ocupaciones. Para ello es importante que el terapeuta ocupacional revise y comprenda las variables a considerar en cada dimensión del ambiente, y tenga claro el grado de compatibilidad necesaria de estas con las habilidades, la motivación y los patrones ocupacionales de la persona o grupo, de tal forma que se logre en lo posible el impacto óptimo necesario para la facilitación de la participación ocupacional en cada momento del proceso de cambio. Los instrumentos de evaluación basados en el concepto de impacto ambiental tales como la Escala de Impacto Ambiental Residencial (REIS), la Escala de Impacto ambiental del Trabajo (WEIS) y la Entrevista del Ambiente Escolar (SII) brindan relevante y acuciosa información para confeccionar un plan junto a la persona y a los grupos sociales pertinentes que facilite la mayor compatibilidad entre esta y sus ambientes ocupacionales.

La mantención de un ambiente facilitador debe considerar la promoción de un balance entre las oportunidades y demandas del contexto ambiental ocupacional no solo para la persona, sino para el terapeuta, los equipos de trabajo, la comunidad y el resto de la familia.

El ambiente físico tiene una influencia directa en el desempeño, la motivación por el hacer y en el desarrollo de un sentido de identidad personal.

1. *Privacidad.* La mayoría de las personas necesitan un grado específico de esta. La privacidad es una característica del ambiente físico que debemos considerar en toda situación, aun cuando contemos con espacios reducidos.

La elección de espacios, si es posible, debe corresponder a las necesidades particulares de cada persona o colectivo, debiéndose recurrir a la creatividad y a la planificación en conjunto considerando las realidades pertinentes. Algunas personas tienden a saturarse al compartir espacios que reúnen a demasiada gente (estadios, recintos para conciertos). En el mismo hogar se puede producir cuando viven o duermen demasiadas personas en un espacio designado para un número menor de ellas. Esta situación puede en ocasiones ser inevitable debido a las condiciones económicas de las familias. Lo que es posible hacer en estos casos es evitar tener demasiadas visitas a la vez de manera frecuente. El vivir con muchas personas (allegados, abuelos, compañeros de hogar o dormitorios de hospitales), aun cuando el espacio es suficiente, también puede ser contraproducente debido a que la distribución del espacio pierde su efectividad. En ocasiones necesarias, si es posible, se debe acomodar un área privada en la cual la persona pueda descansar del contacto social. Idealmente esta área debe dar identidad a la persona, en otras palabras, la persona debería tener la oportunidad de ajustar y utilizar esa área cuando necesite apoyo o asistencia. Si no es posible acomodar un área privada, se debe ofrecer cualquier posibilidad de mantener los objetos personales separados de los de los demás y distribuidos en su espacio vital.

2. *Disponibilidad de los objetos.* Se debe reducir la ambigüedad y la incertidumbre en el ambiente físico, si esta existe. Para algunas personas, aun los típicos cambios de la rutina pueden provocar angustia. El ambiente físico no debe aumentar esta confusión con desorden excesivo, acumulación de objetos, falta de claridad en ubicación de objetos y muebles demasiado grandes en espacios reducidos. La disponibilidad de los objetos requiere de una distribución lógica en los espacios para cada persona o grupo en particular, de tal modo que favorezca su desempeño y motivación. Este aspecto considera las situaciones en cualquier realidad económica. Existen situaciones en que incluso con los mismos y pocos objetos existentes, se puede realizar una distribución que invite a participar y facilite el desempeño autónomo al máximo. Así mismo es fundamental preservar la personalidad e individualidad del espacio poniendo atención al *significado simbólico* de los objetos. El espacio propio debe tener algo distintivo acerca de las personas y apoyar la expresión de la identidad ocupacional permitiendo la presencia de sus propias cosas, adornos en las paredes, cuadros y fotos, aun cuando el terapeuta o grupo social determinado no esté de acuerdo con el gusto de la persona. En los lugares en que el terapeuta ocupacional trabaje se debe tener en cuenta la selección de los objetos según la cultura, los intereses generales y las características del desempeño del grupo y en lo posible *diseñar los espacios con las personas*. El *mensaje* que se otorga con los elementos ofrecidos y su distribución en el espacio es sin duda, en conjunto con la expectativa social y el significado de las tareas ofrecidas, uno de los aspectos

que favorece o inhibe la iniciativa por el hacer.

3. *Complejidad del espacio y de los objetos.* Las adaptaciones del ambiente físico para personas con discapacidades físicas crónicas son ampliamente conocidas en la literatura de terapia ocupacional. Por ello se debe recurrir a los modelos de terapia ocupacional que establecen los procedimientos adecuados para ello. Considerar la complejidad también implica conocer la *experiencia y familiaridad* que la persona tiene con el uso de ciertos objetos, lo que hace que la complejidad sea adecuada o no a las habilidades de la persona.

En consideración a *las tareas* o formas ocupacionales y sus propiedades motivadoras, en la práctica de terapia ocupacional se ha demostrado que para cualquier actividad, la complejidad de la tarea y la calidad de desempeño se relacionan con el nivel de motivación para realizar la tarea. Cuando la motivación es baja, la calidad del desempeño tiende también a ser baja. A su vez, cuando la motivación es demasiado alta (demasiada excitación emocional), el desempeño también tiende a deteriorarse. El desempeño óptimo ocurre cuando la *motivación se encuentra en el rango medio*, es decir, cuando a la persona le interesa o valora la actividad y se siente lo suficientemente capaz para realizarla. Existe también un *nivel óptimo de motivación* relacionado con la complejidad de la tarea. Una alta motivación puede facilitar un desempeño óptimo en una tarea simple; mientras que puede afectar negativamente el desempeño de una actividad muy compleja. A su vez, el *grado de complejidad* también afecta el nivel de motivación de una persona. Las tareas simples poseen muy pocos detalles, mientras que las tareas complejas presentan muchos detalles que requieren de atención simultánea. El desempeño de la persona puede ser menos que óptimo en tareas complejas si la motivación y atención se enfocan solo en ciertos aspectos de la tarea. Esto implica que una óptima motivación es facilitada cuando hay un grado de *complejidad que compatibiliza con las habilidades personales* y que al mismo tiempo ofrece novedad o *incremento adecuado de desafío*. Se considera importante también la *dimensión temporal* de las tareas, es decir, la duración óptima de acuerdo a las necesidades de las personas, sugiriéndose que las actividades deben comenzar a concluirse cuando se alcanza el máximo “pic” de motivación. Esta información se comparte con las personas para que las mismas desarrollen mecanismos de regular su tiempo de participación. A través de la observación de su desempeño y volición, los terapeutas ocupacionales pueden clarificar la situación única de cada persona previniendo que la complejidad de las tareas se aumente con el hecho de tener que tolerar un tiempo de duración demasiado largo y por tanto pierda el interés.

El análisis de la actividad utilizando como base el MOHO permite hacerse preguntas relevantes que apoyan al terapeuta ocupacional a facilitar el desempeño óptimo y satisfactorio ( Kielhofner, 2009) (véase [cuadro 7.4](#)).

*Cuadro 7.4. Adaptación del Análisis de actividad utilizando el MOHO presentada por Gary Kielhofner (Kielhofner, 2009)*

<i>Preguntas acerca de una actividad</i>	<i>Preguntas sobre las condiciones de la persona para la actividad</i>	<i>Preguntas para guiar adaptaciones de la actividad</i>	<i>Preguntas para guiar adaptaciones de la actividad</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se asocia esta actividad con roles particulares valorados?</li> <li>- ¿Ofrece la actividad la oportunidad de tomar de decisiones en cómo llevarla a cabo y manejar los tiempos?</li> <li>- ¿Cuáles habilidades moto-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los valores e intereses de la persona? ¿Qué quiere hacer? ¿Qué necesita hacer para participar de su vida? ¿Qué condiciones son las que la motivan?</li> <li>- ¿Se siente capaz de realizar esta actividad? ¿Cuán capaz es de enfrentar errores personales o inconvenientes ambienta-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede organizarse o modificarse esta actividad de modo que la persona pueda disfrutarla y encontrar valor en ella? ¿Hay maneras en las que se puedan aclarar de ciertas demandas de participación en la tarea y realizar adaptación en la forma de realizarla? ¿Son las modificaciones de la forma de realizar la tarea que se proponen aceptadas por la persona, o insiste en una</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué apoyos necesitará la persona para continuar realizando esta actividad que le provee sentido de placer y significado?</li> <li>- ¿Cómo puede esta actividad ser incorporada en los roles y hábitos de la persona?</li> </ul>

<i>Preguntas acerca de una actividad</i>	<i>Preguntas sobre las condiciones de la persona para la actividad</i>	<i>Preguntas para guiar adaptaciones de la actividad</i>	<i>Preguntas para guiar adaptaciones de la actividad</i>
ras, de procesamiento y de comunicación son demandadas por la actividad?	<p>les? ¿Cuánta necesidad de apoyo requiere para iniciar y mantener su participación en una actividad?</p> <p>- ¿Se encuentra esta actividad relacionada con sus hábitos y roles?</p> <p>- ¿Compatibilizan las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación con la complejidad de esta actividad?</p>	<p>forma de desempeñarlas?</p> <p>- ¿Cómo puede organizarse esta actividad de modo que la persona tenga la suficiente confianza para intentar hacerla y desarrollar sentido de eficacia al completarla?</p> <p>- ¿Puede modificarse esta actividad de modo que la persona pueda utilizar sus habilidades actuales motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción para completarla?</p> <p>- ¿Proveería esta actividad una oportunidad de aprender o volver a aprender sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción?</p>	

Los *grupos sociales* continúan siendo una de las dimensiones ambientales más influyentes para facilitar el proceso de cambio. La *permeabilidad* de los grupos sociales, las *expectativas* de desempeño, las *normas* y *el clima* que generan son cruciales en la facilitación o restricción de la participación ocupacional, aspectos que el terapeuta ocupacional debe tener presentes aun en sí mismos (relación terapéutica, impacto de la retroalimentación, validación y asistencia). Muchas veces, sobre todo en la transición de la etapa de exploración a la de competencia, existe una ambivalencia entre el deseo de la persona de lograr ser independiente y autónomo y la necesidad de ser apoyado por los

demás. Esta situación es muy delicada y por lo tanto debe abordarse con cautela, estableciendo un equilibrio de las demandas y oportunidades en el proceso de intervención (incluyendo al grupo social de la persona) y utilizando un lenguaje y gestos propicios para que la comunicación sea clara y oportuna. Además de las actitudes y procedimientos específicos indicados en el manual del *proceso de remotivación y de las estrategias del terapeuta ocupacional* propuestas por el MOHO, existen ciertas acciones y detalles concretos en relación con ellas que cumplen con los principios de este modelo y que facilitan la demostración de la empatía, la permeabilidad y las habilidades de comunicación e interacción de los distintos grupos sociales facilitadores del cambio (véase cuadro 7.5). Como importante complemento al MOHO se sugiere utilizar el Modelo de la Relación Intencional (IRM), modelo conceptual de la práctica de terapia ocupacional que indaga en forma profunda el uso terapéutico del yo, otorgando una oportunidad de autoconocimiento al terapeuta ocupacional que favorece la integración de modos de relación con distintas personas (Taylor, 2008).

*Cuadro 7.5. Estrategias y acciones en la relación y comunicación*

<i>Estrategias</i>	<i>Acciones</i>
Proveer de estructura para facilitar la comunicación verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer preguntas abiertas.</li> <li>• Otorgar tiempo para responder.</li> <li>• Ayudar con algunas palabras a completar su frase si es necesario, o pedir que dé ejemplos concretos que sean más fáciles de expresar.</li> <li>• Apoyar con gestos o frases cortas cuando la persona se expresa, por ejemplo: sí, claro, te entiendo, está bien, continúa.</li> <li>• Pedir la opinión acerca de cosas que ocurren a diario.</li> <li>• Usar afirmaciones en primera persona dando así la oportunidad de expresar opiniones personales.</li> </ul>
Guiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar instrucciones claras y en forma secuencial.</li> <li>• Si es necesario, ser concreto y breve.</li> </ul>
Validar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresar empatía y reflejar sentimientos.</li> <li>• Expresar preocupación y apoyo.</li> <li>• Ser honesto, contestar las preguntas.</li> </ul>
Negociar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar problemas de “poder” (quién controla</li> </ul>

al otro).

---

Proveer de estructura para la interacción social

- Mantener un balance entre las oportunidades y las demandas sociales.
- Incluir a la persona en conversaciones del grupo de acuerdo a su nivel de tolerancia social.
- Informar a la persona acerca de necesidades personales de privacidad.
- Establecer límites sanos y ofrecer otras alternativas de interacción.
- Planificar actividades o proyectos con todo el grupo y facilitar la participación activa de cada persona.

---

En situaciones conflictivas: identificar, validar, estructurar, informar, negociar, orientar

- Averiguar el porqué de los comportamientos de la persona antes de reaccionar.
- Ignorar algunas actitudes negativas si estas no son perturbadoras, centrándose en reconocer logros aunque sean pequeños.
- Cuando sea necesario criticar, hacerlo constructivamente criticando el comportamiento, no a la persona.
- Establecer límites sanos y consistentes.
- *Ante actitudes perturbadoras*: reunirse con la persona, validar percepción subjetiva, informar acerca de consecuencias sociales naturales y sobre otras alternativas de comportamiento que serían de beneficio personal basadas en fortalezas de la persona. Negociar alternativas. Si es necesario, ofrecer espacio físico privado de desahogo. Si se sabe impaciente, dejar a otros que tengan relación con la persona hacerse cargo de la situación.

### 7.3. Proceso de remotivación: generalidades

El proceso de remotivación es un protocolo de intervención minucioso basado en el desarrollo natural del proceso volitivo en la vida y que tiene como objetivo facilitar la motivación por la participación en ocupaciones. Se utiliza con personas que presentan

capacidades, habilidades y enfermedades variadas pero que tienen en común un marcado problema en su motivación por el hacer. Puesto que el cambio comienza y se sustenta con la motivación y la elección individual, el proceso de remotivación es una intervención clave para facilitar la reconstrucción de la identidad y competencia ocupacional en las personas.

Para comprender y aprender el proceso de remotivación se debe revisar su manual, que detalla cómo llevar a cabo este protocolo de intervención. Este manual, *Proceso de Remotivación: Intervención progresiva con personas que presentan desafíos volitivos severos* (De las Heras, Llerena, Kielhofner, 2003), incluye todas las fases en el continuo del proceso volitivo, otorgando énfasis a la importancia de reconocer la progresión de cada persona a través de este continuo usando intervenciones que sean compatibles con la volición de la persona. Para ello se describen tres niveles progresivos e interrelacionados de intervención que se corresponden aproximadamente con el continuo de cambio descrito en el [capítulo 1](#). Estos corresponden el Módulo de exploración, el Módulo de competencia y el Módulo de logro. Cada módulo comprende una serie de etapas que detallan pasos y estrategias siguiendo una secuencia progresiva, que pueden ser usados por terapeutas ocupacionales, otros miembros del equipo de salud y comunidad, familiares u otras personas significativas que quieran y puedan ayudar en el proceso. Para visualizar en forma general los módulos, sus objetivos generales y sus etapas véase [cuadro 7.6](#).

Como cada persona presenta una configuración volitiva única, es necesario tener en mente que el proceso de remotivación insiste en la *flexibilidad de su uso*, por lo que se inicia en módulos y etapas de módulos *diferentes para cada persona*. Los módulos y etapas pueden *interrelacionarse y superponerse* en un momento dado, enfatizando que el continuo volitivo es dinámico, no rígido ni invariable, lo que reafirma que la progresión a través de estos depende de la interacción única de cada persona con los contextos ambientales. Así mismo, el *tiempo* que le lleve a cada persona avanzar a través de cada módulo y etapa, o del proceso en su conjunto, dependerá del ritmo individual del desarrollo del proceso volitivo.

#### *Cuadro 7.6. Proceso de remotivación: generalidades*

<i>Módulos</i>	<i>Etapas</i>	<i>Objetivos</i>
Módulo de exploración	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validación.</li> <li>2. Disposición para explorar el ambiente.</li> <li>3. Elección.</li> <li>4. Sentido de placer y eficacia en la acción.</li> </ol>	Facilitar el sentido de capacidad, el sentido de significado personal y el sentido de seguridad con el ambiente.
Módulo de competencia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interiorización del sentido de eficacia.</li> <li>2. Vivencia y relato de la propia historia.</li> </ol>	Facilitar el sentido de eficacia, reafirmando el sentido de capacidad y el sentido de control sobre las propias decisiones y el desempeño ocupacional en roles.
Módulo de logro	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Automonitoreo e identificación de habilidades críticas.</li> <li>2. Auto abogacía,</li> </ol>	Facilitar la integración de nuevas áreas de participación ocupacional en la vida para el desarrollo del estilo de vida deseado.

El VQ es el instrumento de evaluación clave para guiar la intervención dinámica a través de todo este proceso. Los indicadores volitivos y sus puntuaciones se mencionan a través de los niveles y etapas del proceso, constituyendo una guía para el terapeuta ocupacional ya que los indicadores y sus puntuaciones siguen una progresión de complejidad. Estos orientan acerca del momento propicio en que se puede comenzar a facilitar el desarrollo y la consolidación de la habituación y el desempeño ocupacional dentro del cual se utilizan estrategias e intervenciones apropiadas para continuar facilitando la volición a niveles más complejos. Por este motivo, el terapeuta ocupacional debe guiarse por los resultados únicos del VQ *administrado periódicamente* con cada persona. La Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II) y otros instrumentos del MOHO se integran al proceso en base a la evolución personal de la volición y condiciones de capacidad de desempeño únicos. Desde su publicación, el proceso de remotivación se ha utilizado en distintos contextos de la práctica de terapia ocupacional, estudiándose su evidencia con distintas poblaciones. Su impacto en el proceso de recuperación y adaptación ocupacional de las personas ha significado un vuelco en la vida ocupacional de las personas y en la satisfacción de los terapeutas ocupacionales, las familias, otros profesionales y grupos sociales (De las Heras, 2011; De las Heras *et al.*, 2003; Melton *et al.*, 2008; Pépine, Guerette, Lefebvre y Jacques, 2008; Raber *et al.*, 2010).

## Preguntas frecuentes

1. ¿Cómo se sabe cuándo *dejar ir*? ¿Cuál sería la forma óptima de proceder?

*Respuesta:* El terapeuta debe favorecer al máximo que la persona siga su proceso con la menor intervención. El proceso de evaluación continuo apoya al terapeuta ocupacional para obtener la información necesaria a través de la *observación de la volición, la evaluación de impacto de la intervención y escuchando la narrativa de la persona*. El terapeuta debe revisar los principios del MOHO y recordar que su rol es *facilitar la vida en progreso* y apoyar a la persona a encontrar el curso de *una nueva narrativa personal*. Esto significa que el terapeuta *está de paso en esta vida* y debe estar atento al momento en que debe disminuir o cambiar la intervención hasta dejar que la relación de la persona con sus ambientes relevantes continúe con el curso natural de mutua retroalimentación. El ideal, desde el comienzo de la intervención con el proceso de evaluación, es que el terapeuta favorezca este proceso natural si las condiciones ocupacionales lo precisan, y *priorice e integre los procedimientos justos y precisos con la intensidad y frecuencia* que la persona o colectivo necesite. Con frecuencia los terapeutas ocupacionales, guiados por el alto valor asignado a la entrega a otros, tienden a sentir que deben hacer lo *imposible* y que deben *mantener el cuidado* de la persona, lo que puede resultar en una restricción o inhibición del proceso volitivo autónomo y por tanto del proceso de cambio. El proceso de remotivación ofrece la guía necesaria para ello.

2. ¿Cuán importante es el impacto de la volición para el cambio?

*Respuesta:* La volición es en sí un aspecto personal que puede facilitar o restringir en el proceso de cambio, al igual que el ambiente, la capacidad de desempeño o la habituación. Cuando existe un *patrón volitivo rígido*, ya sea por valores extremos, causalidad personal disminuida o extremada tendencia a buscar el sentido de placer (o todos los anteriores), el proceso de cambio requiere de intervención intensiva con el proceso de remotivación. Los *valores extremos y rígidos* pueden hacer que la persona se resista al cambio de los hábitos de rutina, de desempeño o de estilo y que entren en conflicto serio con los grupos sociales significativos. Una baja causalidad personal puede *nublar* los valores e intereses e inhibir un proceso de cambio. En esta situación, que se revierte con la intervención precisa del proceso de remotivación, se facilita que la persona sea capaz de enfrentar un proceso de negociación con el ambiente o con ella misma para lograr el cambio de hábitos. En este momento sus valores e intereses comienzan a reemerger, y al internalizarlos con la práctica, la persona, entre otras

posibilidades, puede decidir *no querer cambiar*. Comprender esta decisión es importante y se logra a través de conocer y entender cómo, en su historia de vida, la persona ha adquirido y elegido sus convicciones personales, recordando que la persona desarrolla valores propios en relación con las oportunidades y restricciones que el ambiente social y cultural proveen.

3. ¿Cuán importante es el impacto del ambiente en el proceso de cambio?

*Respuesta:* Un ambiente rígido y falta de oportunidades de exploración también puede ser motivo de inhibición del proceso de cambio. Esto se observa a diario en el caso de niños que se desarrollan en ambientes que restringen o impiden la exploración y el juego libre bajo normas estrictas, produciendo en ellos un bajo sentido de eficacia y sentido personal que son expresados por una tendencia a desarrollar patrones de comportamientos evasivos ante los cambios y desafíos, fobia escolar o consumo de sustancias que en el tiempo pueden transformarse en un patrón de participación adictiva. Otra situación emblemática corresponde a niños que comienzan a delinquir desde muy temprano por necesidades de diversa índole que surgen del impacto ambiental (situación económica, maltrato, privación ocupacional), optando por participar con grupos sociales en los que encuentren un sentido de pertenencia. Generalmente estos grupos son cerrados y rígidos en sus metas y códigos de comunicación, demandando roles y comportamientos agresivos para sobrevivir, favoreciendo así la internalización del rol de delincuente que impregna sus hábitos de rutina, sus hábitos de estilo y de desempeño. En estas situaciones y otras similares, el cambio de hábitos a veces puede ser muy lento o no ocurrir. Esto presenta un desafío para los terapeutas ocupacionales porque se prueban las condiciones esenciales de la práctica centrada en la persona. La empatía y actitud reflexiva acerca de la situación ocupacional de la persona o colectivo indicarán si podemos o debemos llevar a cabo una intervención.

## Ejercicio recomendado

- Ejercicio de reflexión:
  - a) Revise los principios del Modelo, las estrategias, la participación activa de las personas y los tipos de intervención especificados en los [capítulos 6 y 7](#).
  - b) Escoja dos personas con la que usted ha trabajado o trabaja (de cualquier edad) cuyos aspectos personales y ambientales de la

participación le han producido confusión y desafío a la hora de tomar decisiones de intervención.

- c) Diseñe un plan de acción que integre coherentemente los principios, estrategias e intervenciones que son de mayor beneficio para su proceso de cambio.

## PARTE IV

# APLICACIÓN DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

## 8

# *Promoción de la salud: contextualización de la práctica con el MOHO*

El principal objetivo del MOHO es promover la participación ocupacional y con ello la identidad y competencia ocupacional en y con ambientes relevantes. Como tal, ofrece una connotación integral que atraviesa todas las intervenciones que realizamos con diferentes grupos de personas o colectivos. Uno de los valores del paradigma contemporáneo de la Terapia Ocupacional resalta que la profesión debe enfocarse en los potenciales y promoverlos. Tal como se ha planteado en capítulos anteriores, el MOHO otorga al terapeuta ocupacional la teoría y las herramientas prácticas para trabajar en ello tanto con personas sanas que presenten inquietudes ocupacionales en su proceso de cambio, como con población afectada por distintos tipos de circunstancias que los hace vulnerables a presentar problemas de adaptación ocupacional o de lleno tenerlos. Este capítulo enmarca los procesos de evaluación e intervención del MOHO revisados en este libro en distintas realidades ocupacionales identificadas y agrupa los objetivos generales y principios específicos que enfatizan en la acción del terapeuta ocupacional con las personas y con los grupos sociales.

### **8.1. Promoción de la Salud y el MOHO**

En Terapia Ocupacional, la promoción de la salud ha sido definida como el enfoque ocupacional de promoción de la salud para el bienestar, resaltando como objetivo principal la creencia en el potencial de lo que las personas pueden hacer y luchan para llegar a ser. Los modelos de la profesión basados en la ocupación presentan principios y enfoques centrados en la persona, el ambiente y la ocupación que de distintas formas contribuyen al bienestar y calidad de vida de las personas (Scaffa, Reitz, Pizzi, 2010). El MOHO es un modelo integral y desarrollado para *abordar la promoción de participación ocupacional* en diferentes contextos y con personas de diversas capacidades y realidades ambientales. Su teoría, principios y procesos de evaluación e intervención coinciden con los parámetros de valores actuales de la Terapia Ocupacional

(véase [capítulo 1](#)) y con los propuestos por el Marco de Trabajo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2008).

Los aspectos centrales que hacen al Modelo de Ocupación Humana propio de promover la salud son, entre otros, el centrarse en la persona o colectivos como agentes activos de cambio, el contar con procesos de evaluación e intervención para facilitar el desarrollo de los potenciales, el sentido de eficacia, de placer y significado; la prioridad dada a la interacción de la persona con sus contextos relevantes y su compatibilidad con otros enfoques de la disciplina e interdisciplinarios. La promoción de la salud utilizando el MOHO se define como:

El proceso de facilitación del desarrollo o reafirmación de la participación ocupacional significativa y única de una persona o población con el objetivo de incrementar su experiencia de sentido, bienestar y calidad de vida (Carmen Gloria de las Heras de Pablo, 2011, p. 82).

Coherente con este planteamiento, se conciben los objetivos generales del MOHO y principios específicos respectivos al trabajo con las personas y con el ambiente, que se basan en los principios fundamentales y básicos del MOHO, revisados en [capítulo 6](#) (véanse [cuadros 8.1](#) y [8.2](#)).

El terapeuta ocupacional que utiliza el MOHO puede ejercer roles diversos, entre ellos el de asesor, educador y profesional practicante otorgando servicios directos e indirectos en la promoción de la participación ocupacional, trabajando con un equipo de profesionales, las personas, los colectivos de diverso índole pertenecientes a diferentes grupos sociales y organizaciones. Así mismo, los contextos de intervención son variados e incluyen entre otros los ambientes intrahospitalarios, instituciones de salud comunitarias; los ambientes ocupacionales como el hogar y el vecindario o barrio, ambientes laborales (empresas públicas y privadas, microempresas), ambientes de estudio (universidades, escuelas, centros o institutos de capacitación) y lugares recreacionales y sociales (clubes, centros de deportes y recreación, corporaciones o fundaciones de personas que representan una minoría y sus familias; lugares de servicios comunitarios (tribunales de justicia, oficinas de capacitación y empleo de municipalidades o ayuntamiento, jardines o guarderías infantiles), recintos de privación de libertad, instituciones políticas (De las Heras, 2010, 2011).

#### *Cuadro 8.1. Objetivos generales del MOHO (De las Heras, 2011)*

- 
- Facilitar el desarrollo del sentido de eficacia, intereses y valores propios en el proceso de participación ocupacional.
  - Facilitar el desarrollo de la participación activa en la toma de decisiones, resolución de problemas y elecciones ocupacionales.
  - Facilitar el autoconocimiento y el conocimiento de las demandas y oportunidades ambientales.
  - Facilitar el desarrollo de sentido de responsabilidad ante el proceso de lograr objetivos de una participación ocupacional satisfactoria.
  - Facilitar el proceso de exploración, aprendizaje y práctica de la participación en roles, actividades, tareas

ocupacionales significativos.

- Facilitar el desarrollo y la reafirmación de habilidades personales y grupales relevantes a la participación ocupacional y al desarrollo de proyectos significativos de vida.
  - Facilitar el desarrollo de habilidades para el desempeño personal.
  - Facilitar la participación activa en acciones, tareas y actividades que propendan a trabajar por los derechos de oportunidades de participación ocupacional.
  - Facilitar la negociación de las personas con grupos sociales y organizaciones pertinentes en el logro de oportunidades y recursos.
  - Facilitar la permeabilidad de los grupos sociales y organizaciones pertinentes acerca de las necesidades ocupacionales de la persona o población a través de la educación formal e informal.
  - Trabajar con grupos sociales y organizaciones pertinentes en el desarrollo de leyes, destinación de recursos y ofrecimiento de oportunidades de participación ocupacional.
- 

Una labor de la promoción de la participación ocupacional se realiza en el acompañamiento de los alumnos practicantes de la carrera de Licenciatura de Terapia Ocupacional que eligen llevar a cabo su práctica en Rumbos, Centro de Integración Comunitaria de Santa Fe, Argentina. Al inicio del proceso, como tutora, Lucía Poletti les ofrece una oportunidad de expresar los sentimientos y pensamientos relacionados con ellos mismos a la hora de enfrentarse a este desafío de comenzar a aprehender el rol profesional (siendo aún estudiantes). Esta aproximación inicial ha entregado información relevante en cuanto a la frecuencia con que los jóvenes llegan al momento de sus prácticas *desconociendo sus potencialidades, dudando acerca de sus capacidades*, con la experiencia anterior en que se ha hecho hincapié en lo que les falta, lo que deben desarrollar, lo que hicieron mal. Estas experiencias han impactado en sus procesos de pensar, sentir y hacer derivando en insatisfacción con el desempeño personal en el rol de estudiante e incertidumbre frente a esta etapa de cambio de vida. Por este motivo, Lucía decidió contar con los elementos que propone el MOHO para promover su participación ocupacional. En el programa de práctica se facilita la exploración del ambiente (conocer las personas, los objetos, las instancias ocupacionales, el espacio físico) y a conocerse a sí mismos en interacción con este contexto. Al comienzo sienten mucho desconcierto y reconocen *preferir* que se les dirija, que se les diga lo que deben hacer debido a su anticipación de fracaso. Sin embargo se les *invita a descubrir* sus intereses, sus capacidades, sus valores en relación con el programa y a partir de allí, dentro del encuadre de los objetivos y programa de la práctica profesional, tomar decisiones que conduzcan su propio proceso de autoconocimiento, conocimiento de las demandas y oportunidades del ambiente y desarrollo del sentido de responsabilidad ante el proceso de lograr estos objetivos de una participación ocupacional satisfactoria. Estos jóvenes que al inicio demostraban inseguridad, temor, desconocimiento, terminan su práctica habiendo desarrollado sentido de eficacia logrando una participación activa en la toma de decisiones y resolución de problemas, reafirmación de habilidades personales y sentido de satisfacción. Lo más importante, terminan sus prácticas con un conocimiento no solo de Terapia Ocupacional, sino con una experiencia enriquecedora de vida compartida con los miembros de Rumbos, quienes se constituyen como los principales y grandes maestros de esta experiencia.

Este ejemplo (Poletti, 2010) ilustra la promoción de la participación ocupacional en un contexto determinado y con un grupo de personas que viven necesidades ocupacionales específicas en un momento crucial de su proceso de cambio transformacional invitando a reflexionar acerca de los principios específicos del trabajo con las personas y sus ambientes relevantes.

### *Cuadro 8.2. Principios específicos centrados en el trabajo con las personas o colectivos*

- 
- El desarrollo de la causalidad personal (sentido de eficacia) en el proceso de cambio es fundamental para facilitar el empoderamiento y habilidades de desempeño.
  - La participación activa en el proceso de evaluación personal y de la realidad del ambiente físico, social, económico y político es indispensable para el logro del cambio de sus circunstancias.
  - La consideración del impacto único que ejercen las diferentes dimensiones ambientales (espacios, objetos/recursos, grupos sociales, cultura, condiciones políticas y económicas) sobre la persona/población proporciona un razonamiento clave para el éxito de la intervención.
  - El cambio ocurre en la vida en progreso que tiene su significado e impacto en la identidad y competencia de la persona/población.
  - El cambio se enfoca en reafirmar potencialidades y fomentar el desarrollo de nuevas.
  - El proceso de cambio se basa en explorar alternativas y soluciones y experimentarlas en contextos relevantes.
  - El trabajo colaborativo entre la persona/población y el terapeuta es un aspecto central en el proceso de cambio (hacer, pensar y sentir con).
- 

### *Cuadro 8.3. Principios centrados en el trabajo con el ambiente*

- 
- La facilitación del cambio en los grupos sociales y organizaciones se realiza en base a su cultura y vida en progreso.
  - La facilitación del cambio en los grupos sociales y organizaciones considera el proceso volitivo de sus miembros.
  - Las alternativas de cambio deben considerar los potenciales de los miembros del grupo social y organizaciones.
  - La participación del terapeuta en colaboración con los miembros de los grupos sociales es indispensable para promover la participación ocupacional de las personas/población.
  - El cambio en los grupos sociales se basa en explorar alternativas y soluciones en conjunto y aplicarlas con la población en cuestión.
  - Los cambios en el ambiente físico deben respetar la cultura y realidad social/ económica de las personas o población, centrándose en cómo lograr que los recursos, espacios y objetos existentes tengan el mejor impacto en la participación ocupacional.
  - La obtención de recursos y objetos debe priorizar aquellos que cumplirán con varios objetivos de la persona o población en lugar de su cantidad.
- 

## **8.2. Intervención con personas o población de diversas necesidades ocupacionales**

### *8.2.1. Población con inquietudes ocupacionales*

Corresponde a población de distintas edades que presenta inquietudes propias ante su

proceso de cambio ocupacional incremental, tales como personas con sobrecarga de roles o ausencia de roles ocupacionales significativos, insatisfacción con rutinas diarias, confusión ante decisiones y objetivos ocupacionales, diferencias o insatisfacción con ambientes ocupacionales, insatisfacción con el desempeño personal en roles o incertidumbre frente a etapas de cambio de vida. Las iniciativas llevadas a cabo por terapeutas ocupacionales de países hispanos incluyen, entre otras, el cuidado del cuidador, la promoción de la participación ocupacional satisfactoria en equipos de trabajo, con niños estudiantes, estudiantes universitarios, profesores de colegio, padres confundidos en su rol, estudiantes desorientados en momento de plantearse objetivos ocupacionales productivos de estudio (véase [cuadro 8.4](#) para especificaciones del proceso de evaluación e intervención).

Teresa, mujer de 25 años de edad, casada, trabajadora y futura mamá consulta a esta terapeuta ocupacional por presentar inquietudes acerca de desempeño en su rol de trabajadora, lo que producía una duda en tomar la decisión de renunciar o no a su trabajo. Teresa trabajaba como agente de ventas de casas en una corredora de propiedades de Santiago de Chile manteniendo un desempeño eficaz y eficiente durante 3 años en que eligió dedicarse a ello, sintiéndose satisfecha y contenta de poder colaborar con su marido en el ingreso económico a su hogar. La terapeuta utilizó la OPHI-II para conocerla integralmente y comprender su historia narrativa. Luego de entrevistarla en el contexto de su hogar, conversó con Teresa la posibilidad de administrar la Escala de Impacto Ambiental Laboral (WEIS) para despejar sus dudas y buscar una solución en conjunto. Teresa aprueba esta iniciativa pues le da sentido a la situación que está viviendo. Se realiza la entrevista y se analiza la escala de puntuación en conjunto, concluyendo entre ambas que la mayoría de los factores ambientales de su lugar de trabajo facilitaban su desempeño, satisfacción y bienestar como trabajadora, excepto un aspecto, la forma de retroalimentación que su jefe tenía con ella y no con los demás trabajadores de la empresa. En su relato describía que generalmente le llamaba la atención delante de otros por detalles que él mismo no recordaba que ella ya los había solucionado. Tendía a descalificarla y a aumentar el tono de voz y a no reconocer la cantidad ni la calidad de su trabajo. Esta situación la tenía saturada y sin saber qué hacer, puesto que su trabajo era importante e interesante para ella y el clima ambiental, cuando no estaba su jefe, lo identificaba como de camaradería y alegre, y a la vez deseaba estar tranquila en el periodo de su embarazo que recién comenzaba. La *asesoría* basada en la utilización de la WEIS, su análisis y decisión del plan de acción, la apoyaron a identificar y reflexionar sobre su proceso volitivo y el impacto que este tenía sobre sus habilidades de comunicación e interacción, no solo con su jefe sino con personas, que en su cultura, asumieran un rol dominante y directivo en la relación. La terapeuta *valida* a Teresa en su desempeño de distintos roles y deciden juntas, de acuerdo a la reflexión de Teresa, realizar una autoevaluación con la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e interacción (ACIS) en diferentes contextos sociales con personas claves (compañeros de trabajo, jefe, marido, madre, clientes). Teresa se sorprendió positivamente al ver que sus habilidades en dimensiones de corporalidad, relación e intercambio de información eran competentes en todos estos contextos, *identificando* una sola habilidad que le impactaba negativamente en su relación con personas de características similares a la de su jefe, la *asertividad* influenciada por su baja causalidad personal y alto sentido de compromiso con las personas. La identificación clara de la problemática la apoyó en *reconocer sus potenciales y explorar estrategias* que fueran efectivas para manejar situaciones similares, pues su actitud sumisa creaba en las personas expectativas demasiado altas de su desempeño. Cuatro sesiones con la terapeuta, acompañadas de la práctica de estrategias en sus ambientes laboral y del hogar, la ayudaron a superar su confusión y decidir con convicción mantener su trabajo en la empresa. El uso del proceso de evaluación fue suficiente como medio de intervención.

Intervenciones como estas utilizando la WEIS en grupos de trabajadores y directivos de empresas diversas han sido de mucha utilidad para la promoción de la participación ocupacional satisfactoria, generando cambios en el clima ambiental, diseñando espacios físicos significativos y de distribución eficiente, acordando necesidades de capacitación como beneficio, ajustando la cantidad de trabajo al tiempo disponible y negociando en conjunto con directivos y trabajadores las formas de relación entre ambas partes.

### 8.2.2. *Población en riesgo de problemas de adaptación ocupacional*

Este grupo de personas presenta una brecha entre su identidad y competencia ocupacionales por diversos motivos, lo que las hace vulnerables a una desadaptación ocupacional. Las inquietudes ocupacionales que pudieron surgir en un momento, con el pasar del tiempo, se viven con cuestionamientos acerca de la propia identidad y competencia ocupacionales. En esta población el MOHO considera a personas cesantes, jubilados, minorías étnicas, minorías sexuales, niños y adolescentes en situación vulnerable, mujeres en situación vulnerable, adultos mayores que han sido trasladados recientemente por decisión de terceros a un hogar o residencia de ancianos, entre muchos otros (véase [cuadro 8.4](#) para especificaciones del proceso de evaluación e intervención).

Las circunstancias y eventos de vida, en el caso específico de tener un miembro de la familia a quien apoyar en forma sustancial durante mucho tiempo, también produce cambios y quiebras en las narrativas ocupacionales, a pesar del alto valor asignado al amor y entrega por la persona que aman. Las narrativas de los cuidadores expresan una sensación de *paréntesis en la vida* desde que un hijo u otro familiar cercano desarrolló un problema serio, percibiéndose en un mundo totalmente distinto y centrado solamente en el bienestar de su familiar. Los altos y bajos del proceso de recuperación llegan a ser agotadores y desesperanzadores si no hay un apoyo desde terapia ocupacional con este modelo conceptual de la práctica. “*No podría ser de otra manera...entonces ¿quién lo haría?*”. Muchas veces la educación y el trabajo en equipo en el proceso de rehabilitación no es suficiente para el principal cuidador. El trabajar con el principal cuidador y el grupo social que lo acompaña (o no lo acompaña) demanda distintos tipos de apoyo. Uno de ellos es *promover su participación ocupacional en un continuo de tiempo*, maximizando la identidad y competencia ocupacional desde un principio y apoyando el desarrollo de resiliencia. Este apoyo toma diferente énfasis según la etapa de cambio vivida por el familiar en proceso de rehabilitación, que cuando logra reestructurar su vida ocupacional y desarrollar autonomía, implícitamente demanda a su cuidador principal un nuevo cambio transformacional (De las Heras, 2011; Abelenda y Helfrich, 2003).

Promover en el cuidador principal su participación ocupacional significa identificar sus valores, sus proyectos junto al familiar que ha cuidado y sus nuevas

responsabilidades como madre, padre, pareja o hermano, además de la oportunidad de un nuevo hacer con sentido propio. Apoyarlos en un hacer significativo para ellos les permite sostener una participación nueva, acorde a sus elecciones y en ambas partes promueve su sentir de adaptación ocupacional (Margaría, 2011). De la misma manera, *las nanas, asesoras del hogar y niñeras* son cuidadores en quienes recaen muchas demandas y responsabilidades que muchas veces necesitarían ser asumidas por los padres o un familiar más directo. Frecuentemente ocurre que estas personas asumen el rol de cuidador principal del niño debido a que los padres pasan muchas horas fuera del hogar trabajando y los niños pasan sus días con ellas, llegando estas a ser parte fundamental del equipo de trabajo. En estos casos son ellas las que facilitan las estrategias necesarias para favorecer la participación del niño, necesitando ser escuchadas y valoradas. La validación, guía, retroalimentación y entrega de información basadas en las estrategias y el manejo ambiental del MOHO favorecen su sentido de competencia y la exploración o reafirmación de otros roles importantes de vida (Peña, 2011).

Otro grupo representativo de cuidadores directos corresponde a los auxiliares de enfermería que trabajan en diferentes contextos, quienes presentan frecuentemente demandas de trabajo intensivo desempeñando múltiples tareas que sobrepasan sus capacidades.

### *8.2.3. Población con problemas de adaptación ocupacional debidos principalmente a factores ambientales*

Este grupo de personas presenta una brecha significativa entre su identidad y competencia ocupacionales debido a restricciones y demandas ambientales que están fuera de su control. Ejemplos incluyen injusticia social y ocupacional (discriminación prolongada, estigma, situación de pobreza, maltrato, privación ocupacional mantenida), catástrofes naturales, consecuencias postguerra, entre otros. Existen ejemplos importantes de la utilización del MOHO con esta población.

En Israel se desarrolló un programa de promoción de la participación ocupacional satisfactoria con mujeres adultas mayores que habían vivido el holocausto en la Segunda Guerra Mundial, presentando por ello problemas emocionales y estados depresivos asociados a un síndrome de estrés postraumático. Este programa basado en la *ayuda mutua* y facilitado por terapeutas ocupacionales es llevado a cabo los jueves de cada semana, día previo a celebrar el Shabat. Este día, en que las mujeres preparan comida y limpian su casa para esta ocasión, fue elegido especialmente por ellas por el significado religioso y cultural asignado en la preparación espiritual. La reunión tiene una duración de 4 horas y consta de tres espacios. El primero, una sesión de ejercicios de relajación ajustados a las necesidades de las participantes. El segundo, un espacio llamado *happy hour* en el que se comparte libremente y se celebran eventos positivos de vida, como cumpleaños, bodas de nietos, fechas culturales y religiosas. Las bebidas son preparadas

por ellas, en turnos elegidos para cada semana. El tercer espacio consta de un *grupo educativo de ayuda mutua*, en el que se discuten aspectos ocupacionales como la elección y planificación de actividades para el fin de semana y para la semana siguiente, junto con objetivos ocupacionales de largo plazo. Los participantes intercambian problemas y dilemas ocupacionales que son analizados por el grupo utilizando los conceptos, instrumentos de autoevaluación y la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II) del MOHO, facilitando así su narrativa y su participación activa en entregar y recibir información sobre distintos tópicos según las necesidades de las participantes. Los terapeutas entregan información según la solicitud de los miembros del grupo en relación con el manejo de la salud, bienestar, estilo de vida, derechos legales y muchos otros, utilizando multimedia y objetos significativos que cada una trae para facilitar el proceso de intervención, tales como fotografías y objetos de uso diario que han prevalecido en su historia ocupacional (Ziv, Roitman, 2008).

Los problemas de *injusticia ocupacional* pueden darse independientemente del nivel económico de los grupos sociales, presentándose en forma diferente pero teniendo impactos similares en la participación ocupacional. Andrea Girardi, terapeuta ocupacional chilena, trabaja con jóvenes privados de oportunidades de participación ocupacional (Girardi, 2010).

Estos jóvenes presentan problemas de salud mental, viven con sus familias en Santiago y poseen un nivel económico alto. Generalmente sus barrios son homogéneos, con grandes áreas verdes, espaciosos y de muy baja densidad de casas. Sus viviendas corresponden a mansiones de gran tamaño, con amplios jardines o parques que pueden ocupar hasta más de una hectárea. Estas viviendas se circundan por rejas y muros muy altos y cubiertos que no permiten mirar hacia adentro. Por lo general tienen cancha de tenis y piscina de gran dimensión. Poseen diversas habitaciones destinadas a distintas actividades que se suman a los dormitorios privados, recibidores, salas de estar y habitaciones para 4 o 6 empleados. Los muebles y decoraciones son exclusivos y los objetos electrónicos sofisticados incluyen red interna de comunicación telefónica.

Los padres de familia suelen ser grandes empresarios, profesionales o representantes diplomáticos internacionales. Por lo general, la *cultura* de estos grupos sociales, avenidas desde tiempo atrás, se caracteriza por asignar gran valor al esfuerzo y el trabajo y sentirse orgullosos de sus logros, por cumplir con principios y convenciones sociales conservadoras, por llevar un estilo de vida caracterizado por el goce de las situaciones y cosas mejores y por pertenecer a círculos sociales reducidos. Estas características priman a la hora de enfrentar un problema de salud mental de sus hijos, tendiendo a *esconder el problema, no hablar del problema con el hijo, ser pasivos frente al problema* (dejar solución en manos de un médico deambulando entre médicos prestigiosos o extranjeros) y mostrando *falta de coordinación* entre los padres, empleados y personal no capacitado en llevar a la práctica las indicaciones. Las *demandas ocupacionales* no compatibilizan con las necesidades ocupacionales de los jóvenes que viven un proceso de adolescencia, que sufren de aislamiento, estigma social y autoestima; de interferencia de sintomatología, de psicofármacos y de hospitalizaciones en su historia de participación ocupacional. Existen pocos *contextos significativos* de participación y *reducidas oportunidades* de participación ocupacional y social. Las *normas de participación* son rígidas y las formas ocupacionales son determinadas por terceros. El ambiente físico descrito anteriormente restringe la participación ocupacional, siendo abundantes en objetos de *bajo significado* para el joven y con *poca flexibilidad* de uso de espacios y objetos.

En estos contextos la terapeuta tuvo que disponer de un plan para cambiar el paradigma de intervención *desde uno médico y asistencial a uno de metodología participativa* abarcando distintos

aspectos. Entre ellos, el cambio desde un enfoque con decisiones unilaterales, reactivas e inmediatistas a uno que considerara un diagnóstico participativo, con estrategias de cambio ambiental y conformación de un equipo de trabajo cohesionado; el cambio de un entorno desinformado y estigmatizador a uno validador, informado, capacitado y coordinado; el cambio de la familia por las *asesoras del hogar; nanas y mozos* como personas de apoyo en la facilitación del proceso de cambio del adolescente; el cambio del rol único del joven como paciente, a uno *participativo* reflejando sentido de eficacia y empoderamiento.

Para llevar a cabo estos cambios, el diagnóstico participativo dentro del proceso de evaluación lo ha implementado con todos los actores que forman parte del hogar, realizando el análisis de impacto ambiental y de las visiones que cada miembro de la familia y trabajadores del hogar presentan ante el problema y las soluciones para la recuperación de los jóvenes, utilizando variados métodos no estructurados y estructurados del MOHO y el mapa de redes del enfoque de intervención comunitaria. Los *objetivos centrales* del proceso de cambio ambiental incluyen rediseñar la organización de rutinas del hogar, del personal, de los tiempos de alimentación, medicación y coordinaciones; rediseñar la organización de los espacios y objetos; generar oportunidades de participación social con hermanos, familia ampliada y grupos de pares en otros entornos sociales e incluir mascotas en el proceso.

Las intervención para el cambio ambiental elegida es la *educación ambiental participativa* con los padres, hermanos, abuelos, amigos y personal de apoyo del hogar, realizando reuniones con cada grupo y con el grupo en totalidad, donde se reafirman los apoyos entregados por el personal frente a los jefes de hogar. Los temas cruciales abordados comprenden el proceso de cambio ocupacional, el proceso de remotivación, la participación activa y empoderamiento, la importancia de redes sociales en apoyo al proceso de cambio y prevención de recaídas, el balance y organización de rutinas del joven, del hogar y familia, la importancia de generación de tiempos y espacios de encuentro y la comunicación directa evitando la tecnología y consecuencias de la privación ocupacional-aislamiento.

Con los jóvenes ha implementado el *proceso de remotivación*, favoreciendo instancias de participación significativas dentro y fuera del hogar, incorporando las redes sociales identificadas. Andrea también identificó estrategias necesarias para que el rol del terapeuta ocupacional que utiliza el MOHO y abordajes compatibles fuese validado en estos contextos, tales como el utilizar tecnología para sesiones educativas con la familia, realizar sesiones dinámicas con buen material de apoyo, uso de hojas de registro y monitoreo para el personal y familia y uso del correo electrónico que respaldaran el razonamiento terapéutico de su trabajo.

#### 8.2.4. *Población con problemas de adaptación ocupacional debidos a factores personales y ambientales*

Este grupo de personas corresponde a aquellas que presentan diversos grados de discapacidad. Los factores personales y ambientales impactan en la generación de una brecha significativa entre la identidad y la competencia ocupacionales. (De las Heras *et al.*, 2003; Kielhofner 2004, 2011). En el [cuadro 8.4](#) se revisan las especificidades de evaluación e intervención.

*Cuadro 8.4. Alcances específicos de intervención más beneficiosos en cada población (De las Heras, 2011)*

<i>Población</i>	<i>Proceso de evaluación</i>	<i>Tipos de intervención</i>
Población con inquietudes ocupacionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos no estructurados.</li> <li>• Listado de Roles, Listado de Intereses Modificado, la OPHI-II, la WEIS y SSI, MOHOST y SCOPE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría individual o grupal.</li> <li>• Proceso de evaluación individual o grupal.</li> <li>• Educación participativa con familias u otros grupos sociales.</li> </ul>
Población en riesgo de problemas de adaptación ocupacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos no estructurados.</li> <li>• Administración del Listado de Roles, la OPHI-II, el VQ, el PVQ, el MOHOST y el SCOPE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en proyectos ocupacionales vitales individuales y colectivos.</li> <li>• Exploración y desarrollo de nuevos roles ocupacionales significativos.</li> <li>• Asesoría individual o grupal.</li> <li>• Grupos de ayuda mutua.</li> <li>• Participación conjunta en educación participativa y negociación de oportunidades y recursos con distintos grupos sociales y organizaciones.</li> </ul>
Personas con problemas de adaptación ocupacional debido principalmente a factores ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos no estructurados.</li> <li>• Administración de la OPHI-II individual o grupal; Listado de Roles, Listado de Intereses Modificado, el PIP, el VQ, el PVQ, la WEIS, REIS, la SSI, la (WRI).</li> </ul>	<p>Integración de estrategias, procedimientos de intervención y proceso de remotivación, destacando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La participación en proyectos ocupacionales vitales individuales y grupales y proyectos de desarrollo de oportunidades ocupacionales y obtención de recursos.</li> </ul>

<i>Población</i>	<i>Proceso de evaluación</i>	<i>Tipos de intervención</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría individual y grupal.</li> <li>• Grupos educacionales de ayuda mutua.</li> <li>• Grupos de ayuda mutua.</li> <li>• Educación ambiental participativa formal e informal.</li> </ul>
Población con problemas de adaptación ocupacional por factores personales y ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los métodos estructurados y no estructurados. Selección de acuerdo a necesidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración de estrategias, procedimientos de intervención y proceso de remotivación según las necesidades ocupacionales.</li> </ul>

## **Preguntas frecuentes**

1. En el caso de los terapeutas ocupacionales, ¿son estos considerados cuidadores? ¿Cómo promocionar nuestra participación ocupacional?

*Respuesta:* Se pueden distinguir dos tipos de cuidadores, aquellos cuidadores asistenciales (auxiliar de enfermería o miembros de familia que se encargan de necesidades básicas de las personas) y facilitadores de la participación (profesionales, auxiliares, monitores, familia, acompañantes terapéuticos, otros). Conocer el MOHO y autoaplicarlo nos ayuda en nuestros procesos como personas, de ello la importancia de compartirlo y enseñarlo a los miembros del equipo, a los usuarios, a los familiares. Los terapeutas ocupacionales necesitamos reflexionar, como cuidadores, en nuestras propias necesidades ocupacionales. Por lo general nos obviamos, y seguimos un ritmo acelerado y con muchas responsabilidades. Por lo general pertenecemos a una población en riesgo de presentar problemas ocupacionales y debemos cuidarnos. La ayuda mutua entre compañeros de trabajo con centralidad en la resolución de problemas y potenciar los logros, además de compartir lo que significa desempeñar distintos tipos de rol, fomenta la cohesión y bienestar del grupo de trabajo. El uso de la Escala de Impacto Ambiental Laboral (WEIS) ha sido de tremenda utilidad para los equipos de trabajo y los miembros de un equipo en terapia ocupacional.

Varios terapeutas ocupacionales directivos han diseñado dentro de la evaluación de los programas de servicios (programas de intervención o de formación académica) espacios dentro de sus reuniones de equipo en los que todos sus miembros se autoadministran este instrumento en formato de autoevaluación, compartiendo sus apreciaciones y acordando estrategias para resolver problemas encontrados y celebrar los aspectos que favorecen la participación en el rol de trabajador. Desde estas discusiones y acuerdos se desprenden temas ocupacionales relevantes personales y grupales que en el formato de ayuda mutua se comparten y resuelven.

2. El MOHO habla de promoción de la participación ocupacional pero omite su función en la prevención en salud. ¿Podría aclarar por qué?

*Respuesta:* La prevención de la salud centra sus esfuerzos en prevenir que situaciones indeseadas de distinta índole ocurran en la población. El MOHO centra sus esfuerzos en desarrollar los aspectos personales y ambientales ocupacionales positivos de manera proactiva. La promoción de la participación ocupacional satisfactoria automáticamente previene de situaciones indeseadas abarcando integralmente las necesidades de las personas o colectivos y de sus grupos sociales, haciéndolos agentes activos del proceso de cambio.

### **Ejercicio recomendado**

- ¿Qué opinión le merece el promover la participación ocupacional de los “cuidadores” (personal, profesionales, padres, empleadores, maestros, etc.) como medio de facilitación de la participación ocupacional de la persona o grupo? Justifique su respuesta.

# 9

## *Proceso de integración*

Los conceptos de inserción o colocación, integración y últimamente inclusión han sido utilizados para referirse a que personas de una minoría puedan trabajar, estudiar o ser parte de la comunidad social sin discriminación. Sin embargo, se ha tendido a usarlos de manera indistinta cuando en rigor no significan lo mismo. El MOHO utiliza el concepto de integración con un enfoque dinámico del proceso de cambio de las personas y de los ambientes relevantes. En este capítulo se revisarán los alcances principales de este concepto y su proceso, sus diferencias con el proceso de institucionalización, las barreras culturales e implicaciones para la práctica de Terapia Ocupacional.

### **9.1. Diferencias entre conceptos: inserción, integración e inclusión**

Las diferencias de estos tres conceptos se basan tanto en sus principios y formas de proceder en la intervención como en los momentos históricos en los que se generan (véase [cuadro 9.1](#)).

Por *inserción o colocación* se comprende el procedimiento que lleva a cabo un profesional u otra persona encargada para ubicar a una persona a trabajar, estudiar o desempeñarse en un lugar determinado. Los principios que sostienen este procedimiento corresponden al enfoque *reduccionista o mecanicista*. Este procedimiento consta de *analizar los puestos laborales o tareas* que el individuo debe desempeñar utilizando el análisis de actividad o de puesto de trabajo tradicionales, *adaptar* estas actividades a las condiciones de la persona para que pueda cumplir con las demandas de desempeño, capacitar a la persona en el puesto de trabajo o tareas y *manejar conductas* de la persona si esta presentara problemas de habilidades sociales. Si analizamos las acciones que se llevan a cabo, estas están centradas en el profesional a cargo, siendo la persona interesada responsable de acoger la decisión y asumir la responsabilidad de capacitarse en el puesto de trabajo o tarea en sí (adaptada o no) y rendir adecuadamente. En el curso del tiempo, este procedimiento es el que se ha realizado más a menudo con personas que presentan una discapacidad.

La inclusión, en el otro extremo, plantea que los ambientes ocupacionales diversos

se deben encontrar aptos para todo tipo de personas en cuanto a su accesibilidad física, objetos, tipos de tareas, aceptación y apoyo social y profesional para cada una de ellas. El concepto de inclusión se basa en ofrecer ambientes sociales heterogéneos, y diversos, sin discriminación. Por ejemplo, la inclusión educacional apunta a reformar el ambiente educativo de tal forma que todos los alumnos tengan un currículo común y la posibilidad de adaptaciones para las necesidades individuales incluyendo a las personas sin discapacidad dentro de la misma institución escolar. Los procedimientos de la inclusión se centran principalmente en los *cambios que el ambiente social y físico debe experimentar* para fomentar la equidad de oportunidades.

Las discusiones sobre el *concepto de integración* apuntan a definirlo como un procedimiento que se debe realizar cuando previamente ha habido un problema de separación o exclusión, es decir, la persona ha sido tratada con discriminación, ya sea por haber participado en ambientes especiales para el trabajo o educación paralelos a los normalizados o por haber sido rechazado de lleno en estos.

## **9.2. Proceso de integración con el MOHO**

El proceso de integración con el MOHO corresponde a un *continuo de interacción* de las personas con las oportunidades y demandas que ofrecen los ambientes ocupacionales donde participa o desea participar, y como tal, la participación activa de las personas en la negociación con sus ambientes relevantes y en la elección de participar o no en estos desempeña un rol fundamental (véase [capítulo 6](#)).

El proceso de integración con el MOHO tiene como objetivo facilitar el desarrollo de la identidad y competencia ocupacionales *promoviendo la máxima compatibilidad entre las personas y sus ambientes relevantes*, por tanto aborda simultáneamente los procesos continuos de cambio vividos tanto por las personas como por los grupos sociales de estos ambientes necesarios o de elección en el curso de la participación de la persona con estos. Ambas partes deben atravesar el desafío de lo desconocido y necesitan explorar y sentirse cómodos. En rigor corresponde a un proceso de autoconocimiento y de conocimiento del ambiente en un contexto diferente para ambos.

Los ambientes ocupacionales son variados y en todos ellos se experimentan procesos de acomodación y negociación y muchos pueden requerir de facilitación para lograr un equilibrio de expectativas y oportunidades aun cuando las personas lleven un proceso de convivencia a través de la ocupación. Los ambientes que poseen un medio adaptado para habilidades específicas de las personas (centros comunitarios, escuelas especiales, otros) también se consideran parte de los ambientes ocupacionales y por lo tanto de la participación ocupacional total de las personas.

El profesional toma un rol de facilitador del proceso y actúa con la persona como equipo según lo definido entre ambos como objetivos de integración. El proceso se vive siguiendo las distintas etapas de cambio necesarias para lograr una participación lo más

satisfactoria posible dentro de las realidades personales y ambientales particulares, siguiendo los procesos de evaluación e intervención ya revisados en capítulos anteriores.

### **9.3. Elementos críticos a considerar en el proceso de integración con el MOHO**

El proceso de integración implica un trabajo complejo y requiere que los terapeutas consideren las variables que lo distinguen de procedimientos como la colocación o ubicación. Los ambientes que intentan ser inclusivos también requieren vivir un proceso de integración. Los currículos, espacios adaptados y las intenciones genuinas de apertura a la diversidad corresponden a una primera aproximación a la integración. Este proceso se experimenta cuando comienzan las rutinas ocupacionales en común. El proceso de integración con el MOHO contempla:

1. La constante negociación entre las demandas y oportunidades de los ambientes ocupacionales y la persona interesada, como habitualmente ocurre en la vida.
2. La constante facilitación del proceso volitivo de la persona y las habilidades y potenciales ocupacionales.
3. La importancia de que el terapeuta ocupacional abogue por las personas *solo* en caso que estas lo necesiten o decidan que lo requieren. De lo contrario se debe facilitar el desarrollo de habilidades de abogacía personal como se explicita en el proceso de remotivación.
4. La necesidad de realizar un trabajo intensivo en la facilitación de oportunidades ambientales y el manejo ambiental en todas sus dimensiones *en conjunto con la persona y grupos sociales* de los ambientes específicos.
5. La necesidad de que la facilitación del proceso de integración comience en los contextos donde el impacto ambiental sea óptimo para las personas, y progresivamente continuar en contextos más desafiantes.

El proceso de integración se puede realizar dentro de los mismos contextos ambientales en que una persona o grupo habitualmente participa (su lugar de trabajo, su escuela, su hogar o lugar de residencia permanente o transitoria) o en distintos contextos durante el proceso de integración progresiva a participar en ambientes ocupacionales relevantes. El rol del terapeuta ocupacional que trabaja dentro de ambientes ocupacionales se especifica en los [capítulos 10 y 13](#) de este libro. Su sugiere leer ejemplos de casos entregados en la tercera y cuarta versión del libro *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación* (Kielhofner, 2004, 2011).

La *integración dentro de los contextos ocupacionales* implica el trabajo directo del terapeuta ocupacional en los ambientes diversos donde la persona participa. El

proceso de intervención sigue las directrices y procedimientos descritos y el proceso de cambio se lleva a cabo según los resultados arrojados en el proceso de evaluación. Al trabajar de lleno en los ambientes ocupacionales, el terapeuta debe generar la oportunidad de formar equipos de trabajo con los miembros del grupo social tales como los miembros de la familia, grupos de amigos, supervisores de trabajo, maestros, educadores diferenciales y otros, realizando un apropiado proceso de inmersión.

La *integración progresiva a contextos ocupacionales* comprende el proceso desde que una persona comienza a explorar las posibilidades de integrarse a ambientes relevantes. Este proceso puede comenzar desde la participación en los contextos terapéuticos en los que las personas residen o participan, o realizarse mediante un proceso de integración desde contextos privados si las condiciones ocupacionales de la persona lo permiten. Para cumplir con objetivos paulatinos de integración, el terapeuta debe desarrollar planes de intervención o programas en conjunto con la persona siguiendo procedimientos clave según las etapas de cambio de exploración, competencia y logro en la integración comunitaria de acuerdo a las condiciones ocupacionales evaluadas (véase la [Parte V](#) de este libro).

#### **9.4. Integración e institucionalización: procesos opuestos**

Tal como se ha descrito en este capítulo, el proceso de integración corresponde a un proceso continuo que resulta del ciclo benigno de interacción entre las personas y las demandas y oportunidades ambientales, favoreciendo la participación activa, el sentido de eficacia y valía personal de acuerdo a las necesidades ocupacionales de las personas o colectivos. Este puede ocurrir en todos los contextos ambientales y se genera y se expande siguiendo los procesos de evaluación e intervención del MOHO (véase [figura 9.1](#)).



Figura 9.1. Proceso de integración: ¿cómo ocurre?

La *institucionalización* se refiere a un proceso continuo que resulta del ciclo vicioso de interacción entre las personas y las demandas y oportunidades ambientales. Los efectos de este proceso producen sentido de ineficacia, pasividad o participación ocupacional ineficaz e ineficiente y por ende una invalidación como persona resultando en un escaso o nulo sentido de vida.

*¿Dónde ocurre?* El concepto de institucionalización ha sido utilizado para referirse a los efectos adversos de una hospitalización prolongada de las personas. Sin embargo, este puede ocurrir en cualquier contexto ambiental, incluso en el hogar o en programas de terapia ocupacional.

*¿Cómo ocurre?* El proceso de institucionalización se genera cuando existe una incompatibilidad sostenida entre las necesidades de personas que no se encuentran en condiciones de decidir sus elecciones ni abogar por sus derechos de participación competente y las demandas y oportunidades del ambiente que restringen o inhiben su participación. Estas demandas ambientales presentan expectativas sobre o por debajo de las capacidades de las personas y las oportunidades de participación son generadas y determinadas por terceros correspondiendo a situaciones que carecen de relevancia o significado para ellas, limitando las opciones de participación competente. Estos ambientes carecen de relaciones interpersonales naturales o espontáneas como también de la facilitación apropiada de la motivación y flexibilidad ante el cambio, produciendo un sentido de ineficacia creciente que lleva al abandono del lugar, a las puertas giratorias en los hospitales o programas, y a la insatisfacción personal y social (véase [figura 9.2](#)).



Figura 9.2. Proceso de institucionalización: ¿cómo ocurre?

Son conocidas las situaciones en que los *ambientes del hogar* no favorecen el desarrollo personal ni la satisfacción mínima de los niños, imponiendo y exigiendo réplicas del comportamiento y elecciones de los padres; o de instituciones educacionales (de cualquier tipo) que no permiten la exploración, ni el desarrollo de posturas propias, ni posibilidades de expansión de la toma de decisiones y sentido de control de los alumnos. Al respecto, los *programas de intervención o académicos de Terapia Ocupacional* que suelen institucionalizar son aquellos que se basan un enfoque reduccionista en la forma de percibir y abordar a las personas prevaleciendo su determinación y decisión sin considerar las necesidades de estas, llámense clientes o alumnos. Estos se centran solo en el desarrollo de conductas o aprendizaje de habilidades aisladas, también decididas por los terapeutas, sin dar más alternativa a las personas que mantenerse en una actitud pasiva o reactiva. Por lo tanto, se produce un continuo de institucionalización desde el programa que desarrolla habilidades y conductas hasta la *ubicación* de la persona en un lugar ocupacional específico, o en caso de los alumnos, hasta que rindan lo esperado en sus cursos. Este proceso identifica lo que ha ocurrido con el procedimiento de inserción o colocación en donde la persona no integra el desarrollo de su identidad y competencia ocupacionales en el proceso. Cambia de lugar a uno nombrado por la sociedad como escuela típica, especial o inclusiva, lugar de trabajo, hogar (véase [figura 9.3](#)).

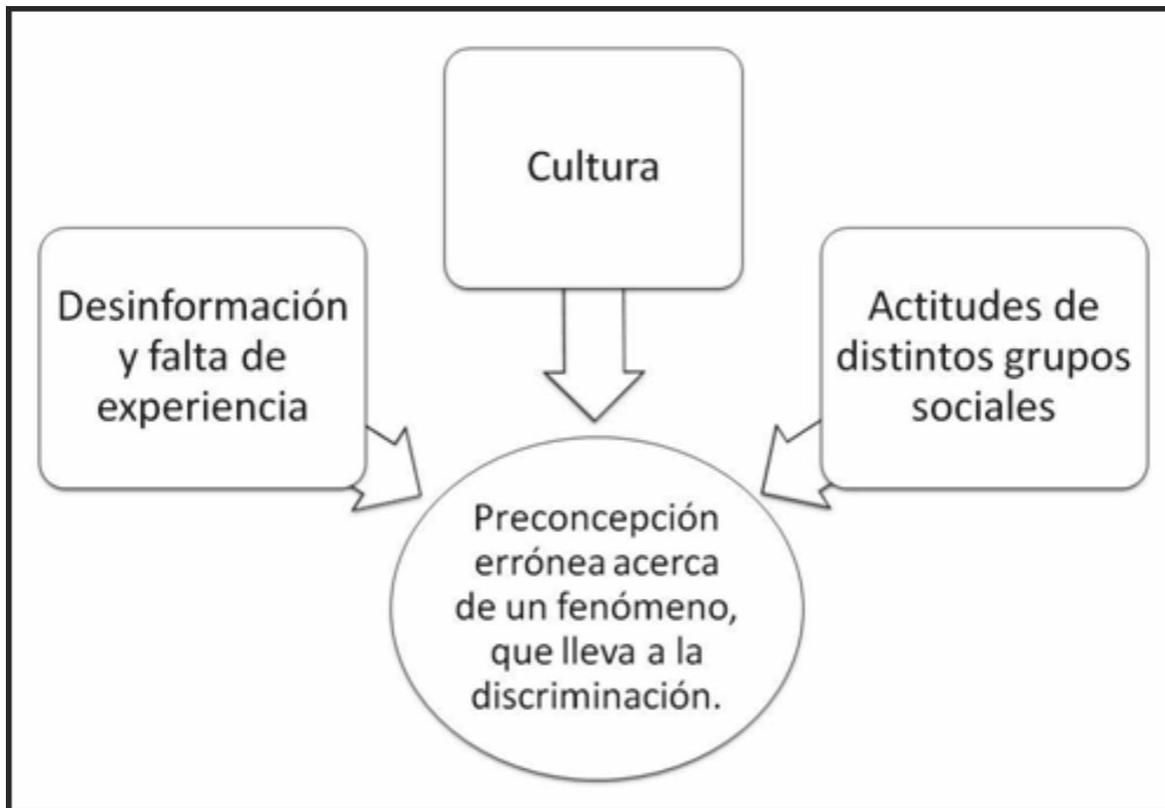


Figura 9.3. Conceptualización del estigma.

## 9.5. Estigma y su impacto en el proceso de integración

### 9.5.1. Su significado

El estigma se refiere a una preconcepción errónea acerca de un fenómeno o circunstancia que lleva a la discriminación. El estigma no nace espontáneamente. Por el contrario, este se desarrolla en el tiempo en relación con la cultura predominante que impregna a los grupos sociales de valores, creencias y posturas que llevan a determinadas formas de accionar ante estos fenómenos y realidades humanas. Estas preconcepciones erróneas se generan desde la desinformación y con el tiempo pasan a ser parte de los hábitos de estilo. Las posturas de los grupos sociales se mantienen como convicciones hasta que de alguna manera se genere el conocimiento pertinente proveniente de distintas fuentes, y, en casos extremos, hasta que ocurran estas situaciones o fenómenos en la vida personal.

El estigma es uno de los factores más significativos que influyen en el proceso de institucionalización anteriormente descrito. Tanto las personas que discriminan como las personas que son discriminadas internalizan esta situación como parte de sus vidas, generando los ciclos viciosos de interacción que restringen o inhiben la participación

ocupacional (véase [figura 9.3](#)).

### 9.5.2. *¿Quiénes son sus protagonistas?*

En las sociedades hispanas se suele adjudicar la responsabilidad a los medios de comunicación y su sensacionalismo. Esto es parcialmente cierto, siendo que actualmente los medios de comunicación se avocan a la venta de sus productos más que preocuparse de comunicar e informar fidedignamente acerca de un contenido. Sin embargo, esta información sensacionalista no depende solo de estos medios. Depende también de quienes admiten que se transmita de esta manera. Los responsables de esta situación son todos los grupos sociales que forman parte de los procesos de los fenómenos: los trabajadores de la salud en su totalidad, la visión de los gobiernos, sus parlamentarios y gobernadores o alcaldes que marcan condiciones políticas y económicas, las comunidades sociales que son impermeables a otorgar oportunidades de participación ocupacional, las personas y sus familias. Un ejemplo emblemático del estigma que los mismos profesionales de la salud han difundido, entre tantos otros, ha sido el calificar a las personas con esquizofrenia como *aplanados afectivamente y sin motivación*.

Jean Bowricious, madre de una persona con esquizofrenia, sugiere aproximarse a estas personas para entender mejor sus emociones. Ella insistió en que a pesar de todos los estudios realizados por los médicos científicos, no era apropiado decir que las personas con esquizofrenia no tenían emociones ni motivaciones y que los sentimientos de las personas con esquizofrenia no solo tenían relación con sus síntomas, sino también con la actitud que la sociedad tiene de ellos. Ella explicó que muchas veces los sentimientos existían, pero que no eran expresados, o que se decidía no expresarlos a través de la comunicación verbal y no verbal. Basado en ello, propuso buscar otras vías de la expresión de los sentimientos por parte de este grupo de personas, tales como la escritura y el arte. Después de algunos años de intentar comprender el sentimiento de impotencia de su hijo por no lograr ser comprendido por otros, encontró la respuesta al leer los cientos de poemas escritos por él, los cuales habían sido negados por la institución donde su hijo residía. “¿Quién es el solitario soñador, quién fue tirado y alejado de sus propios sueños? Su alma está rota y llora desbordada. Sus deseos están todavía aquí, con más fe que la eternidad, más fuertes que la muerte y el infierno... Yo soy un “nada” solitario, un ser, pero pásenme por alto. Por siempre pásenme por alto. Mis aflicciones llenan el lugar que fue destinado a compartir amor. Lloro en desesperanza... ¿Por qué no puedo reír y llorar con otros?... Yo me avergonzaba de cantar en armonía y ser emocional y entusiasta. ¿Por qué yo estoy lleno de pena?... He tratado de evadirlo, pero ahora me veo egoísta, dependiente, horrible. Esto es lo que observo. Yo no tengo vida, tengo un dolor... Yo tengo la inmensidad y la belleza de los sueños y los deseos, y los conflictos que lo hacen todo imposible. Yo deseo amar. Yo envidio a quienes pueden relacionarse con otros... Estoy coartado, pensando que ella era una persona única, con inusitada belleza, y solo en el Hospital Mental tengo y conozco a otros que pasean cerca de mí... Este sentimiento yo lo había perdido, toda la alegría y los buenos tiempos ya no están... Yo intento ser bueno conmigo y demostrar a todos los demás que soy correcto y especial. Ellos [los trabajadores del hospital] no se acercan, no me comprenden, me rechazan. ¿Por qué yo siempre tengo que probar que soy digno?” (Bowricious, 1989, pp. 202- 207).

### 9.5.3. *Reflexiones sobre la práctica de Terapia Ocupacional*

El terapeuta ocupacional debe estar atento a no caer en la discriminación de las personas a quienes otorga sus servicios. Esto ocurre con mayor frecuencia de lo esperado y puede deberse a motivos tales como no identificarse con los valores de la Terapia Ocupacional, a realizar un trabajo centrado en los problemas y no en las potencialidades, a no centrarse en la persona sino en aspectos aislados del desempeño. Esto puede demostrarse en numerosas acciones. Algunas de ellas incluyen:

1. La selección de oportunidades que se encuentran por debajo de las capacidades de la persona.
2. La selección de oportunidades ocupacionales sin significado para la persona.
3. La actuación como agente de cambio en lugar de facilitador del cambio.
4. La generalización de objetivos basados en el impedimento o diagnóstico.
5. La agrupación de personas en los programas de acuerdo a su diagnóstico y no por necesidades ocupacionales comunes.
6. La falta de comunicación idónea y trabajo por las personas.
7. El abrir oportunidades de participación en base a generar actitudes de lástima y sobreprotección en los grupos sociales y organizaciones.
8. El desarrollar programas que carecen de flexibilidad y son poco permeables a fracasos de las personas.
9. El relacionarse con las personas jerárquicamente.

### 9.5.4. *¿Cómo abordar el estigma y revertir el proceso de institucionalización en uno de integración con el Modelo de Ocupación Humana?*

Es inevitable que durante el proceso de integración a una vida deseada las personas no se encuentren con barreras sociales. Cualquier decisión o elección ocupacional presenta riesgos y beneficios. Las dificultades aparecen en la medida que las personas las perciban como dificultad. El Modelo de Ocupación Humana rescata la individualidad de cada persona o colectivo en ello, favoreciendo la exploración de las alternativas de solución y la elección y práctica propia. Los métodos más efectivos en la superación de los obstáculos derivados del estigma es proveer de oportunidades de *participación en grupos de ayuda mutua, trabajar intensivamente con la persona o colectivo en el desarrollo de su proceso volitivo y educar a los grupos sociales diversos formal e informalmente.*

El terapeuta ocupacional que trabaja con el MOHO puede ser el profesional que presente el mayor conocimiento de las potencialidades de la persona, y por ello se debe responsabilizar por comunicar efectivamente la verdadera realidad de estas a los grupos sociales y organizaciones diversas en forma continua. Al respecto, se han obtenido logros

importantes en la educación de otros profesionales, la familia, los grupos sociales del ámbito laboral y educativo, grupos políticos, grupos de profesionales y comunidad en general.

Trabajar con el MOHO en cualquier ambiente constituye un desafío, ya sea con la cultura familiar, con la cultura del equipo, de las instituciones, de la comunidad, de las organizaciones políticas y sociales. Constituye un desafío porque en el ámbito en que trabajamos persisten los mitos, la falta de información, el estigma, y otros aspectos, como la comodidad y optar por lo *más rápido* sin medir las consecuencias. Estas miradas siempre ponen resistencia a la mirada abierta e integradora de centrarse en la persona y en su familia, debido a que produce un cambio desde el esquema acostumbrado hacia lo desconocido. Las iniciativas del MOHO han sido exitosas cuando los terapeutas han estado convencidos y seguros del conocimiento y son coherentes en la práctica con los principios básicos y los específicos de la promoción de la participación ocupacional y con la teoría, cuando *explora en conjunto con los otros en la resolución de problemas y toma de decisiones*, cuando se aplica el MOHO en uno mismo y en el resto de los grupos sociales, realizando un proceso progresivo de cambio acordes a la vida en progreso de estos. El [cuadro 9.1](#) expone algunas estrategias utilizadas con equipos interdisciplinarios.

*Cuadro 9.1. Estrategias para el trabajo con equipos interdisciplinarios*

Para incluir la visión de Terapia Ocupacional en el proceso de ingreso de las personas a programas interdisciplinarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante comparar la historia clínica con una referencia de la historia ocupacional. Una estrategia que ha dado resultado es ofrecer que en el proceso de admisión exista una evaluación por parte del médico u otro profesional y una del TO que arrojen resultados de ambas visiones para ver cómo ambos antecedentes pueden integrarse en una conclusión. Una OPHI-II bien realizada, por ejemplo, puede anticipar posibles resultados de adaptación.</li> </ul>
Cuando el equipo es resistente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer a los distintos miembros del equipo utilizando el MOHO para comprenderlos y acercarse utilizando estrategias óptimas.</li> </ul>
Cuando la fundamentación entregada no les es suficiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociar ofreciendo el intentar aplicar este modelo con algunas personas para evaluar resultados.</li> <li>• Ofrecer llevar a cabo programas piloto y evaluar en conjunto los resultados y mostrarlos.</li> </ul>
Cómo hacer equipo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer muy bien las perspectivas y los enfoques de los miembros del equipo.</li> <li>• Validar cualquier actitud centrada en la persona que</li> </ul>

se haya observado como iniciativa de los miembros del equipo.

- En reuniones de equipo ofrecer evidencia del trabajo realizado con el MOHO.
- Identificar a alguien del equipo que persiga los mismos objetivos, aunque no sepa cómo lograrlos (valores hacia la persona) y fomentar el trabajo en conjunto.

---

Cómo fundamentar el MOHO

- Escribir informes iniciales, de evolución y alta que reflejen un razonamiento terapéutico acucioso. Los informes sirven en el tiempo, aunque no se haya podido concluir el trabajo con la persona por motivos de resistencia del equipo (entregar siempre copia a la persona/familia).

---

Cuando el resto de los miembros del equipo no tratan con dignidad a las personas a pesar de haber mostrado evidencia del impacto de la intervención con este modelo.

- Persistir con el enfoque del MOHO haciendo lo que se tiene que hacer. Las personas reconocen cuándo se sienten dignas con las expectativas y la interacción con otros, construyendo su volición muchas veces en ambientes adversos si es que existe alguien que les abre una puerta diferente y es consistente con ella. Ha pasado en todo tipo de ambientes ocupacionales e instituciones, donde, con la persistencia y estos aspectos que se aconsejan (siempre con humildad y seguridad), la persona o colectivos llegan a ser el impacto ambiental favorecedor de otra mirada y de satisfacción en el ambiente social.

---

Para enseñar el MOHO al equipo.

- Buscar una introducción que englobe a todos en un objetivo común. La definición actualizada de la salud (OMS) por ejemplo.
  - Presentar el MOHO incluyendo a otras disciplinas y sus roles dentro de la facilitación de los aspectos personales y ambientales y cómo el modelo se complementa con ellas y viceversa.
  - Entregar ejemplos de casos en la presentación.
  - Entregar evidencia de otros programas.
- 

## Ejercicios recomendados

- ¿Cuál piensa usted que debe ser la actitud y los argumentos del terapeuta ocupacional al abrir puertas de integración en ambientes ocupacionales diversos? ¿Qué estrategias piensa usted que serían más efectivas para cumplir con este objetivo respetando los principios del MOHO?
- Basados en el MOHO, ¿cuáles serían los criterios que utilizaría para definir que una persona se encuentra en el momento de egreso del proceso de integración? Fundamente su respuesta.
- En relación con los procedimientos de intervención que usted ha acostumbrado a llevar a cabo, ¿qué similitudes y diferencias observa que existen con los propuestos por el MOHO?, ¿qué aspectos piensa usted que necesitaría integrar o afinar?, ¿por qué?

# 10

## *Intervención comunitaria*

El Modelo de Ocupación Humana siempre ha resaltado la importancia del trabajo del terapeuta ocupacional en los ambientes significativos y de vida de la persona o colectivos, y en ello, la aplicación del modelo de manera exhaustiva facilitando la participación ocupacional en los contextos ocupacionales diversos. El proceso de intervención del MOHO en la Comunidad a menudo se integra con enfoques de otras disciplinas y otros enfoques de Terapia Ocupacional. En este capítulo se especificará esta integración de saberes y los aportes que el MOHO entrega en su aplicación directa en distintos contextos.

### **10.1. Visión del MOHO sobre la intervención comunitaria**

El MOHO integra la promoción de la participación ocupacional y el proceso de integración en la intervención comunitaria. Como se explica a lo largo de este libro y en los [capítulos 8 y 9](#), este modelo conceptual de la práctica considera a las personas, colectivos y a los grupos sociales e instituciones relevantes participantes activos del proceso de cambio, reconociendo que todas las partes viven una vida ocupacional en progreso, que debe ser tomada en cuenta en todo sentido para facilitar el cambio en ellas de forma integrada. El MOHO se ha implementado en conjunto con enfoques de otras disciplinas que convergen en los mismos objetivos y principios. La visión y procesos de evaluación e intervención del MOHO han orientado a los equipos interdisciplinarios y se ha trabajado en conjunto con los profesionales en la facilitación de la participación ocupacional satisfactoria, de la identidad y competencia ocupacionales con personas que presentan diversas necesidades (véanse ejemplos en los [capítulos 13 y 14](#)).

### **10.2. Integración del Modelo de Ocupación Humana con otros propios de la profesión y de conocimientos relacionados**

Durante las décadas de 1970 y 1980 se produjeron cambios de paradigma en Psicología, Enfoques de Rehabilitación, Terapia Ocupacional y otras disciplinas afines que buscaban como objetivo centrarse en la persona y colectivos y su desarrollo personal en contextos relevantes de vida. Desde 1975 en adelante comenzaron a emerger y desarrollarse en el tiempo las especialidades de Psicología Comunitaria, el Modelo de Ocupación Humana y el movimiento de la Recuperación. Entre las décadas de 1980 y 1990 se desarrolla el Modelo de Rehabilitación Psiquiátrica, y los enfoques interdisciplinarios de la Intervención Comunitaria y la Rehabilitación Basada en la Comunidad.

La *Psicología Comunitaria*, llamada también Psicología Social Comunitaria, corresponde a una especialización de la disciplina de Psicología que emerge desde la necesidad de la intervención del psicólogo desde el campo netamente clínico hacia la comunidad con objetivos de promover la salud, centralizando sus servicios en los procesos de investigación cualitativa que permitieran conocer las necesidades reales de colectivos pertenecientes a distintas culturas y contextos ambientales. Para ello uno de los métodos cualitativos más utilizados ha sido la *investigación acción*, que incluye la participación activa de las personas en la conceptualización de sus necesidades y realidades comunes, como también de los apoyos y amenazas del medio ambiente, construyendo e implementando en conjunto con el profesional proyectos de acción para resolver sus problemáticas y actuar como parte del grupo de investigación en la evaluación de estos proyectos. Desde esta especialización se desprende lo que se conoce como constructivismo enfatizado en las últimas dos décadas en el proceso de intervención comunitaria practicada en Latinoamérica (Montero, 2004).

El *Modelo de Rehabilitación Psiquiátrica* (Anthony, Cohen y Karfas, 1986; Anthony y Liberman, 1990) surge como necesidad de complementar el tratamiento médico con un proceso de rehabilitación psicosocial centrado en la persona. Este es un modelo ecléctico (utiliza diferentes enfoques teóricos) que se centra en los valores de las personas como base de los objetivos de rehabilitación, en el aprendizaje de habilidades críticas y su enseñanza directa y en los cambios que se requieren en el medio ambiente (recursos). Este modelo establece seis etapas consecutivas de intervención que incluyen el autoconocimiento como parte de la evaluación de necesidades, el proceso de preparación para el aprendizaje, el aprendizaje de habilidades y su aplicación en ambientes relevantes como también los cambios y adaptaciones de los ambientes.

El movimiento de la *Recuperación* surge en la década de los 1980 en Estados Unidos, con personas en rehabilitación psiquiátrica como protagonistas, resaltando la necesidad de la perspectiva subjetiva para comprender la experiencia vivida de su proceso. Las personas con problemas psiquiátricos son empoderadas a participar como estudiantes del programa de estudios de la especialización Rehabilitación Psiquiátrica y como agentes facilitadores del proceso de rehabilitación (Deegan, 1986). Como tipo de programa comunitario basado en este enfoque se reconoce la denominada *Casa Club*, citada en el [capítulo 7](#) de este libro, generado por las mismas personas como un espacio de facilitación y ayuda mutua que propende a la integración social y laboral. La Casa Club enfatiza los principios de que las personas o miembros que la conforman tienen

derechos y responsabilidades en construir y mantener el programa participando en todo tipo de labores para ello. La Casa Club generó programas de integración laboral con las etapas progresivas de empleo apoyado y transicional. Este modelo de programa y su dinámica ha sido adoptado y enriquecido en formas distintas en diferentes partes del mundo (véase [capítulo 14](#)). El modelo de *rehabilitación psiquiátrica*, el movimiento de la *recuperación* y el modelo de programa *Casa Club* impactaron en el cambio de visión tanto en Estados Unidos como en otros países del mundo.

La Intervención Comunitaria corresponde a un enfoque de atención interdisciplinaria que se basa en el trabajo de integración de redes de apoyo diversas en el ámbito de la salud, incluyendo hospitales, centros de salud comunitaria para la familia, centros comunitarios de rehabilitación, municipios y sus recursos, centrándose en la promoción de la salud, rehabilitación e intervención precisa de manejo de crisis. Este enfoque aboga por que cada sector geográfico de una ciudad presente estos dispositivos con el fin de otorgar una atención interdisciplinaria de acuerdo a las necesidades y entorno de la población. Este enfoque lucha por la coordinación exhaustiva entre estos dispositivos.

La *Rehabilitación Basada en la Comunidad* (RBC) surge en 1980 como necesidad de otorgar apoyo a las personas con discapacidad directamente en sus contextos vitales, enfatizando el trabajo en conjunto con las personas con discapacidad, sus familias, los miembros de la comunidad, organizaciones diversas y servicios gubernamentales y no gubernamentales que organizan los servicios del trabajo, la educación y la participación social. La RBC se define como una “estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad” (OIT, OMS, ONU, 2005, p. 2). La RBC impulsa la colaboración multisectorial a través de la educación y negociación con todos los actores, prevaleciendo en los derechos humanos de las personas con discapacidad y acciones para erradicar la pobreza que se genera por diversas condiciones de injusticia social y ocupacional que viven estas personas. La RBC utiliza el término *inclusión* centrándose en los cambios ambientales físicos, sociales y políticos para lograr su objetivo.

Durante años, el terapeuta ocupacional se ha desempeñado utilizando los lineamientos de los enfoques antes mencionados o ha trabajado dentro de los contextos ocupacionales centrándose principalmente en resolver problemáticas de la capacidad de desempeño objetiva de las personas, utilizando únicamente modelos de Terapia Ocupacional, tales como el modelo biomecánico, los enfoques del neurodesarrollo, el modelo de integración sensorial y el enfoque de la rehabilitación profesional. Durante la década del 2000 y la del 2010 se han integrado con mayor fuerza iniciativas de intervención comunitaria orientadas por los modelos basados en la ocupación (Towsend y Polatajko, 2007; Scaffa, Reitz y Pizzi, 2010).

La intervención del terapeuta ocupacional se expande a muchas poblaciones que presentan problemáticas de distinta índole, por lo que generalmente el terapeuta ocupacional requiere integrar más de un modelo conceptual y enfoques de la práctica para lograr la mejor práctica centrada en las personas (Kielhofner, 2009). El MOHO se

integra con otros enfoques y modelos de la profesión y de otras disciplinas que comparten principios o valores fundamentales acerca de la visión de la persona o colectivo y objetivos fundamentales centrados en ellos. El MOHO (Kielhofner, 2011), el modelo de la relación intencional (IRM) (Taylor, 2008) y el modelo de grupos funcionales (Schwartzberg, Howe y Barnes, 2008) son modelos conceptuales de la práctica transversales y beneficiosos para todo grupo de personas con necesidades ocupacionales. El MOHO también se complementa con otros modelos conceptuales de la práctica que favorecen la capacidad de desempeño objetiva tales como el modelo de control motor, el modelo biomecánico, los modelos cognitivos actuales y el modelo de integración sensorial, que actualmente se aplican enfocados en favorecer la participación de las personas en sus ocupaciones significativas (Kielhofner, 2009). La elección acuciosa de los modelos a integrar se orienta por la evaluación ocupacional exhaustiva explicada en la [parte II](#) de este libro.

Las iniciativas de intervención comunitaria en todo tipo de contextos ocupacionales utilizando el MOHO comenzaron temprano en la década de 1990 con trabajos realizados desde centros de integración comunitaria como Reencuentros, en Chile, y Opciones de Empleo, en Estados Unidos, y con proyectos sociales de promoción de la participación ocupacional con niños y adultos dentro de sus vecindarios, escuelas, lugares de trabajo y hogares, iniciativas que han continuado expandiéndose hasta el día de hoy en distintos países (Abelenda *et al.*, 2006; Berdichewsky y De las Heras, 1995; Braveman, Kielhofner, Belanger, De las Heras y Llerena, 2004; De las Heras, C. G., 2010, 2011; Du Toit, 2008; D'Angello 1998; Kielhofner *et al.*, 2011; Poletti, 2010).

El Modelo de Ocupación Humana ha aportado con procedimientos de evaluación e intervención específicos y eficaces en el proceso de trabajo colaborativo con equipos de trabajo diversos. A su vez, el MOHO integra los métodos cualitativos de investigación que son transversales a distintas disciplinas para la evaluación, análisis de necesidades y generación y evaluación de proyectos colectivos. El [cuadro 10.1](#) resume los modelos y enfoques de la intervención comunitaria descritos anteriormente.

*Cuadro 10.1. Visualización de modelos y enfoques de la Intervención Comunitaria*

<i>Modelo o enfoque</i>	<i>Población</i>	<i>Principios</i>	<i>Metodología</i>
Psicología comunitaria.	Grupos sociales o colectivos diversos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado en las personas y sus necesidades, derechos y deberes.</li> <li>• Respeto a la diversidad cultural, social.</li> <li>• Participación activa de las personas como protagonistas del cambio en evaluación de necesidades, construcción, implementación y evaluación de proyectos.</li> <li>• Mantener el control y el poder en los protagonistas.</li> <li>• Sentido de comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación Acción.</li> <li>• Grupos de enfoque.</li> <li>• Entrevistas.</li> <li>• Constructivismo.</li> <li>• Desarrollo e Implementación de proyectos colectivos dirigidos a resolver las problemáticas.</li> <li>• Educación popular.</li> <li>• Empoderamiento.</li> <li>• Optimización de recursos.</li> <li>• Movilización de redes sociales y comunitarias.</li> </ul>
Intervención comunitaria.	Transversal, toda edad y condición de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo interdisciplinario como la base de mejor atención en salud.</li> <li>• Integración de diversos dispositivos y servicios.</li> <li>• Localización geográfica de todos los servicios de la red.</li> <li>• Centrado en necesidades de población de dichas localidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distintos profesionales aportan con su especialidad.</li> <li>• Organización y coordinación de servicios en red.</li> <li>• Metodología ecléctica.</li> </ul>



<i>Modelo o enfoque</i>	<i>Población</i>	<i>Principios</i>	<i>Metodología</i>
Rehabilitación psiquiátrica.	Adolescentes y adultos con problemas psiquiátricos que presenten capacidades cognitivas conservadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto por los valores y objetivos de las personas.</li> <li>• Participación activa de las personas.</li> <li>• Relación empática.</li> <li>• Importancia de la persona y el ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación necesidades de habilidades críticas y recursos ambientales.</li> <li>• Enseñanza directa de habilidades.</li> <li>• Adaptación y movilización de recursos.</li> <li>• Orientación individual.</li> <li>• Educación familiar.</li> <li>• Modalidad ecléctica.</li> </ul>
Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).	Todas las personas, miembros de la comunidad, que presenten una discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de los derechos humanos enmarcados en la justicia social y ocupacional.</li> <li>• Participación activa de todos los miembros de la comunidad.</li> <li>• La voluntad de los miembros de la comunidad para responder a las necesidades de los miembros con discapacidad.</li> <li>• Importancia de la colaboración multisectorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de las oportunidades y restricciones físicas, sociales y políticas del ambiente.</li> <li>• Eliminación de barreras para la participación.</li> <li>• Desarrollo del máximo de capacidades físicas y mentales de las personas con discapacidad y del acceso a servicios y oportunidades diversas.</li> <li>• Apoyo de iniciativas y esfuerzos de las organizaciones de personas con discapacidad (ODP).</li> </ul>
Casa Club.	Jóvenes y adultos con problemas psiquiátricos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado en la persona.</li> <li>• Participación activa.</li> <li>• Colaboración y ayuda mutua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitación de participación en empleo apoyado y transicional.</li> </ul>



<i>Modelo o enfoque</i>	<i>Población</i>	<i>Principios</i>	<i>Metodología</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperanza, voluntad y acción responsable.</li> <li>• Derechos y deberes de las personas.</li> <li>• Potenciales de las personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitación de participación en tiempo libre.</li> <li>• Facilitación de vida autónoma en hogares grupales.</li> <li>• Ayuda Mutua</li> <li>• Trabajo en red con ambientes comunitarios y hospitales.</li> <li>• Enseñanza de habilidades.</li> </ul>
Modelo de Ocupación Humana	Personas de toda edad y capacidad que presenten necesidades ocupacionales. Grupos sociales significativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrado en la persona y en sus ambientes relevantes. Persona o colectivos considerados como únicos.</li> <li>• Enfocado en las necesidades ocupacionales de las personas y no en diagnósticos clínicos.</li> <li>• Participación activa de las personas considerados agentes del cambio.</li> <li>• Potenciales de las personas y de los grupos sociales y su proceso de cambio dinámico.</li> <li>• Derechos y responsabilidades ocupacionales de las personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de evaluación e intervención dinámicos.</li> <li>• Evaluación ocupacional integral y específica.</li> <li>• Estrategias y procedimientos de intervención específicos.</li> <li>• Proceso de remotivación</li> <li>• Proceso de razonamiento terapéutico.</li> <li>• Procesos de integración y de promoción de la participación ocupacional.</li> </ul>

### 10.3. Aportes del Modelo de Ocupación Humana a la Justicia Ocupacional y Social

En los últimos años, dentro de los modelos basados en la ocupación de Terapia Ocupacional, se ha desarrollado el marco de referencia de la Justicia Ocupacional Participativa (POJF) (Whiteford y Townsend, 2011; Townsed y Polatajko, 2007; Kronenberg *et al.*, 2005, 2011). Este enfoque social es presentado como un instrumento conceptual para hacer justicia enfatizando su objetivo de inclusión social en ocupaciones del diario vivir con todas las personas sin importar las diferencias de edad, género, capacidades u otras características. Los conceptos centrales considerados en el POJF son *habilitar, ocupación y justicia*, que se intercambian con los profesionales y el público (véase [cuadro 10.2](#)). Este marco de referencia destaca como necesidades para su aplicación la reflexión crítica, la negociación colaborativa de las relaciones de poder, la concentración en el contexto económico, político y legal en donde las personas viven y participan, y de fundamental importancia la generación del optimismo generado por las visiones de posibilidad y esperanza para un mundo ocupacionalmente justo. A través de diferentes estrategias se busca el desarrollo de la identidad personal y colectiva y un desarrollo transformacional de las poblaciones que viven la opresión para avanzar en su empoderamiento.

Los conceptos, principios, objetivos y procedimientos de este marco de referencia presentan numerosas similitudes con los principios, objetivos y formas de actuar y relacionarse del terapeuta ocupacional con las personas o colectivos que el MOHO ha establecido (véase [cuadro 10.2](#)). Desde una perspectiva global ambos comparten los principios esenciales del paradigma de la terapia ocupacional contemporánea (Kielhofner, 2009), resaltando la *profundidad* de la consideración de la participación en ocupaciones y su impacto en los cambios transformacionales, el *hacer* como aprendizaje y vía de desarrollo de una identidad personal y colectiva, los derechos *de dignidad* de las personas, la importancia del trabajo *con los ambientes* sociales y físicos y con la persona o colectivo, la práctica centrada en las personas, la percepción subjetiva de las personas, la naturaleza social del significado personal, la *relación interpersonal* establecida por parte de los terapeutas ocupacionales con las personas y colectivos. Sus procedimientos generales para lograr la justicia ocupacional convergen en sus objetivos y presentan metodologías que son complementarias.

El proceso de habilitación de habilidades, de oportunidades de participación en ocupaciones y trabajo por los derechos ocupacionales de las personas propuesto por el POJF comprende seis etapas que deben ser analizadas en forma crítica para asegurar la justicia ocupacional. Estas incluyen: despertar conciencia de injusticias ocupacionales, involucrarse colaborativamente con “socios”, mediar acuerdos en un plan, establecer estrategias para encontrar recursos, apoyar la implementación y la evaluación continua

del plan y por último inspirar abogacía para la sustentabilidad o cierre (Kronenberg *et al.*, 2011). Estas etapas las podrá relacionar con las de desarrollo de programas basados en el MOHO, especificadas en el [capítulo 12](#) de este libro. Las habilidades de los terapeutas ocupacionales para habilitar la participación, oportunidades y obtener recursos corresponden a adaptar, abogar, orientar, colaborar, consultar, coordinar, diseñar, educar, involucrar, otorgar servicios especializados (Potaljok, Townsed, 2008). La mayoría de estas habilidades pueden asociarse a las estrategias del MOHO que el terapeuta utiliza con las personas para facilitar su participación en ocupaciones y su participación activa en el proceso de su vida ocupacional mencionadas en los [capítulos 6](#) y [7](#) de este libro.

*Cuadro 10.2. Similitudes entre el Modelo de Ocupación Humana y el marco de referencia de la justicia ocupacional participativa*

<i>Aspectos relacionados</i>	<i>Marco de referencia de la justicia ocupacional participativa</i>	<i>Modelo de Ocupación Humana</i>
Visión de la ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación en las actividades del diario vivir, necesaria para el desarrollo de la identidad personal y colectiva y cómo estos buscan maneras de lograr la autonomía, la organización, la identidad y generar estructuras que apoyen sus necesidades ocupacionales. La perspectiva ocupacional y los derechos ocupacionales son percibidos en forma distinta de acuerdo al lugar, la cultura y los factores políticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rango amplio de quehaceres, relacionados con la productividad, juego, o actividades de la vida diaria, que ocurren en interacción con un contexto temporal, espacial, sociocultural, político y económico determinado que facilitan o restringen la participación ocupacional. Las personas y colectivos, a través de su participación ocupacional sostenida en el tiempo desarrollan su identidad y competencia ocupacionales únicas de acuerdo a sus características ocupacionales y las de los contextos con los que se relacionan.</li> </ul>
Terapia Ocupacional crítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los terapeutas ocupacionales participan en la reflexión crítica frente a las diferencias teóricas, filosóficas de la profesión y la realidad de la práctica del día a día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los terapeutas ocupacionales participan de la reflexión crítica a través del razonamiento terapéutico acucioso y continuo que se construye entre el terapeuta y la persona o colectivo, conceptualizando la realidad ocupacional integrada por los factores personales y ambientales únicos de cada persona o colectivo. La</li> </ul>

<i>Aspectos relacionados</i>	<i>Marco de referencia de la justicia ocupacional participativa</i>	<i>Modelo de Ocupación Humana</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La práctica de terapia ocupacional es colaborativa y participativa en todos los procesos de toma de decisiones desde la evaluación hasta el seguimiento.</li> <li>• La terapia ocupacional enfatiza en el cambio social y el cambio individual en la transformación del ambiente para desarrollar oportunidades más equitativas, recursos, privilegios y la posibilidad de participar con el máximo potencial y ejercer sus elecciones y control personal con respecto a lo que hacen todos los días.</li> <li>• Las soluciones en terapia ocupacional se logran a través de la involucración individual o colectiva en ocupaciones necesarias y deseadas.</li> </ul>	<p>integración del conocimiento es un eje fundamental para la mediación de objetivos centrados en las personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El trabajo colaborativo entre las personas o colectivos y el terapeuta es un aspecto central durante todo el proceso de cambio (hacer, pensar y sentir con).</li> <li>• La participación activa de las personas en el proceso de evaluación personal y de la realidad del ambiente físico, social, económico y político es indispensable para el logro del cambio de sus circunstancias.</li> <li>• La facilitación del cambio se enfoca en reafirmar potencialidades de las personas y fomentar el desarrollo de nuevas, en la facilitación acuciosa de la causalidad personal, de los propios valores e intereses para lograr el empoderamiento y en facilitar las oportunidades y demandas ambientales para favorecer su cambio ocupacional.</li> <li>• La intervención con el MOHO considera facilitar paralelamente los cambios ocupacionales de la persona o colectivo y los de sus ambientes relevantes.</li> <li>• La terapia debe incluir la experimentación en la participación en ocupaciones relevantes para encontrar las mejores soluciones.</li> </ul>
Población	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas de toda edad, género y capacidades que se encuentren en situación de desventaja ocu-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas de toda edad, género y capacidad que se encuentren o no en situación de desventaja</li> </ul>



<i>Aspectos relacionados</i>	<i>Marco de referencia de la justicia ocupacional participativa</i>	<i>Modelo de Ocupación Humana</i>
	<p>ocupacional. Incluye personas, colectivos, familiares, instituciones y grupos sociales de poder.</p>	<p>ocupacional. Incluye a personas, colectivos, familiares, vecinos, instituciones y a los diferentes grupos sociales a cargo de desarrollar estructuras para la participación en ocupaciones.</p>
Habilitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjunto de métodos y habilidades del terapeuta ocupacional centrados en las personas de una amplia diversidad, que permiten y promueven la participación en ocupaciones. El terapeuta, las personas y organizaciones trabajan en conjunto en pro de sus objetivos utilizando métodos participativos y de empoderamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitación de la participación en ocupaciones a través de procedimientos específicos, estrategias del terapeuta y proceso de remotivación para promover la participación ocupacional satisfactoria.</li> <li>• El cambio de las personas, colectivos, grupos sociales y organizaciones se facilita en base a la consideración de su cultura y su vida en progreso, que tienen su significado e impacto único en la identidad y competencia ocupacionales de todos ellos.</li> <li>• El trabajo colaborativo del terapeuta, la persona o colectivos y los grupos sociales y organizaciones asegura los cambios en las circunstancias necesarios para el logro de la participación ocupacional satisfactoria.</li> </ul>
Justicia ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abogacía por la equidad de oportunidades de inclusión social en ocupaciones basada en los deseos y necesidades de las personas o colectivos, por la equidad de recursos, privilegios y derechos ocupacionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abogacía por los derechos y responsabilidades ocupacionales de las personas y el de los grupos sociales y organizaciones.</li> <li>• Se facilita el desarrollo de habilidades de abogacía personal y la participación activa de las personas o colectivos en acciones, tareas, actividades o proyectos ocupacionales que propendan a la abogacía por los derechos de oportunidades de participación ocupacional equitativas y dignas y la obtención de recursos.</li> </ul>

El POJF ofrece un conjunto de principios, conceptos, etapas y estrategias coherentes entre sí para lograr su objetivo central aportando una visión global de acciones y habilidades claves que el terapeuta requiere para habilitar, promover y permitir la inclusión social a través de la participación ocupacional equitativa de las personas, familias, grupos, organizaciones y población. El MOHO aporta a este marco de referencia con la especificidad de procedimientos para la facilitación de la práctica centrada en las personas que puedan participar indistintamente en la totalidad, en algunas o en las dimensiones más básicas de su hacer de acuerdo a la realidad de sus capacidades o de su volición a través del proceso de evaluación e intervención, todos compatibles con los puntos clave resaltados en el [cuadro 10.2](#). El aporte del proceso de remotivación es un elemento clave para que el terapeuta ocupacional, centrado en la persona y sus grupos sociales relevantes, pueda favorecer el desarrollo o reconstrucción del proceso volitivo de tal modo que se adquiera el sentido de control necesario y se puedan desarrollar habilidades de auto abogacía en las personas y colectivos. Los instrumentos observacionales de la volición del MOHO permiten involucrar activamente a personas que presentan serios problemas cognitivos y de comunicación en el proceso de trabajo por sus derechos ocupacionales.

#### **10.4. Intervención en contextos comunitarios con el Modelo de la Ocupación Humana**

En la tercera sección de la tercera edición del libro *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación* (Kielhofner 2004) y en la cuarta sección de su cuarta versión (Kielhofner, 2011) se encuentran los capítulos de ejemplos de casos que ilustran la intervención con el MOHO, entrelazando en ellos diferentes contextos ocupacionales comunitarios. A continuación se especifican alcances importantes en la aplicación del MOHO en los diferentes contextos ocupacionales que han sido sistematizados en base al trabajo realizado por terapeutas ocupacionales de distintos continentes.

##### *10.4.1. Contextos educacionales y laborales*

El Modelo de Ocupación Humana permite al terapeuta ocupacional trabajar ya sea como consultor o como miembro de una organización en donde desde dentro realiza una labor de evaluación y facilitación de la participación ocupacional satisfactoria tanto de los trabajadores como de los usuarios. Las medidas preventivas y promotoras de la salud general de los trabajadores implementando programas de ergonomía y métodos preventivos de la salud se han abordado de manera eficaz y han impactado positivamente en la productividad de las empresas, sin embargo, no han sido suficientes para abordar

integralmente las necesidades ocupacionales de los trabajadores.

La mayoría de las instituciones educacionales tienden a presentar las mismas características de problemas y abordajes para ellos que han utilizado las empresas. Ambos son ambientes productivos preocupados de la competencia, de la *producción*. En ambientes escolares se observa preocupación sobre los promedios de calificaciones de los alumnos de la institución y de puntuaciones promedio previas al ingreso a universidades compitiendo con otras instituciones en mantenerse vigentes en el tiempo. En muchas ocasiones los *castigos ejercidos* no corresponden a la dimensión del error del estudiante o se da *énfasis a los premios* y a las personas que los reciben. Las posibilidades de desarrollarse a través de actividades *extraprogramáticas* son escasas y poco diversas. En las universidades estas se ofrecen en horarios que no son compatibles con las numerosas materias que se deben rendir.

Se ha mencionado e intentado que la educación sea integral y que contemple a los estudiantes como partícipes del proceso. La realidad, es que muchos estudiantes sufren de estrés severo debido a las altas y múltiples demandas o a las bajas demandas de desempeño. Los estudiantes pueden generar sistemas de combatir este estrés a través de mecanismos innatos y conversados con amigos, y a veces con sus familias, o por el contrario, a través de mecanismos poco favorecedores de su salud, de su desarrollo de habilidades y satisfacción personal posterior. A su vez, los factores personales como la timidez, el bajo sentido de logro, problemas de índole orgánica, pueden ser exacerbados en estos ambientes si no existen medidas que se concentren en mantener o potenciar habilidades y procesos motivacionales diferentes. La aparición de problemas de salud mental en los estudiantes también es un hecho creciente que conlleva a desorientación tanto del estudiante como de sus familiares y profesores (De las Heras, 2005).

Los trabajadores de estas empresas educacionales también sufren de estrés, debido al bajo salario, a las demandas de tiempo que las tareas a realizar requieren y al tiempo laboral invertido, teniendo que descuidar otros roles de vida importantes. Se genera entonces un ciclo vicioso entre los directivos, los profesores, los orientadores y los estudiantes que produce un clima ambiental que lleva al efecto de presentismo o ausentismo reiterado, algunas debidas a enfermedades derivadas del estrés (De las Heras, 2005).

Un colegio público de Santiago de Chile que educaba a niños y adolescentes de escasos recursos económicos y en situación de vulnerabilidad solicitó la participación profesional de una terapeuta ocupacional para evaluar la situación de los adolescentes que cursaban sus dos últimos años de estudio con el objetivo de saber cómo manejar su proceso de aprendizaje debido a sus malas conductas y falta de interés en las materias, lo que provocaba un alto nivel de estrés en los profesores. Andrea Girardi, la terapeuta que fue contratada, realizó una evaluación de necesidades ocupacionales a través de métodos no estructurados y la aplicación de la Autoevaluación Ocupacional (OSA), con los que pudo integrar cómo los factores personales y ambientales impactaban a estos adolescentes en su participación ocupacional pasada y presente y su proyección a futuro. Los jóvenes presentaban una baja causalidad personal originada desde su vida ocupacional temprana en que debían asumir responsabilidades de adultos para colaborar con sus familias y a la vez, a medida que se integraban al medio escolar, sentían que no se identificaban con el rol de estudiante, ni que los motivaran en el

colegio y en su hogar para el estudio. Su realidad económica precaria producía que muchas necesidades básicas no estuvieran cubiertas, lo que hacía que estos adolescentes no se proyectaran estudiando en un futuro. Sus padres y vecinos, por los mismos motivos, valoraban altamente el rol de trabajador y de amo de casa. La terapeuta constató además que las autoridades del colegio no tomaba en cuenta en su programación la realidad que estos jóvenes vivían a diario, y como tal, propuso establecer un programa de facilitación de la participación ocupacional satisfactoria como estudiantes y la orientación ocupacional de los alumnos ante futuros roles de vida. Utilizando argumentos sólidos basados en la evaluación de necesidades ocupacionales realizada basada en el MOHO, la terapeuta presentó su proposición a las autoridades y luego a los profesores del establecimiento, para lo que dispuso primero una breve presentación del MOHO y su relación con estos niños y luego, de manera consistente con los contenidos, presentó el análisis de necesidades y su propuesta de programa, y a pesar de que distaba bastante de lo que la institución esperaba, generó el interés inicial de las autoridades y profesores. Luego de negociar espacios y horarios académicos, la terapeuta logró obtener los horarios de clase e implementar una “materia” o “ramo” dentro de las salas de clases con los alumnos. Estas clases consistían en grupos educacionales de *ayuda mutua* intercalados con la organización, planificación y revisión de la implementación de *proyectos ocupacionales colectivos e individuales* en conjunto con los alumnos y *orientación grupal* en cuanto a la identificación de intereses vocacionales y exploración de oportunidades en trabajo en distintos tipos de empresa o emprendimientos. Los grupos educacionales de ayuda mutua permitían espacios para la autoevaluación y apoyo mutuo, la evaluación de las condiciones ambientales, la resolución de problemas y toma de decisiones que se implementaban en base a la evaluación constante de la evolución de los aspectos volitivos y de habituación. Los objetivos del grupo en los proyectos ocupacionales se centraban en participar activamente en roles productivos de apoyo al funcionamiento del colegio y a la vez desarrollar instancias para el alumnado que a su parecer el colegio no las tomaba en cuenta. La participación en roles productivos estaba relacionada con oficios identificados como interesantes para realizar en un futuro, como por ejemplo ayudantes del jardinero, roles administrativos necesarios dentro de la institución tales como encargados de sacar fotocopias y de mensajería o aseadores de oficinas de profesores, director, secretaría, como también encargados de la animación de recreos y producir eventos para el alumnado. La terapeuta y los alumnos debieron acordar horarios para realizar estas actividades, organizándose en turnos por actividad de interés durante la semana, consiguiendo la aprobación de la dirección y el profesorado al observar el compromiso de los alumnos. El proyecto de animación de recreos generó un intenso sentido de placer y de eficacia. Los alumnos planificaron e implementaron una radio juvenil que hicieron funcionar en los recreos de mañana y tarde. Contaron con el apoyo del profesor de música y de la dirección del colegio para utilizar el micrófono, una mesa y un equipo de música. La terapeuta en conjunto con ellos organizaron este proyecto con participación de la mayoría de los alumnos de la clase, según sus talentos e intereses, incluyendo actividades como grabación y programación de música, preparación y lectura de noticias locales del colegio (entre ellas, los aportes realizados en otros roles practicados), narrativas escritas por ellos y su lectura, algunos chistes, los que alternaban en los distintos días de la semana. Todos los contenidos se evaluaban por el comité organizador en el que incluyeron al profesor de música e inspector. A través de este proyecto en particular los alumnos se dieron a conocer a sus profesores e inspectores, ganando el respeto y comprensión de su parte, dando así el reconocimiento para que el programa de terapia ocupacional continuara y se expandiera. A medida que el programa progresaba, los alumnos generaron mayor interés por cumplir con sus responsabilidades en su rol de estudiante, comprendiendo la necesidad de terminar sus estudios escolares como requisito para optar a un puesto laboral que les permitiera sentirse parte de la comunidad santiaguina y satisfacer sus necesidades personales y algunas familiares.

Existen diversas iniciativas de promoción de la participación ocupacional satisfactoria utilizando el MOHO con los profesores en distintos tipos de institución educativa, donde la aplicación de la Escala del Impacto Ambiental del Trabajo (WEIS) en

forma individual y su posterior análisis ha sido de gran utilidad para generar grupos de ayuda mutua y grupos educativos de ayuda mutua basados en el MOHO en horarios acordados. Estas reuniones además han permitido el desarrollo de un mayor sentido de eficacia y satisfacción en el desempeño del rol de profesor al comprender la interacción de aspectos personales y ambientales que se integran tanto en su rol como en el rol de estudiante y la posibilidad de guiarse por procedimientos que facilitan la motivación y el desempeño ocupacional de los estudiantes, la resolución de problemas y decisión de metodología a utilizar.

Los objetivos generales de la promoción de la participación ocupacional satisfactoria en los ambientes laborales y educacionales se concentran en facilitar el sentido de logro, reafirmar satisfacción en los roles ocupacionales desempeñados y facilitar la exploración de nuevos, potenciar el desarrollo de nuevas habilidades según los objetivos individuales o colectivos, favorecer un ambiente de impacto óptimo para el desempeño, bienestar y satisfacción dentro de la realidad existente, potenciar el conocimiento de las necesidades ocupacionales del grupo y formas de satisfacerlas por parte de los directivos, supervisores o maestros y complementar estrategias como la ergonomía, la prevención de accidentes o medidas para evitar ineficiencia del desempeño ocupacional con otras basadas en facilitación de la volición, habituación o desempeño ocupacional de las personas o grupo. El [cuadro 10.3](#) ofrece un resumen algunas de las funciones que el terapeuta ocupacional puede ejercer en los contextos laborales y educacionales utilizando el MOHO.

*Cuadro 10.3. Funciones del terapeuta ocupacional en contextos laborales y educacionales utilizando el MOHO*

<i>Contextos laborales</i>	<i>Contextos educacionales</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar en forma participativa necesidades ocupacionales en grupo de trabajadores dentro del contexto de reuniones sindicales, observación participante en descansos y desempeño laboral, entrevistas con supervisores y empleados de larga permanencia en la empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar en forma participativa necesidades ocupacionales en grupo de alumnos dentro de los contextos de reuniones de Centro de Alumnos, observación participante en recreos y salas de clase, entrevistas con profesores, orientadores, inspectores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar en forma participativa necesidades ocupacionales de mandos directivos, empresarios, supervisores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar en forma participativa necesidades ocupacionales de directivos, inspectores, profesores.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar en el manejo de rutinas laborales según necesidades ocupacionales del grupo y tipo de trabajo realizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar en forma participativa y trabajar con los profesores en la facilitación de la motivación y hábitos únicos en el desempeño académico de los alumnos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la rotación de personal de trabajos que impactan negativamente a los empleados como grupo (labores monótonas, responsabilidades administrativas extras, representatividad de grupo de trabajo ante supervisor, otras).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la rotación de profesores en funciones que les impactan negativamente como grupo (roles como profesores jefes de cursos de alumnos en edades desafiantes, funciones administrativas y de coordinación extras, otras).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el desarrollo de roles únicos para cada puesto laboral agrupando funciones y responsabilidades adicionales de interés y necesarias para la productividad del puesto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la participación de los alumnos en roles únicos según sus potenciales (encargado de llevar libro de clases, de borrar la pizarra, de preparar equipamiento de gimnasia, cambiar calendario, preparar equipo audiovisual, ofrecer oportunidades de trabajar en ayudantías e investigaciones, en actividades proactivas del centro de alumnos).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el autoconocimiento ocupacional de los trabajadores de la empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el autoconocimiento ocupacional de los alumnos a través de diferentes métodos según su edad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesorar a supervisores sobre el grado de demanda apropiada de los puestos de trabajo de acuerdo a aspectos volitivos, de desempeño y otros roles desempeñados por los trabajadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar con profesores en los ajustes del grado de demanda de las materias, métodos de exámenes y calificación de acuerdo a aspectos volitivos, de desempeño y otros roles desempeñados por los estudiantes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar o mediar el trabajo en equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el desempeño ocupacional de los estudiantes en trabajos grupales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la implementación de grupos de autoayuda o grupos de educación de ayuda mutua para los trabajadores, que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la implementación de grupos de autoayuda para los profesores, que propendan a compartir conocimientos y destrezas, la resolución de</li> </ul>

propendan a compartir necesidades ocupacionales comunes, la resolución de problemas cotidianos producidos por el estrés laboral y formas de manejarlo.

problemas, ideas y logros en el desempeño del rol de profesor.

- 
- Facilitar el desarrollo de actividades extralaborales de diverso tipo por parte de los trabajadores y representantes de directivos en conjunto.

- Asesorar en la elección e implementación de unidades extraprogramáticas convocando las necesidades de los alumnos.
- Facilitar el desarrollo de actividades extraprogramáticas continuas de diverso tipo, fuera de la rutina académica, integrando la representación de la comunidad educacional completa en su planificación e implementación.

- 
- Facilitar la disposición de un espacio físico de descanso, que incluya objetos significativos para la cultura del grupo de trabajadores, la distribución de muebles que permita dentro de lo posible el desempeño de tareas individuales y sociales.

- Facilitar la disposición del espacio físico y presencia de objetos atractivos en los recreos y ventanas para promover el juego, la diversión y la interacción social.
- Facilitar la organización y accesibilidad del espacio físico y objetos de las aulas y del establecimiento en general para lograr su impacto óptimo en la volición y el desempeño académico de los alumnos.

- 
- Apoyar la integración, inclusión y reintegración laboral de trabajadores dentro de las mismas empresas (proceso de evaluación ocupacional integral, manejo ambiental, educación y consultoría con supervisores, asesoría, desarrollo de habilidades de desempeño críticas, coordinación con otros profesionales y familias en apoyos específicos de la

- Apoyar la integración, inclusión o reintegración educacional de alumnos dentro de las mismas instituciones educacionales (proceso de evaluación con alumnos, manejo ambiental, educación y consultoría a profesores, asesoría, facilitación de habilidades de interacción y comunicación, facilitación del proceso volitivo, implementación de instancias de juego y proyectos significativos de acuerdo a la edad, coordinación con otros profesionales y familias en la

participación en el rol de trabajador y otros significativos, otros.

facilitación del rol de estudiante, otros).

---

#### 10.4.2. Contexto de vecindario: la calle

Un equipo formado por asistentes sociales trabajaba llevando personas que vivían en la calle hacia hogares de una fundación chilena para darles un espacio para vivir. La intención de este equipo era protegerlos y darles un lugar digno que los cobijara y así tuviesen una mejor salud. Mientras hacían su labor, se encontraron con un problema que no tenían forma de resolver. El problema consistía en que muchas de estas personas se alteraban cuando las llevaban a este lugar y los cuidadores no podían manejar la situación, desarrollando con el tiempo estrés y ausentándose con licencias médicas por ello. La fundación contactó con Reencuentros para solicitar a entrenamiento en el MOHO para este equipo durante tres meses y realizar una evaluación externa de la situación. Las personas que vivían en la calle correspondían a adultos que llevaban años viviendo en la calle. Se organizaban para recolectar ropa y objetos para cambiarlos por otros y por alimento, recorriendo calles con un carro de supermercado donde llevaban sus enseres y su hogar ambulante. Algunos elegían dormir en la calle, debajo de un alero de almacén, otros en las orillas del río Mapocho en Santiago. Por lo general se organizaban en grupos. Estas personas se encontraban habituadas a este estilo de vida y reconocían sus roles y sus lugares escogidos como propios. No ocasionaban problemas con el resto de ciudadanos. Como grupo habían desarrollado algunos rituales en los momentos de tomar su té y comer pan o sopa preparados con insumos que les daban en la calle o encontraban en la basura de algunos restaurantes. Grupos de voluntarios de esta misma fundación solían hacer rondas para entregarles abrigo y algo de comer. Entonces, ¿cuál era el motivo y objetivo principal de este nuevo programa de la fundación? ¿Estaba basado en las necesidades de este grupo? ¿Por qué se alteraban estas personas estando dentro de un lugar protegido y supervisado? ¿Eran escuchados y validados en su identidad y competencia, en su historia, en sus logros y elecciones personales? Estas fueron las primeras preguntas que se analizaron con las profesionales luego de ambientarse y conocer a los miembros de Reencuentros como personas con vidas propias y únicas. Se les validó en su esfuerzo y dedicación por *hacer el bien*, valor muy internalizado en la cultura del país. Las profesionales no habían reparado en cuestionarse que aquello que hacían quizás no era bueno para estas personas, por lo tanto no se había realizado una evaluación de necesidades centrada en ellas, sino que más bien se había establecido el objetivo del programa basándose en lo que profesionales de la fundación pensaban que sería propicio. Al comprender el MOHO y practicarlo en Reencuentros, aprendieron una nueva mirada que les dio mucho sentido, especialmente acerca de cuán importante era considerar los factores personales y ambientales entrelazados en una historia en progreso que hacían la vida ocupacional satisfactoria de estas personas. Se revisó junto a ellas el proceso de evaluación necesario previo a seleccionar las personas de la calle que necesitarían de estos hogares, la utilización del Cuestionario Volitivo (VQ), como instrumento de observación no invasivo, para ser aplicarlo también dentro de los hogares, además de las formas de relación y acercamiento con las personas. De esta manera replantearon el programa de la fundación siguiendo los procedimientos acordados, compartieron estos conocimientos con los cuidadores de los hogares, que desarrollaron un mejor sentido de eficacia y claridad en tomar decisiones, en relacionarse con ellos, en otorgar oportunidades de participación y “cómo hacerlo”.

### *10.4.3. Contextos residenciales*

Residencias de niños abandonados o huérfanos, hogares de acogida, hogares protegidos, casas a medio camino, residencias del adulto mayor, hospitales, residencias del vecindario y más. Cualquier lugar que las personas ocupen como su hogar o lugar donde residir que haya sido elegido por ellos o les sea necesario se identifica como residencia. Se visiona que el hogar es el lugar donde las personas cuidan de ellas mismas y cuidan a otras, donde la expresión de las emociones puede tomar una forma más espontánea y donde se satisfacen necesidades más básicas incluyendo el amor y pertenencia. La realidad de generar un ambiente físico y social con las condiciones para ello requiere del ensamblaje de múltiples aspectos que son más complejos que ningún otro contexto ocupacional. Las problemáticas de las residencias van más allá de la posibilidad de mantener el ambiente físico, siendo el ambiente social el que toma protagonismo a la hora de encontrarse cómodo, aceptado, querido, necesitado y respetado como persona y ser ocupacional.

El trabajo del terapeuta ocupacional como consultor o como parte del equipo de trabajo de una residencia se ha visto favorecido con la utilización de la Escala de Impacto Ambiental Residencial (REIS), que otorga una visión integral del impacto que cada aspecto del ambiente físico y social tiene en la identidad y competencia ocupacionales de sus miembros. En base a los resultados de la aplicación de este instrumento se han implementado programas de trabajo en equipo para ofrecer, además de la satisfacción de necesidades de la vida básicas, las oportunidades de participación en la toma de decisiones del funcionamiento del hogar y su ambientación, la autonomía en la participación ocupacional significativa y el respeto de derechos ocupacionales.

Para revisar ejemplos de intervención con el MOHO en residencias de niños, de adultos mayores y hospitales, recurra a la sección recursos de página web del MOHO en español ([www.boletinto.cl/moho/index.html](http://www.boletinto.cl/moho/index.html)) y a la quinta parte de este libro.

### *10.4.4. Contextos abiertos de recreación y participación social*

El Club de Jóvenes de Reencuentros fue ideado, planificado e implementado por adolescentes y adultos jóvenes que asistían al lugar en con-junto con una terapeuta ocupacional. La idea de desarrollar esta instancia estaba basada en la necesidad de tener un espacio propio dentro del lugar en que pudieran compartir tranquilamente asuntos de su edad y desarrollar proyectos en común que fueran de interés e importancia. Es así como los jóvenes construyeron su espacio, lo nombraron y lo ambientaron pintándolo y decorándolo, utilizando recursos que ellos mismos consiguieron a través de iniciativas de recaudación de fondos. Dentro de sus proyectos se encontraban el “carrete sano”, la reunión “cuenta rollos” (problemas), proyectos de ayuda mutua, producción de la revista “Funzine”, el grupo de teatro “Fábrica de Sueños”, “Batucada” y otros. Todos estos proyectos estaban orientados a la comunidad y a su proceso de integración en roles significativos de vida.

El grupo de teatro “Fábrica de Sueños” ideaba, planificaba y ensayaba presentaciones cortas en torno a diferentes objetivos de acuerdo a los eventos en que actuaban. Uno de los objetivos fue ofrecer representaciones para niños de escasos recursos en el Centro Juvenil del municipio en el que la casa de Reencuentros se localizaba. Este Centro Juvenil comunitario ofrecía todo tipo de

alternativas recreativas, de desarrollo personal y de capacitaciones a todos los jóvenes que residían en dicho municipio, por lo que ser socio de este lugar era muy apetecido por los jóvenes de Reencuentros, que en su mayoría residían en otros municipios de la ciudad de Santiago. El club de jóvenes, a través de su directiva, presentó un proyecto continuo durante el año, con propuestas de 4 presentaciones para llevarlas a cabo en el gimnasio del lugar, donde podían participar muchas personas. El Centro Juvenil se encargó de difundir las presentaciones a todos los sectores de este municipio, incluyendo a todas las familias de diferentes realidades socioeconómicas, de preparar el lugar, el sonido, la iluminación y el escenario. Los miembros del club de jóvenes, junto a otros miembros y terapeutas de Reencuentros que participaban de otras instancias ocupacionales, apoyaron con preparación de comestibles y bebidas, preparación de las escenografías, producción de mensajes con dibujos a entregar a los padres de los niños y a colaborar con la animación del público. Las presentaciones integraban también la participación del grupo de producción musical *Más allá* de Reencuentros con repertorio para niños, cuyo propósito era facilitar la participación del público en las interpretaciones y así generar el clima ambiental deseado. Estas interpretaciones musicales inauguraban y cerraban la actuación. La coordinación directa y continua entre el directorio del Centro Juvenil con los miembros y terapeuta, representantes de Reencuentros, propició una relación de confianza, que permitió a los jóvenes, además de dar un servicio a la comunidad, obtener su carnet de socios del lugar. Las iniciativas de actuación se expandieron en el tiempo a hogares de niños y a los vecindarios pobres trabajando en conjunto con los colectivos de niños en intervenciones musicales comunitarias. Los jóvenes, a través de estos proyectos, exploraron y desarrollaron el rol de voluntario y un significado personal que apoyó el desarrollo de su sentido de eficacia y empoderamiento, animándoles a abrir otras oportunidades de participación ocupacional en la comunidad en otros roles deseados.

Este ejemplo ilustra un tipo de intervención en lugares de recreación y de encuentro social de la comunidad y la forma en que el terapeuta ocupacional que utiliza el MOHO facilita la participación en conjunto en iniciativas de las personas que buscan su integración a ellos, los que realizando un trabajo en equipo con los grupos sociales de la comunidad impactan positivamente en otros grupos que también necesitan oportunidades similares. Tal como este proyecto, se implementaron muchos otros basados en necesidades expresadas por los miembros de Reencuentros y sus familiares, que se llevaron a cabo en diferentes contextos de participación social, entre otros los vecindarios, encuentros de profesionales, estadios, instituciones culturales y parques, que lograron tanto la apertura de nuevas oportunidades de participación como el impacto en los cambios personales y cambios de actitud de los grupos sociales involucrados.

## **Preguntas frecuentes**

1. En nuestra formación como terapeutas ocupacionales hemos aprendido que el rol del terapeuta en la comunidad se basa principalmente en un enfoque social que utiliza la teoría del constructivismo como base de su trabajo y que la función principal es la defensa de derechos de las personas. ¿Qué tiene que ver esto con el Modelo de Ocupación Humana que nos dicen ser un modelo positivista?

*Respuesta:* Lo primero que les sugiero hacer para aclarar su duda es leer el primer capítulo de este libro para comprender qué es el Modelo de Ocupación Humana y su historia de evolución. Es muy importante tener claro desde la base de sus principios qué es lo que hace a un modelo conceptual de la práctica, como también el desarrollo y cambio que estos realizan en el tiempo para satisfacer las necesidades ocupacionales de las personas. Es importante recalcar que el paradigma contemporáneo de la ocupación contempla la naturaleza del sentido social, sentido personal e histórico de la ocupación humana la que integra estos aspectos en un todo. El MOHO y la Terapia Ocupacional en sí, al igual que otras disciplinas de orientación humanista, utilizan transversalmente los métodos de investigación cualitativos (algunos mencionados en este capítulo) como herramientas en la facilitación de la construcción o reconstrucción de una vida ocupacional, o el desarrollo de programas colectivos. El MOHO no es un modelo positivista. Para aclararlo es necesario que revisen bien los tipos de paradigmas. El MOHO se basa en el paradigma que nos identifica como profesionales (Paradigma de la Ocupación) y ha integrado el Paradigma Crítico y el Paradigma Socio Crítico en el desarrollo de su teoría, sus procesos de investigación, procesos de evaluación e intervención y desarrollo de programas.

## **Ejercicios recomendados**

- Realice un análisis comparativo entre la RBC y el MOHO, determinando sus similitudes y diferencias y cómo se integran en la práctica.
- Trabajo colaborativo: Ustedes como terapeutas ocupacionales profesores de terapia ocupacional y ustedes como estudiantes de la profesión realicen un foro en conjunto en el que se planteen sus necesidades ocupacionales satisfechas y no satisfechas en el desempeño de sus roles de estudiante y profesor. Primero, cada uno de ustedes, individualmente, reflexione utilizando como guía la Escala del Impacto Ambiental del Trabajo (WEIS). Luego, reúnanse formando un círculo para compartir sus apreciaciones con argumentos sólidos basados en el MOHO y aborden posibles soluciones. Seleccionen a un moderador que sea estudiante o profesor.

# PARTE V

## DESARROLLO DE PROGRAMAS

# 11

## *Implicaciones para el terapeuta ocupacional del desarrollo de programas con el MOHO*

El desarrollo de programas basados en el MOHO se beneficia del mismo proceso de razonamiento terapéutico que el llevado a cabo con una persona. Los principios y teoría del MOHO guían al terapeuta para mantener una coherencia del pensar, sentir y actuar con los grupos o colectivos en la evaluación conjunta de sus necesidades, en la planificación, implementación y evaluación conjunta de estos programas. Estos principios implementan la resolución de problemas y toma de decisiones en relación con distintos aspectos a considerar para generar espacios y contextos significativos que faciliten la participación ocupacional del grupo y de sus miembros de manera óptima.

### **11.1. En relación con el número de terapeutas para su implementación**

Se tiende a pensar que un programa de terapia ocupacional basado en el MOHO necesita muchos recursos humanos. Los principios y la aplicación fidedigna de este modelo, implican para el terapeuta ocupacional reflexionar acuciosamente sobre el número de profesionales, acompañantes terapéuticos, monitores y otros necesarios para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Para ello el terapeuta debe basarse en el análisis de necesidades ocupacionales del grupo (véase [capítulo 12](#)), de tal manera que los potenciales de las personas siempre se consideren en esta decisión. Al respecto, un programa debe contar con el mínimo de profesionales, acompañantes terapéuticos y monitores que sea posible. *Los participantes del programa en sí deben considerarse facilitadores del cambio* como parte del grupo social. El rol de los pares como monitores guías, líderes de grupos de ayuda mutua y como parte de la dinámica de impacto social en el proceso de cambio a través de su hacer y su relación con otros miembros del colectivo es básico para el éxito de un programa. El terapeuta y el equipo de trabajo debe prevenir el riesgo de “sobre hacer”, es decir, entregar más apoyo a la persona de lo que

esta requiera, lo que puede producir una *restricción en el proceso de exploración*, un continuo tan importante para el desarrollo de la identidad y competencia ocupacionales.

El desarrollo de un programa basado en el MOHO implica generar espacios sociales dinámicos y naturales (véase [capítulo 12](#)). *Hacer con* significa confiar y trabajar en equipo con las personas construyendo sobre la base de sus realidades personales de vida lo que debe reflejarse en estos espacios considerados *parte de la continuidad* de su narrativa de vida ocupacional.

## 11.2. En relación con los criterios de inclusión

En el [capítulo 9](#) se puntearon algunas acciones del terapeuta ocupacional que reflejaban discriminación de su parte hacia las personas. Muchas veces, en los programas en centros de rehabilitación o de integración comunitaria se observa un tipo de selección exclusiva para cierto tipo de personas con diagnósticos determinados, edades determinadas, como también normativas relativas a mostrar una higiene personal y manejo de habilidades específicas para que las personas puedan ingresar y ser parte de estos espacios, reflejando con esto una pobre *permeabilidad de estas instancias a la diversidad*.

Es cierto que existe una diferencia entre trabajar en instituciones hospitalarias y trabajar en un espacio comunitario, básicamente por el grado de flexibilidad de las normativas en relación con la población con que se trabaje, sin embargo, el rol del terapeuta que utiliza el MOHO ha sido importante para lograr cambios en los mismos sistemas de salud en cuanto a la decisión de que los programas sean inclusivos a personas de una diversidad de condiciones y edades compatibles cuyo factor en común sean sus necesidades ocupacionales.

Los criterios de inclusión que la perspectiva del MOHO propone son requerimientos básicos para que un programa sea eficaz y eficiente para todos los participantes. Por ejemplo, Reencuentros, programa de integración comunitaria, era abierto a personas que presentaran distintas condiciones personales de capacidad, educación, lugar de residencia, cultura y edad (desde 12 años en adelante). Lo que los agrupaba eran sus necesidades ocupacionales. Para que fuera beneficioso para las personas se determinaron criterios de exclusión que interferirían en el sentido de pertenencia de los miembros y con las posibilidades reales de atención, entre ellos, el estado de compensación de síntomas psicóticos en caso de personas que tuvieran problemas psiquiátricos, personas que presentaban severos problemas cognitivos y que requirieran de otro espacio más propicio o el que a la persona no le gustara el programa. Un requisito transversal a todos para ingresar y mantenerse en el programa era el *respeto mutuo*, que fue elegido por los miembros del lugar como principio fundamental de convivencia, desarrollándose en conjunto un documento de convivencia claro y detallado. Los miembros de Rumbos, centro de integración comunitaria de Santa Fe,

Argentina, en asamblea con los profesionales, desarrollaron de la misma manera un acuerdo de convivencia (véase [cuadro 11.1](#)).

### *Cuadro 11.1. Rumbos: acuerdo de convivencia*

---

*Las personas, para ser miembros de Rumbos, deberán procurar cumplir con los siguientes requisitos:*

- Experimentar un problema en la vida ocupacional y social.
  - Estar estabilizados médicamente.
  - Contar con derivación médica (en caso que corresponda).
  - “La persona ingresará a Rumbos siempre y cuando esté de acuerdo con su incorporación”.
  - La familia acompañará a la persona durante su proceso de cambio.
  - Estar predispuesto para estar en grupos y compartir ambientes y recursos;
  - Estar abierto a la diversidad.
- 

*Mis compromisos con Rumbos son:*

- En cuanto a la institución:
    - Respetar las normas de funcionamiento institucional establecidas por el grupo.
    - Cumplir con los trámites que requiera la obra social para la cobertura del servicio o con el pago de los servicios prestados en forma particular.
    - Concurrir los días y horarios acordados.
    - Cuidar las instalaciones y los recursos.
    - Mantener el orden y la limpieza de la casa.
  - En cuanto a las relaciones:
    - Dar a conocer a los ingresantes el acuerdo de convivencia establecido en la comunidad de Rumbos.
    - Comprender y apoyar el proceso de los demás miembros.
    - Ser asertivo en las relaciones y en la comunicación.
    - Respetar las opiniones ajenas.
    - Respetar los bienes ajenos.
    - Ser responsable de las consecuencias de mis decisiones y actos.
- 

*Me alejo de las normas de convivencia cuando:*

- No respeto las normas de la casa.
- Soy individualista.
- Ignoro a otras personas.
- Niego el saludo.
- Falto el respeto a mis compañeros.
- Descalifico a otras personas o trato mal a alguien.
- Tomo pertenencias ajenas.
- No contribuyo a considerar las necesidades de los otros, por ejemplo cuando: no cargo las botellas; no limpio el mate que utilizo; no vacío el cenicero; no colaboro en la preparación del almuerzo.
- Cuando no me dejo ayudar.

---

*Las consecuencias de alejarme de las normas de convivencia son:*

- Desconfianza entre los miembros del grupo;
  - Se realizarán asambleas en la que participarán todos los miembros de Rumbos, para discutir y tomar decisiones ante situaciones adversas.
  - Se podrá afectar la permanencia (provisoria o definitiva) de la persona en la institución. De acuerdo a la gravedad del caso se realizará una evaluación y se le comunicará a la persona aquellos aspectos que se espera que modifique.
  - Se deberán reponer conjuntamente aquellos materiales y mobiliarios que se rompan o pierdan.
- 

### **11.3. En relación con los recursos físicos necesarios**

Una reflexión importante que beneficia a los terapeutas ocupacionales es acerca las oportunidades y restricciones que ofrece el tener o no recursos físicos para todos los fines de un programa. Los programas con el MOHO se han hecho realidad en todo tipo de contextos, sean privados o públicos, dentro de instituciones, hogares o en la calle, comenzando con o sin dinero. Por una parte, el contar con recursos económicos suficientes, con un lugar específico y con objetos necesarios, favorece la continuidad en el tiempo de un programa y la tranquilidad del terapeuta ocupacional. Por otra parte, esto también puede significar restricciones en el desarrollo de habilidades, de la creatividad, del sentido de responsabilidad de trabajar hacia el logro de objetivos personales o colectivos y en el sentido de pertenencia a un programa determinado.

En el [capítulo 8](#) se revisaron los principios específicos de la promoción de la participación ocupacional, indicando que la obtención de recursos físicos debe centrarse en aquellos que sean culturalmente relevantes y que cumplan con diferentes propósitos, en lugar de la cantidad de ellos. Cuando no se tienen recursos físicos, debido a que las políticas de salud u obras sociales no apoyan económicamente iniciativas, los terapeutas que trabajan en base al MOHO, han demostrado con evidencia el beneficio de los programas desarrollados a autoridades que finalmente aceptan contribuir económicamente. Mientras que ese proceso de cambio ocurre, o cuando no ocurre, como parte de los proyectos colectivos se ha implementado el desarrollo de proyectos de *recaudación de fondos y de obtención de objetos necesarios* en forma continua con las personas participantes de los programas en distintos contextos de la práctica, logrando concretar el inicio y continuidad de estos y proyectos de esfuerzo mancomunado (Kielhofner, De las Heras, Suárez Balcazar, 2011). Al mismo tiempo, la participación activa de las personas en estos proyectos ha facilitado su desarrollo del conocimiento de la realidad del proceso de lograr objetivos personales de vida como también la apreciación de los esfuerzos necesarios para ello, el descubrimiento de la creatividad en la resolución de problemas y el desarrollo de habilidades de relación con otros que favorece la cohesión grupal. Las restricciones de esta situación se concentran en las pocas posibilidades de sustentabilidad durante crisis económicas de los países, las que se

encuentran fuera del control de los profesionales y participantes (D'Angello, 1998; De las Heras, Cantero Garlito, 2009).

El MOHO, con la conceptualización de las distintas dimensiones del ambiente y del impacto ambiental ofrece al terapeuta la posibilidad de comprender más a fondo cuál sería el equilibrio entre los recursos físicos y humanos que facilitaría mejor la progresiva integridad de la participación ocupacional satisfactoria y el desarrollo consecuente de la identidad y competencia ocupacional de los colectivos y las personas que los conforman.

En los [capítulos 12](#), [13](#) y [14](#) se aclara cómo la dinámica de un programa desarrollado en base al MOHO hace posible el cumplimiento de objetivos y la priorización de los recursos físicos y humanos.

#### **11.4. En relación con su interacción con las personas**

Uno de los principios básicos del MOHO se refiere a la importancia de la relación empática y abierta con las personas que el terapeuta ocupacional debe desarrollar para generar un clima de confianza que promueva su participación activa en su proceso de cambio y así también la terapia centrada en ellas (véase [capítulo 6](#)).

La atmósfera de un programa se “respira”, “se siente” e invita a explorarlo o rechazarlo. Un programa que es basado en el MOHO debe cumplir con esta condición: todas las personas deben ser respetadas y validadas como seres humanos únicos que albergan un propio significado de las cosas, que son parte de un colectivo que tiene un valor en sí mismo por lo que les convoca y por sus potenciales. Al igual que con una persona, la interacción del terapeuta con el colectivo y sus grupos sociales significativos debe generar sentimientos de valía, de control y de esperanza. El terapeuta ocupacional y demás facilitadores requieren formar parte de este colectivo. Esta es la actitud que favorece una relación natural y horizontal donde cada uno tiene derechos y deberes acordados y donde cada uno colabora con sus potenciales en el logro de objetivos colectivos y personales como lo es en la vida misma (véanse [capítulos 12](#) y [13](#)).

Lo que se ofrece como terapia, cómo se brinda y en qué contexto, se presenta como determinante del significado de la terapia para la persona [el paciente] y del efecto que la terapia tendrá” (Gary Kielhofner, 1983, p. 15).

#### **11.5. En relación con las culturas predominantes en los contextos de práctica profesional**

La importancia de la cultura y su impacto en la volición y por ende en la participación ocupacional es reconocida en el MOHO en toda su dimensión. Los grupos sociales desarrollan una cultura propia que les permite la cohesión de sus miembros. En el

[capítulo 8](#) se revisaron principios de la promoción de la participación ocupacional del MOHO centrados en los grupos sociales que facilitan o no la participación ocupacional equitativa. El terapeuta ocupacional que aplica el MOHO debe ser un *experto cultural*, es decir, tiene la obligación de conocer, investigar y descubrir cuál es la trayectoria histórica del desarrollo de los valores, costumbres, rituales que impregnan la visión de las personas acerca del mundo, de su entorno y de los demás. En este libro se han proporcionado ejemplos prácticos y acciones conducentes a interactuar con grupos sociales de distintas perspectivas y abrir oportunidades de desarrollo de programas y otras de participación ocupacional en ambientes comunitarios.

Los terapeutas ocupacionales trabajan con diversidad de personas y grupos de personas en distintos contextos de trabajo, por lo tanto el concepto clave a comprender en este punto es el de *inmersión*. La inmersión es un procedimiento utilizado en los estudios cualitativos etnográficos en el campo de estudio correspondiente. El objetivo central de la inmersión es *poder entrar y ser parte activa de un grupo social* determinado a través de la actitud genuina de colaboración y de respeto y las acciones asociadas a estas, que permiten conocer en profundidad los aspectos humanos del grupo relacionados con su cultura y percepción subjetiva de sus necesidades y visiones. El procedimiento de inmersión se debe realizar cada vez que se haga una evaluación de necesidades para el desarrollo de un programa basado en este modelo, tanto con el grupo de personas o colectivo como con los directivos y encargados de los programas existentes y grupos sociales comunitarios. De este modo, al poder incorporar sus realidades y visiones con los conceptos y principios del MOHO, la educación participativa con los grupos sociales toma sentido, rescatando siempre los aspectos que han sido favorecedores del proceso de cambio positivo de las personas dentro de los programas implementados previamente. Los informes, la implementación de planes pilotos y sus resultados y la generación de espacios de colaboración prosiguen a estas iniciativas (véase ejemplo en el primer apartado del [capítulo 12](#)).

## **Preguntas frecuentes**

1. No se puede hacer nada con el MOHO. Hay mucha resistencia, la cultura de los reos y de la cárcel impide nuestra intervención. ¿Qué opina usted?

*Respuesta:* Siempre se puede hacer algo. Se requiere realizar una buena evaluación de necesidades y en ella rescatar los aspectos positivos del colectivo y de sus grupos sociales relevantes. Basado en ello se debe razonar acerca de la forma en que se puede comenzar a facilitar el cambio y sobre qué tipo de programas serían los más indicados para ello. No es regla el desarrollar un programa global, los programas con el MOHO se han desarrollado en forma progresiva según las condiciones ocupacionales encontradas. El terapeuta ocupacional con el MOHO puede actuar en forma

directa o indirecta con las personas que sí desean cambiar. Por ejemplo, la promoción de la participación ocupacional satisfactoria tanto de los funcionarios, profesionales y familias interesadas es tan importante como trabajar con los residentes. Ellos son parte de la vida ocupacional de las personas con quienes comparten una cultura y significado acerca de las cosas y quienes intentan cuidar de ellos. La participación ocupacional se facilita además con los cambios posibles de realizar en el espacio físico en conjunto con los residentes basándose en sus necesidades y percepción subjetiva de este.

2. En el hospital en que trabajamos se establece una relación jerárquica. Es un hospital médico general y trabajamos con personas que presentan problemas traumatológicos, por lo que la atención debe ser rápida (en grupo y atención de 15 minutos para trabajar las capacidades y no hay tiempo para fijarse en ello). Los pacientes están acostumbrados. ¿Cómo se puede generar un contexto del tipo que se habla en el MOHO con tan poco tiempo por paciente?

*Respuesta:* ¿Cuáles son los objetivos de la atención del terapeuta ocupacional en este hospital? ¿Son objetivos centrados en la persona y su vida ocupacional? ¿O son objetivos establecidos por el médico en su derivación relativos a aumentar la amplitud articular, el movimiento y la fuerza muscular? ¿Cuál es el rol del terapeuta en el equipo en la toma de decisiones acerca de la intervención de la persona? Estas preguntas son importantes porque ponen en perspectiva lo que hacemos. El [capítulo 2](#) informa sobre la importancia de la primera etapa de evaluación con el MOHO en la que se visualiza y comprende la visión de la persona, su historia y sus necesidades ocupacionales, lo que ayuda al terapeuta a realizar un juicio junto a la persona acerca de la necesidad o no de que la persona opte por servicios de terapia ocupacional. En relación con el contexto generado con una relación empática y abierta, esta no tiene que ver con la cantidad de tiempo destinado, sino más bien con la actitud del terapeuta que invita a la persona a ser parte activa de la toma de decisiones y resolución de problemas acerca de su desempeño ocupacional en su hogar y otros ambientes ocupacionales. El razonamiento terapéutico con el MOHO apoya a priorizar nuestros servicios para aquellas personas que *perciben necesitar apoyo* en continuar con su participación ocupacional satisfactoria y narrativa ocupacional (véanse [capítulos 13 y 14](#)).



# 12

## ***Etapas del desarrollo de programas con el Modelo de Ocupación Humana***

El proceso de desarrollo de programas con el MOHO implica una secuencia de etapas a seguir para asegurar su sentido y adecuación a realidades ocupacionales distintas de los colectivos y sus ambientes relevantes. Este capítulo tiene como objetivo complementar las etapas de desarrollo de programas compartidas en la tercera y cuarta ediciones del libro *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación* (Kielhofner, 2004, 2011) basándose en la sistematización surgida de la práctica en el desarrollo e implementación y evaluación de programas utilizando el MOHO y el ejercicio de razonamiento terapéutico de la integración de la teoría y práctica tanto en contextos públicos como privados, asociando esta a realidades internacionales diversas que han sido experimentadas por los terapeutas ocupacionales.

### **12.1. Evaluación de necesidades ocupacionales del grupo: aspectos personales y ambientales**

Al igual que la etapa inicial del proceso de evaluación con la persona, la evaluación de necesidades ocupacionales realizada a conciencia brinda al terapeuta ocupacional la oportunidad de centrarse en la realidad única ocupacional que vive un grupo o colectivo en interacción con sus ambientes. Esta realidad evaluada es la que orienta acerca de las posibilidades de desarrollar diferentes tipos de programas integrando el proceso de intervención del MOHO y acerca de la necesidad de integrar o complementar este modelo con otros de la terapia ocupacional y otras disciplinas.

Como se discutió en el capítulo anterior, la evaluación de necesidades debe enmarcarse en el procedimiento de *inmersión*, que respeta íntegramente los principios de este modelo. Como parte de la inmersión, se integran la *evaluación de los aspectos ocupacionales personales* (volición, habituación, capacidad de desempeño) representativos del grupo o colectivo, la *evaluación de los aspectos ambientales*

*globales y específicos* y del *proceso de interacción* entre ambos que resulta en la comprensión de la emergencia y estados de cambio de la participación ocupacional, de la identidad y competencia ocupacionales del grupo único de personas.

Cuando se realiza la evaluación de los aspectos ambientales, el terapeuta debe considerar *todas las características* de las dimensiones ambientales específicas contempladas en el [capítulo 1](#) de este libro con el fin de rescatar en cada una de estas el grado de facilitación o restricción en la participación ocupacional del grupo. En este detalle del análisis los terapeutas ocupacionales comprenden cómo *integrar los aspectos facilitadores de los contextos* que permiten al programa generar la dinámica posible para favorecer la vida en progreso de sus participantes y la propia del programa (véase [capítulo 8](#)). Al respecto, es importante desprender conclusiones en cuanto a las rutinas y oportunidades de participación ofrecidas, las oportunidades de relación con otros, los roles esperados, las redes sociales u otros lugares de participación beneficiosos, los valores, objetivos y acercamientos teóricos como parte de la cultura del grupo social, las condiciones económicas y políticas de salud en el ámbito de los distintos contextos de trabajo y a un nivel amplio de región y país.

## **12.2. Métodos de evaluación de necesidades: obtención y registro de información**

Los métodos de evaluación durante el periodo de inmersión, que generalmente corresponde entre 2 y 4 semanas para la evaluación de necesidades ocupacionales en el desarrollo de programas, incluyen métodos no estructurados y métodos estructurados del MOHO seleccionados de acuerdo con el grupo y el contexto.

Los *métodos no estructurados* incluyen conversaciones individuales y grupales con los participantes potenciales, la observación participante, las entrevistas informales con los diferentes grupos sociales que conforman el lugar, las entrevistas informales y formales con personas claves del grupo y de los grupos sociales (informantes seleccionados), la revisión de documentos relevantes, el conocimiento de lugares estratégicos de la red comunitaria. Los procedimientos de investigación acción y los grupos focales son también incorporados.

Los *métodos estructurados* o administración de instrumentos de evaluación del MOHO también se utilizan para recabar información relevante. Al respecto, los instrumentos de autoevaluación mayormente utilizados son la OSA, el Listado de Roles y el Listado de Intereses en el contexto de *grupos focales*, que han sido de gran utilidad para facilitar el conocimiento de las necesidades ocupacionales. La REIS integra procedimientos mixtos de evaluación en los que se incluye la observación participante y entrevistas semiestructuradas para el personal, los directivos y los residentes involucrados. La WEIS, también instrumento de evaluación del impacto ambiental sobre los aspectos ocupacionales personales, es útil en el proceso de evaluación de necesidades

ocupacionales de grupos de trabajadores en distintos contextos laborales. La OPHI-II guía al terapeuta durante las entrevistas individuales y grupales tanto sobre el contenido a obtener como en el modo narrativo de realizarlas, facilitando así la *apertura y confianza* con las personas y la comprensión de la *historia ocupacional en progreso* de los participantes potenciales y de los grupos sociales involucrados.

Para facilitar la *integración de la información*, el terapeuta ocupacional puede utilizar los registros de puntuación de los instrumentos de evaluación del MOHO plasmando en ellos la información recogida. Este procedimiento apoya el razonamiento terapéutico y la conceptualización a realizar en conjunto con los participantes potenciales. Por ejemplo, los registros de puntuación del *MOHOST* y el *SCOPE* consolidan información relevante de los aspectos personales y ambientales y su impacto en la participación ocupacional y se complementan con la evaluación observacional de los indicadores del VQ o PVQ que expresa el grupo. El objetivo de su uso es obtener la visualización del perfil ocupacional global del grupo y fundamentar cualitativamente lo concluido. Así mismo, los *criterios de los registros de la OPHI-II*, ayudan a conceptualizar lo observado y escuchado de los distintos grupos sociales, personas claves y participantes potenciales acerca de la identidad y competencia ocupacionales y el impacto ambiental respectivo.

En 1987, la autora de este libro, al momento de ser contratada en un hospital psiquiátrico público de los Estados Unidos, decidió comenzar a trabajar en la unidad de personas con retardo mental profundo y severo debido a que este grupo de personas no contaba con un trato digno ni con oportunidades de participación basadas en sus capacidades ni intereses. Ellos realizaban tareas de encaje de distintos materiales en plantillas de madera durante toda la jornada de día bajo un programa de condicionamiento operante diseñado por psicólogos y ejecutado por auxiliares de enfermería, quienes se encargaban de llevar a cabo estas rutinas y cumplir con el plan diseñado. Las personas eran castigadas si no cumplían con hacer estas actividades quitándoles la merienda o el café correspondiente a los descansos.

Ante esta situación, la terapeuta encontró necesario conocer las necesidades realizando una inmersión durante un mes, participando de los programas de rehabilitación ofrecidos, estableciendo contacto con los residentes, realizando observación participante en las unidades y entablando conversaciones con los auxiliares a cargo, equipo de enfermería y psicólogos y los residentes que podían expresarse verbalmente.

Esta involucración permitió a la terapeuta conocer más de cerca la cultura y visión de los profesionales y auxiliares, así como las necesidades ocupacionales de las personas. Los profesionales tenían el convencimiento de que las personas con retardo mental profundo y severo no eran capaces de hacer las cosas sin ser *controladas por otros, que no tenían motivación y que carecían de conductas adaptativas* por tener menos inteligencia. Los psicólogos habían realizado un doctorado en condicionamiento operante, por lo que buscaban investigar técnicas y demostrar su eficacia en *manejar conductas equívocas o generar las esperadas por ellos*. Su discurso se reducía hacia esta temática y descalificaba otros tipos de intervención y visiones. Su participación se enfocaba en recorrer el espacio del programa para observar cómo los auxiliares lo ejecutaban y en diseñar estos planes de tratamiento que compartían en reuniones de equipo. Su relación con el resto del equipo era jerárquica en cuanto a la toma de decisiones. Los enfermeros y auxiliares no contaban con aprendizaje previo de otras corrientes de rehabilitación del momento, por lo que se sentían satisfechos con mantener el control dentro de la Unidad y hacer lo que les pedía. La mayoría de las personas residentes mostraban falta de iniciativa y satisfacción, inquietud, sentimientos de pena o rabia

expresados en comportamientos agresivos, lentitud motora, ausencia de contacto visual y aislamiento, sin embargo, aceptaban la cercanía de la terapeuta y respondían a esta con la mirada, expresiones faciales y corporales. Un grupo de ellos era dependiente de otros en sus actividades básicas cotidianas y requerían asistencia física para realizar la actividad diaria del programa. El ambiente físico de su espacio de rehabilitación contaba solo con mesas, sillas, los tableros de madera y los contenedores plásticos para dejar los objetos de encaje. Los apartados de dormitorios eran dos, uno de hombres y otro de mujeres, que se dividían en secciones de 5 camas cada una y tenían un cuarto de baño compartido de gran dimensión para los 45 residentes de cada apartado.

Teniendo en cuenta la rigidez de la postura y visión acerca de las personas que los profesionales presentaban, la terapeuta decidió presentarles los resultados de esta evaluación comenzando con validar los esfuerzos realizados por los auxiliares y enfermeras y luego compartir su razonamiento terapéutico acerca de los aspectos evaluados. Durante la presentación planteó respetuosa y abiertamente que su abordaje desde la perspectiva del MOHO era algo totalmente distinto al condicionamiento operante. Teniendo convicción y conocimiento de su orientación profesional y conocimiento del abordaje y de la forma de pensar de los miembros del equipo, la terapeuta incorporó reflexiones y comparaciones de ambos abordajes acompañadas de ejemplos vividos desde su experiencia como profesional relacionándolos con la teoría del MOHO y la perspectiva de la volición en que este se basa. Después de finalizada su presentación, al observar la reacción displicente y jocosa de los psicólogos, la terapeuta decidió proponerles implementar un plan piloto de tres meses de duración que sería evaluado al finalizar el periodo, y según los resultados, decidir en conjunto volver o no al sistema implementado por ellos. El programa pilotó demostró ser eficaz, por lo tanto se implantó su continuidad.

### **12.3. Planificación del programa**

Para realizar la planificación del programa se requiere conceptualizar las necesidades ocupacionales con el grupo o colectivo, siempre que esté al alcance de sus capacidades. Si lo está, la conceptualización en conjunto se realiza en base a la información recabada y registrada con los participantes dentro del contexto de un *grupo focal*. El terapeuta ocupacional debe facilitar la participación activa de las personas compartiendo el proceso de identificación de la información recabada y su organización como también el análisis y la priorización de los puntos fuertes y puntos débiles de ambos, el colectivo y el ambiente.

Posterior a la conceptualización realizada acerca de las necesidades ocupacionales se procede a establecer los objetivos del programa facilitando la resolución de problemas y toma de decisiones en conjunto, basándose en resultados de la evaluación participativa previa. Este proceso necesita de la priorización de objetivos de acuerdo a la realidad analizada, para lo que se hace indispensable la *negociación mutua*, estrategia que si es realizada correctamente por parte del terapeuta y facilitada en los participantes, enriquece la relación terapéutica y el trabajo en equipo tan necesario para el éxito de un programa.

Una tarea importante a realizar en la planificación es la *determinación de líneas de tiempo* para los objetivos priorizados y los distintos tipos de iniciativa e intervención seleccionados para su cumplimiento. Al ser el MOHO un modelo que trabaja paralelamente e integradamente con las personas y los grupos sociales relevantes, se hace necesario establecer *dos o más líneas* de tiempo, que pongan en perspectiva realista los

objetivos de implementación del programa para facilitar el cambio ocupacional del colectivo y los objetivos planteados en relación con las acciones, actividades o eventos con los grupos sociales relevantes. La creación de una Carta Gantt con esta información apoya al terapeuta ocupacional en la implementación y evaluación del programa en conjunto con las personas (véase más adelante en los [apartados 12.4 y 12.5](#)).

Cuando el grupo *no presenta capacidades cognitivas ni verbales suficientes*, se debe recordar que la utilización del VQ y PVQ es fundamental para darles voz a estas personas y orientar el diseño de un programa significativo en base a su volición observada y el impacto ambiental en ella. Es el caso del ejemplo anterior acerca del procedimiento de inmersión, donde la terapeuta ocupacional realizó la evaluación de necesidades basándose en la observación participante y otros métodos identificados, situación que originó los primeros esbozos de estos instrumentos de evaluación, que se utilizaron durante la implementación del programa para conocer por primera vez, a través de la facilitación de la exploración de diversas experiencias ocupacionales, la motivación por el hacer de estas personas.

## **12.4. Diseño y organización del programa**

El realizar las etapas anteriores para el desarrollo de un programa de terapia ocupacional basado en el MOHO no asegura que el programa se implemente coherentemente. El diseño y la organización deben respetar sus principios básicos, fundamentales y específicos y ser compatible con las necesidades evaluadas y objetivos planteados. En este libro se ha compartido los tipos de intervención, estrategias del terapeuta y procedimientos específicos que el MOHO utiliza para facilitar la participación ocupacional satisfactoria, que pueden ser seleccionados, adaptados y enriquecidos con el grupo de acuerdo con sus necesidades y realidades únicas.

En esta etapa del desarrollo de un programa es donde los terapeutas que utilizan el MOHO deben integrar una forma de trabajo *que permita abordar al mismo tiempo las necesidades del colectivo como entidad grupal y de las personas que lo conforman como seres únicos*. La organización de un programa con el MOHO debe considerar las implicaciones para el terapeuta abordadas en el [capítulo 11](#) y la dinámica del programa generada (véase el [apartado 12.6](#)), que impactan directamente en el proceso de cambio de cada una de las personas y del colectivo en sí, generando un espiral de evolución en ideas, iniciativas y generación de proyectos ocupacionales colectivos e individuales.

Igualmente, en esta etapa se debe diseñar un sistema de evaluación posible de llevar a cabo, seleccionando los métodos de evaluación más factibles de utilizar con las personas durante el proceso de cambio (véase [Parte II](#) del libro).

## **12.5. Implementación y evaluación del programa**

El razonamiento terapéutico durante la implementación del programa se nutre de los principios del MOHO, de las formas de llevar a cabo los tipos de intervención, de la flexibilidad del terapeuta para adaptar, mejorar o cambiar los tipos de intervención basada en una evaluación constante de la compatibilidad entre el diseño y la organización y el progreso del colectivo y sus miembros constituyentes.

Los programas pueden visualizarse en un *continuo de etapas de implementación*. Esto es, una etapa exploratoria, plan piloto o marcha blanca donde se evalúa la eficacia y eficiencia del diseño e implementación dentro de un periodo aproximado de 2 a 3 meses; una de competencia o de práctica sostenida de implementación basada en la evaluación realizada en la etapa exploratoria y finalmente una etapa de logro o de solidificación de estrategias y procedimientos, innovación y expansión del programa. La priorización en el tiempo de la implementación de la intervención oportuna tanto con el grupo de participantes como con los contextos relevantes permite que el proceso de cambio de ambos genere un impacto mutuo, entrelazándose en un solo proceso de integración discutido en los [capítulos 9 y 10](#) de este libro.

La finalidad de la *evaluación de un programa* es mejorar el plan de acción al refinar, adaptar, potenciar o discontinuar las instancias que lo conforman escogidas previamente en las etapas de planificación y diseño del mismo, las formas de llevarlas a cabo y su impacto en el proceso de cambio del colectivo y de los grupos sociales relevantes. En correspondencia con la teoría y los principios del MOHO, la evaluación de un programa consiste en vivir el *proceso de cambio del programa en conjunto con el colectivo*. Esto explica por qué el proceso de evaluación debe ser constante.

La evaluación de un programa integra los métodos participativos y la observación participante durante su implementación considerando diferentes procedimientos que el terapeuta puede elegir e integrar de acuerdo con la realidad del programa específico (véase [cuadro 12.1](#)). Las asambleas con todos estipuladas en una frecuencia determinada y los procedimientos de evaluación de programas favorecen la *fluidez de la vida en progreso del programa*, contemplando una diversidad de situaciones que requieren de la resolución de problemas y toma de decisiones en conjunto con el colectivo. La documentación de las conclusiones obtenidas de estas reuniones y otros procedimientos proporcionan un material invaluable para la evolución de un programa y para la generación de evidencia de la práctica.

*Cuadro 12.1. Procedimientos de evaluación de un programa basado en el MOHO*

<i>Tipos de evaluación</i>	<i>Procedimientos</i>
Evaluación de los componentes del programa y programa global con el colectivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos focales: evaluación de impacto ambiental, apreciaciones subjetivas de la dinámica del programa, evaluación de los resultados en relación con los objetivos generales planteados en base a</li> </ul>

Carta Gantt, planteamiento de objetivos en base a sugerencias, retroalimentación, resolución de problemas y toma de decisiones.

- Reuniones periódicas con todos como parte de la dinámica del programa (asambleas).
- Reuniones con los participantes de cada componente del programa como parte de la dinámica de la rutina.
- Conversaciones con las personas claves del grupo y de los grupos sociales.
- Observación participante: Evaluación continuada del proceso volitivo, del impacto ambiental y participación ocupacional individual y grupal.
- Investigación acción.

---

Evaluación de logros individuales y aproximación del resultado global.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del logro de objetivos individuales con cada persona y su registro en pauta seleccionada como medida de resultados.</li> <li>• Cálculo porcentual de la sumatoria de resultados individuales registrados, a forma de visualizar el valor de un programa.</li> </ul>
--	---

---

Evaluación de la perspectiva y satisfacción laboral del equipo facilitador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión de equipo en forma periódica para coordinar acciones y evaluar procedimientos y resultados del proceso de implementación de programas.</li> <li>• Reunión de equipo utilizando la WEIS como autoevaluación individual, seguida de reflexión grupal, retroalimentación, resolución de problemas y planificación de instancias propias de promoción de la participación ocupacional satisfactoria en el contexto de trabajo y otros contextos ocupacionales relevantes.</li> </ul>
---	---

---

## 12.6. Dinámica de un programa basado en el MOHO

La dinámica de un programa basado en el MOHO considera la integración y cohesión entre los objetivos, tipos de intervención escogidos y clima social generado, de tal manera que se produzca el impacto ambiental óptimo para el proceso de cambio del grupo y del programa en sí. La base de la dinámica de un programa se produce por la forma de implementar las instancias ocupacionales y por el intercambio e interacción producidos entre ellas, lo que otorga oportunidades significativas de participación individual y social

en una rutina fluida que se enriquece con la participación activa de las personas. La asesoría individual, grupos educativos de ayuda mutua, grupos de ayuda mutua y otros son un complemento importante que apoya la reflexión y el procesamiento de la participación diaria en los contextos ocupacionales relevantes, y como tales, enriquecen y potencian esta dinámica.

### *12.6.1. Implementación de instancias ocupacionales: espacios de participación ocupacional diversos en su naturaleza*

Las instancias ocupacionales deben considerar 4 aspectos importantes relacionados: el sentido para el grupo o colectivo en cuestión, el beneficio para el logro de los objetivos individuales y colectivos, la dinámica ocupacional normalizada y la pertinencia de su implementación.

#### *A) Sentido para el grupo en cuestión*

Como se analizó anteriormente, no solo basta con considerar los intereses generales, la edad y capacidades a desarrollar, sino también la *relevancia en su vida en progreso*. La generalización de algunos tipos de actividad para ciertos grupos de personas ha sido un error continuo en la implementación de programas de terapia ocupacional. Por ejemplo, existe una diferencia notoria entre hacer un “grupo de cocina” y “ofrecer una instancia ocupacional de cocina”. Un *grupo de cocina* se caracteriza por tener límites de tiempo impuestos sin considerar la naturalidad del proceso ocupacional ni el destino que este tenga, debido a que sus objetivos son determinados por terceros con fines remediales, con fines de aprendizaje de capacidades básicas o de ciertas técnicas aisladas, sin integrarse a un objetivo significativo para el grupo y por lo tanto representando más a lo que se llama en terapia ocupacional una *actividad con propósito* que a una ocupación. Una *instancia ocupacional de cocina*, es una oportunidad de participación en el funcionamiento cotidiano de un lugar donde se cocina y preparan alimentos y exquisiteces típicas de la cultura social en una continuidad en el tiempo y que tiene un sentido personal y social determinado, ya sea para cubrir necesidades de alimentación rutinaria, de cumplir con los requisitos culinarios de un evento de vida o de un evento social elaborado, de practicar las habilidades culinarias necesarias para la vida independiente o de un trabajo relacionado, o desarrollar una afición. El *sentido individual y social* está dado por su dinámica propia de acuerdo al proceso y organización grupal en cumplir con distintos roles que hacen posible tanto el logro de los objetivos esperados como que se integre a la vida ocupacional en progreso de cada uno de sus miembros.

Lo mismo ocurre con los grupos de *socioterapia o ludoterapia* versus *una actividad de diversión*, en la que esta última es acordada en hacer una fiesta, ir al cine, participar en un juego de mesa escogido con la persona escogida, elaborar algún producto deseado, realizar caminatas o partidos de fútbol con compañeros o participar de una reunión social espontánea. La participación en estas instancias facilita integralmente los factores ocupacionales personales y el desempeño ocupacional potenciándose el desarrollo de la capacidad de desempeño al estar intrínsecamente ligada al significado personal y social.

### *B) Beneficio para el logro de objetivos individuales y colectivos*

Una instancia ocupacional es ofrecida sobre la base de la planificación de un programa que ha sido elaborado para cumplir los objetivos grupales e individuales identificados en las conclusiones de la evaluación de necesidades ocupacionales. Para que suceda esto, las instancias ocupacionales deben proveer alternativas diferentes de participación considerando las distintas *dimensiones de participación en el hacer* que cada miembro de un grupo es capaz de alcanzar, dando oportunidad de participación significativa a personas que presentan distintas características y necesidades volitivas y de desempeño y que se agrupan por compartir intereses u objetivos comunes (véanse [capítulos 1 y 11](#)).

### *C) Dinámica normalizada*

Una dinámica normalizada se refiere a la organización e implementación de las instancias ocupacionales igual a como ocurre en la vida común y corriente en la sociedad y cultura del grupo o colectivo, facilitando la fluidez de la exploración y el aprendizaje en común, la toma de decisiones y negociación de acuerdos entre los miembros del grupo y el terapeuta en cuanto a llevar a cabo las tareas en la forma que cumplan mejor con lo pretendido. Las normas y el clima generado en este contexto derivan automáticamente en la determinación de reglas, estructura y expectativas de roles necesarios. Al presentar una dinámica normalizada, las personas se expresan y participan de manera más espontánea verbal o no verbalmente y aportan con sus motivaciones y habilidades propias al proceso del hacer.

### *D) Pertinencia de la implementación de instancias ocupacionales*

No siempre es posible implementar instancias ocupacionales en los programas. Los

límites de tiempo en una institución y las características de la población son un parámetro para la planificación y el diseño de un programa, por lo que se debe determinar si la implementación de una o más instancias ocupacionales será de beneficio o no para el grupo, y al mismo tiempo, priorizar las instancias de intervención que cumplirán con las necesidades ocupacionales del grupo. El terapeuta ocupacional tiene por objetivo facilitar la participación ocupacional *satisfactoria y posible*, por lo que es importante sobreponerse a los mitos de que el terapeuta ocupacional debe *mantener ocupadas a las personas no importa cómo*.

El MOHO brinda la oportunidad de realizar un razonamiento terapéutico que facilita la elección e implementación de instancias de intervención ocupacional, que sean propicias al contexto y realidad vivida por las personas. Por ejemplo, la coordinación horaria de la rutina de las actividades diarias de una institución, la educación participativa con los funcionarios de la institución acerca de la facilitación óptima de la participación de las personas que se encuentran hospitalizadas en ocupaciones diarias básicas, participación del terapeuta en estas rutinas diarias con las personas favoreciendo sus aspectos ocupacionales. Así mismo, los grupos de autoayuda o de educación de ayuda mutua con fines ocupacionales corresponden a instancias ocupacionales sociales que aportan al desarrollo de una participación ocupacional satisfactoria. En algunos programas estas instancias son las que serán posibles de ser implementadas íntegramente, brindando un beneficio a los objetivos del grupo en su proceso de cambio.

Cuando sí es posible implementar instancias ocupacionales en los programas de terapia ocupacional se requiere considerar *tres propiedades* importantes de estas y *tres dimensiones o formas de participación que en su conjunto e interacción* facilitan la participación ocupacional individual y grupal y favorecen la experiencia de significado del grupo, los beneficios para el logro de los objetivos y la dinámica normalizada.

### 12.6.2. *Propiedades de las instancias ocupacionales*

#### A) *Diversidad*

La *diversidad* se refiere a la variedad de instancias ocupacionales disponibles y posibilidades de participación en ellas de acuerdo a los intereses, valores y objetivos del grupo o colectivo. La diversidad de estas opciones facilita el sentido de significado personal al proporcionar oportunidades de explorar aspectos motivacionales, realizar elecciones y tomar decisiones, desarrollar o reafirmar el sentido de capacidad y explorar o reafirmar objetivos de actividad u ocupacionales. Las opciones de instancias ocupacionales incluyen oportunidades tanto del *contexto del programa como del contexto de redes comunitarias* y contextos ocupacionales de las personas que conforman el grupo.

## B) *Flexibilidad*

La *flexibilidad* se refiere a la naturaleza dinámica del cambio de las instancias ocupacionales, respondiendo a los objetivos logrados, las habilidades de cada persona, la búsqueda de desafío, el proceso de cambio vivido por cada uno y el grupo mismo y a eventos e inconvenientes surgidos. La flexibilidad requiere de la planificación y evaluación de estas instancias realizada por los participantes en conjunto con el terapeuta, de tal modo que estas se encuentren en constante innovación, creación de nuevos proyectos, y desarrollo de procedimientos. Mantener la flexibilidad de las instancias ocupacionales favorece la vivencia de la fluidez del dinamismo propio de la participación en las ocupaciones diarias proporcionando oportunidades reales de cambio y facilitando el desarrollo de la iniciativa, y sentido de capacidad y eficacia; el aprendizaje de habilidades de planificación, de resolución de problemas y toma de decisiones tanto en los procesos volitivos como de desempeño; el desarrollo de la participación social y sentido de pertenencia; la autovalidación como persona socialmente útil y el desarrollo del sentido de responsabilidad y compromiso.

## C) *Continuidad*

Las instancias ocupacionales y la oportunidad de participación en ellas deben presentar *continuidad* en el tiempo y crecer en el desarrollo de los proyectos grupales e individuales. Así mismo, de acuerdo a la evaluación por parte de sus participantes en conjunto con el terapeuta, estos pueden discontinuarse. Favorecer la *continuidad* permite a cada nuevo participante, en cualquier momento, integrarse y colaborar con las iniciativas que existen o con nuevas ideas y contribuciones a los proyectos en curso o a la generación de nuevos. La continuidad de las instancias ocupacionales proporciona oportunidades de explorar el sentido del dinamismo temporal real de la participación en ocupaciones que son parte de la rutina y, en consecuencia, vivir el proceso de habituación y el proceso volitivo integradamente.

### 12.6.3. *Dimensiones de participación consideradas*

Como se explicó en [capítulo 1](#), las personas pueden presentar distintos potenciales volitivos y de capacidad en las ocupaciones y como consecuencia participar en una o más dimensiones de participación en el hacer que junto a los potenciales de participación de los otros generan el hacer común necesario para el cumplimiento de objetivos personales y colectivos. Se consideran tres dimensiones de participación en las instancias ocupacionales, todas igualmente importantes.

### A) *Participación en proyectos grupales o colectivos*

Los *proyectos grupales o colectivos* se refieren al *emprendimiento de una serie de actividades y tareas que responden a una meta ocupacional de un colectivo*. Durante el desarrollo de los proyectos ocupacionales grupales el terapeuta facilita la participación ocupacional de cada miembro del grupo según sus necesidades personales y la del grupo en su totalidad según el objetivo del emprendimiento colectivo. Planificar y llevar a cabo proyectos comunes significativos en el tiempo facilita y demanda un trabajo colaborativo que favorece integralmente la participación en roles, el desarrollo del compromiso y responsabilidad social, la exploración y el desarrollo de las habilidades de comunicación e interacción, el descubrimiento de capacidades únicas y el desarrollo del sentido de eficacia, el autoconocimiento como ser social, la facilitación de la iniciativa en la participación en proyectos personales y la exploración y aprendizaje de la negociación de hábitos y de las expectativas internas de los roles con las de otros.

### B) *Participación en proyectos personales*

Un *proyecto personal* se refiere al *emprendimiento de una serie de actividades y tareas relacionadas para lograr un objetivo ocupacional personal significativo*. Estos proyectos son elegidos por la persona durante su proceso de cambio y surgen desde la evaluación de necesidades personales reflexionadas en conjunto con el terapeuta o desde la propia vivencia de su proceso de participación ocupacional. Por lo general, emprender *proyectos personales vitales* resulta ser más desafiante que emprender un proyecto grupal debido a que corresponden a un desafío personal que se enfrenta con los recursos propios a resolver y tomar decisiones sobre alternativas que apoyen el logro de las metas deseadas. La participación en proyectos ocupacionales personales favorece el sentido personal en la participación y el desempeño ocupacional, la iniciativa en el planteamiento de objetivos y metas propias en el tiempo y la consecuente realización de actividades y tareas, el aprendizaje del sentido único de participación en un contexto social, el desarrollo del compromiso con los objetivos y metas personales y de las habilidades críticas necesarias para llevarlos a cabo y el afianzamiento del proceso volitivo.

### C) *Participación exploratoria*

La participación exploratoria se refiere a la participación inicial e individual en las instancias ocupacionales a modo de descubrir, probar, reafirmar el sentido y conocimiento de capacidad. La participación exploratoria puede llevarse a cabo participando en algunas formas ocupacionales o sus pasos o acciones, en proximidad o

no a otros de acuerdo al proceso volitivo de la persona. Los terapeutas y otros miembros del colectivo deben ser permeables a este tipo de participación como parte de la facilitación de la experiencia volitiva guiada por el Proceso de Remotivación. Como se indicó anteriormente, la persona puede participar de forma paralela a otros en una instancia ocupacional donde otras personas llevan a cabo los proyectos grupales o personales. Habitualmente, la motivación y la participación de otros en estados de cambio más avanzados son una valiosa fuente de apoyo y reafirmación a la iniciativa y sentido exploratorio de estas personas (De las Heras *et al.*, 2003).

#### *12.6.4. Dinámica de la participación en instancias ocupacionales*

La participación en los proyectos personales y colectivos puede entrelazarse en tanto que una persona puede participar en un proyecto grupal y dentro de este en un proyecto personal al mismo tiempo. El proyecto grupal, en este caso, puede significar una primera instancia de exploración para el emprendimiento de un proyecto propio, asignándole un sentido personal a la ocupación compartida y manteniendo objetivos personales y comunes con el grupo. Las demandas, el grado de participación, y los soportes ambientales para cada persona serían únicos en relación con sus objetivos personales y serían similares a los de los demás de acuerdo a los objetivos comunes, reglas, estructura y roles que han sido acordados con el resto de los miembros del colectivo. Cada persona, además, puede llevar a cabo etapas de sus propios proyectos ocupacionales en forma paralela a un proyecto grupal que se desarrolla dentro del mismo contexto ambiental ocupacional pudiendo participar en los proyectos grupales e individuales en diferentes momentos, como también colaborar a llevando a cabo sus proyectos con los proyectos grupales (véase [figura 12.1](#)).

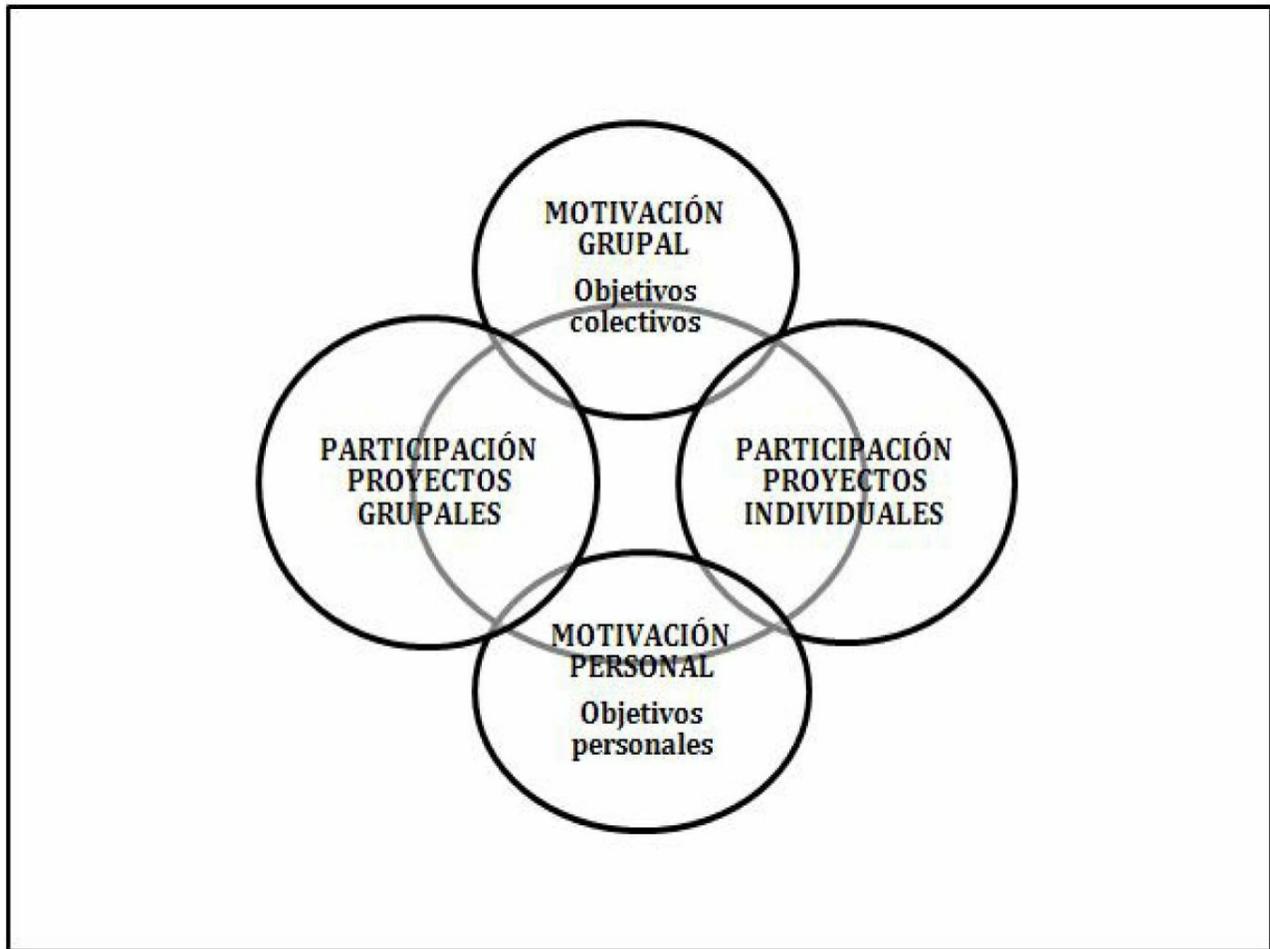


Figura 12.1. Dinámica de la participación generada en y entre las instancias ocupacionales.

Dentro de las opciones de instancias ocupacionales de Reencuentros se encontraba la *oficina del centro*, cuyos objetivos eran que el centro pudiera mantener su sustentabilidad en el tiempo y administrar su difusión y mantenimiento general. Entre las actividades necesarias para ello se encontraban la mantención contable, las tareas de proyección económica, el manejo de la caja de dinero diario necesario para distintos proyectos, la realización de trámites bancarios, la organización y administración del sistema de cobro de aquellos miembros que podían pagar su mensualidad, la producción de documentos, su compaginación y archivo, el orden y clasificación de fichas de informes de cada miembro, la gestión de pagos de cuentas diversas, la difusión de las iniciativas de las instancias ocupacionales y el cumplimiento de labores secretariales de comunicación externa y registro de llamadas.

Los miembros de Reencuentros que participaban de este espacio contribuían al logro de los objetivos haciéndose cargo de roles, actividades, tareas, pasos o acciones de acuerdo a sus capacidades y habilidades o su nivel de conocimiento y preparación profesional o técnica. Uno de los miembros que asignaba a la administración un sentido de trabajo se hacía cargo de completar los libros contables y administrar el dinero y los trámites bancarios, actividades aprendidas con su padre en la administración de su empresa. Asumía un rol de guía y supervisor de otros compañeros que se encargaban de tareas relacionadas con estos aspectos, mostrando un alto compromiso con el objetivo común. Su proyecto personal era prepararse para trabajar competitivamente en una empresa, por lo

que los roles que asumía progresivamente en Reencuentros los visualizaba como pasos importantes para el cumplimiento de su meta. Otros miembros colaboraban con el colectivo de este espacio encargándose de redactar documentos educativos y administrativos necesarios para la difusión del centro y eventos comunitarios gestados desde otras instancias ocupacionales. Algunos de los miembros tenían proyectos personales de retomar sus estudios y en su participación en esta actividad desarrollar algunas competencias en el manejo del ordenador, habilidades de procesamiento o hábitos de rutina en actividades productivas. La realización de trámites, además de visualizarse como un apoyo a la administración de Reencuentros, para algunos miembros significaba también parte de un proyecto personal en lograr manejarse con seguridad y eficacia en la comunidad y aprender el uso de sus recursos (AVDI).

Los proyectos ocupacionales gestados y coordinados por un grupo de personas participantes de una instancia ocupacional también pueden necesitar de los de otras instancias ocupacionales, como puede suceder en la planificación de eventos comunes de beneficio para todo el colectivo. De esta manera, muchas iniciativas de educación participativa a la comunidad y de integración pueden hacerse posibles (véase [capítulo 10, apartado 10.4](#)).

# 13

## *Expectativas de desarrollo de programas en distintos contextos*

El desarrollo de programas revisado en el capítulo anterior resalta que cada programa se caracteriza por un sello único que será dado por las necesidades ocupacionales evaluadas. Tal como se señaló en el [capítulo 8](#), los contextos de trabajo en que se puede utilizar el MOHO son múltiples en todo sentido, desde la comunidad en pleno hasta recintos cerrados, cada uno con características físicas, sociales, culturales, económicas y políticas específicas, que impactan de manera diferente en los objetivos de programa y los roles que el terapeuta ocupacional puede desempeñar. Este capítulo ofrece un resumen de posibles intervenciones y programas a implementar en contextos de corta y larga estancia, en programas comunitarios y en dispositivos de salud comunitario y ofrece ejemplos en cada uno de ellos.

### **13.1. Institución: corta estancia (10 a 15 días)**

Se tiende a pensar que el MOHO se puede aplicar solo cuando el terapeuta pasa un periodo largo con la persona. La realidad es diferente. Existen iniciativas con el MOHO en contextos de hospitalización por problemas psiquiátricos y en contextos de hospitalización por problemas físicos de personas de diversas edades. En el [cuadro 13.1](#) se visualizan las intervenciones del MOHO que son posibles realizar en este contexto. Dependiendo de la evaluación de necesidades ocupacionales realizadas, el terapeuta puede escoger otras que sean factibles. En la realidad del corto tiempo de estancia por parte de las personas en estos contextos es conveniente trabajar en la organización y disposición del espacio común o sala de estar y en la accesibilidad de objetos que faciliten la elección de participar en grupo o en solitario en actividades de tiempo libre que respeten las necesidades culturales de las personas. La distribución de los muebles en estos espacios (sillones, sillas, mesas, repisas) y la disposición de objetos de significado en ellos es fundamental para facilitar la participación, cualquiera sea su dimensión. Al respecto, las salas de estar se transforman en un espacio *electivo* para las personas,

donde pueden acudir para lograr un momento de distracción, de conversación o de *respiro* de sus habitaciones y tratamientos médicos. La organización y disposición de estos espacios comunes deben *invitar* a ser utilizados como naturalmente ocurre en sus vidas.

Durante este periodo de tiempo el proceso de evaluación debe ofrecer los métodos más factibles. La participación ocupacional de una persona no se puede conocer cuando transita por un periodo agudo de una enfermedad que interfiere significativamente con el hacer de la persona. El tratamiento médico a elección debe predominar en esta situación. Sin embargo, los perfiles de la participación ocupacional del MOHO o los cuestionarios volitivos, al poder utilizar la observación como uno de los métodos de obtención de información, han permitido trabajar con los equipos médicos en la pesquisa del impacto de los síntomas de las enfermedades (Capacidad de Desempeño Objetiva) en la participación ocupacional y por ende en todos los aspectos personales, brindando información relevante para comprender la seriedad del compromiso global *en cada persona* cuando se encuentra viviendo estos procesos y también el curso de la recuperación manifestado en el hacer diario satisfactorio de cada persona.

*Cuadro 13.1. Intervenciones en contexto corta estancia (10 a 15 días)*

<i>Intervenciones</i>	<i>Descripción</i>
Proceso de evaluación inicial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos no estructurados.</li> <li>• Evaluar la necesidad de la administración del SCOPE o MOHOST, el VQ o PVQ.</li> <li>• Utilización de la REIS.</li> </ul>
Evaluación de participación ocupacional histórica de la persona con la familia o cercanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista narrativa guiada por la OPHI-II, integrando además la vivencia de la familia.</li> </ul>
Acompañamiento y empatía con relación al cuerpo vivido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El acercamiento con las personas es individual. Se ofrece compañía y escucha activa validando a la persona en sus sentimientos y pensamientos, brindando confianza, comprensión y seguridad.</li> </ul>
Reafirmar participación en rutinas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañar a las personas en el desempeño de tareas de la vida diaria según necesidad.</li> <li>• De acuerdo a la condición de capacidad de desempeño y volición, facilitar su desempeño ocupacional asistiendo, aconsejando o enseñando aspectos claves para su alta.</li> <li>• Estrategias: validar, informar, alentar, guiar,</li> </ul>

estructurar.

---

Educación y manejo ambiental dentro de la institución

- Educación participativa del personal acerca de necesidades ocupacionales, expectativas de desempeño e información relevante en estrategias del terapeuta que faciliten su relación y trabajo eficiente con las personas.
- Organización del ambiente físico y social en conjunto con enfermería y equipo tratante de acuerdo a los resultados de la administración de la REIS.
- Educación participativa con equipo, informando necesidades ocupacionales, abogando por extensión de estancia si es necesario.
- Estrategias: validar, informar, negociar, alentar, retroalimentar, enseñar, estructurar.

---

Acercamiento grupal.

- Grupo educacional de ayuda mutua con personas que puedan participar: facilitación de apoyo mutuo, información y guía para el alta.
- Compartir y facilitar participación en salas de estar o espacios comunes, de acuerdo a necesidad.
- Estrategias: validar, informar, alentar, retroalimentar.

---

Educación, asesoría y apoyo familiar.

- Sesiones de educación participativa y asesoría con familiares ya sea en forma privada o colectiva.
- Entrega de folletos y consideraciones de redes sociales, según necesidad.
- Entrega de material relevante según lo compartido.
- Invitar a confeccionar un diario familiar con relatos diarios voluntarios para compartir sentimientos, pensamientos y experiencias vividas. Utilizar el mismo diario para entregar retroalimentación e información y guiar asesoría o educación.
- Compartir informe de evaluación y discutir sobre alternativas de resolución de

problemas y toma de decisiones.

Conexión o coordinación con redes y derivación pertinente.

- Establecer contactos con redes pertinentes de acuerdo a necesidades y acuerdos con personas y familias. En caso de derivación, adjuntar informe de evaluación en base a los métodos utilizados.

### 13.2. Institución: media estancia (30-60 días)

Las personas que requieren hospitalización por uno o dos meses suelen estabilizarse de los daños o síntomas que interfieren globalmente en su participación ocupacional, por lo que el terapeuta ocupacional puede ampliar sus funciones en cuanto al proceso de evaluación e intervención (véase [cuadro 13.2](#)).

*Cuadro 13.2. Intervenciones en contexto de media estancia*

<i>Intervenciones</i>	<i>Descripción</i>
Evaluación integral inicial y evaluación específica.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Métodos no estructurados.</li><li>• Elección de SCOPE o MOHOST, OPHI-II, VQ, PVQ, OSA, COSA, AMPS, ACIS y otras autoevaluaciones de acuerdo a necesidades evaluadas.</li><li>• Utilización de la REIS.</li><li>• Elección de la WRI y WEIS y su combinación con otras en caso de corresponder a establecimientos que trabajan en integración o reintegración laboral o a personas cuyo objetivo fundamental es trabajar.</li><li>• Planteamiento de objetivos para el alta.</li></ul>
Evaluación de participación ocupacional histórica de la persona con la familia o cercanos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista narrativa guiada por la OPHI-II, integrando además la vivencia de la familia.</li></ul>
Educación y manejo ambiental dentro de la institución.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Educación participativa con el personal explicada anteriormente.</li><li>• Organización del ambiente físico y social en conjunto con enfermería y equipo</li></ul>

tratante de acuerdo a resultados de la administración del REIS.

- Educación participativa con equipo, informando necesidades ocupacionales, abogando por objetivos de las personas planteados en conjunto y por integración progresiva con redes comunitarias.
- Presentación de informes de evaluación y reevaluación.
- Coordinación de rutinas ocupacionales con equipo.
- Estrategias: validar, informar, negociar, alentar, retroalimentar, enseñar, estructurar.

---

Educación, orientación y apoyo familiar

- Sesiones de educación participativa y asesoría con familiares en forma privada. En estas, compartir informes de evaluación y discutir sobre alternativas de resolución de problemas y toma de decisiones.

- 
- Grupos educativos de ayuda mutua para familias una vez por semana dando importancia a disyuntivas acerca del trato del cuidador y cómo hacerlo.
  - Entrega de material relevante según lo compartido.
  - Entrega de folletos y consideraciones de redes sociales según necesidad.
  - Invitar a continuar con diario familiar y utilizarlo para guiar la asesoría, educación participativa y como insumo para grupos educativos de ayuda mutua.

---

Intervención grupal.

- Grupos educativos de ayuda mutua relativos a temáticas sobre la identidad y competencia ocupacionales y al análisis de impacto ambiental de distintos contextos ocupacionales en preparación para el alta.
- Compartir y facilitar participación en salas de estar o espacios comunes de

	<p>acuerdo a necesidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la participación en proyectos ocupacionales colectivos o individuales que sean relevantes para el grupo y sus objetivos para el alta. Los proyectos pueden ser generados e implementados en parte dentro de la institución y en parte en la comunidad, colaborando con personas pertenecientes a redes significativas.</li> <li>• Facilitar la participación en rutinas ocupacionales diarias de acuerdo a planificación en conjunto.</li> <li>• Estrategias: validar, indicar, informar, alentar, retroalimentar, enseñar, estructurar, negociar.</li> </ul>
Grupos de ayuda mutua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos enfocados en aspectos ocupacionales críticos para el grupo en la preparación al alta, incorporando a voluntarios con experiencia de haberse integrado o reintegrado a contextos ocupacionales comunitarios teniendo problemáticas ocupacionales similares.</li> </ul>
Asesoría u orientación individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de evaluación e intervención de acuerdo a necesidades individuales.</li> </ul>
Conexión con redes y derivación pertinente y oportuna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la exploración y conocimiento de estas como parte de los proyectos propios o colectivos.</li> <li>• Integración progresiva a redes comunitarias, incluyendo el hogar.</li> </ul>
Proceso de remotivación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo a evaluación, iniciar en la etapa que corresponda. Compartir con familia, equipo y personal.</li> </ul>
Programa ambulatorio del periodo inicial del alta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 o 3 encuentros grupales de ayuda mutua y seguimiento tanto para personas como para familiares (1 por semana), centrados en los logros y formas de resolver inconvenientes.</li> </ul>

### 13.3. Institución: larga estancia (6 meses y más)

Existen diferentes iniciativas de intervención que utilizan el MOHO dentro de instituciones que prestan servicios a largo plazo. Aún existen hospitales y clínicas psiquiátricas que acogen a personas que por diferentes motivos no pueden egresar de estos lugares o que requieren de un tiempo mayor de estancia para poder hacerlo. No es infrecuente que los países sudamericanos aún no cuenten con los dispositivos comunitarios suficientes o eficaces para continuar con un proceso de intervención. Hay experiencias en que los dispositivos están disponibles físicamente pero los equipos que los conforman no tienen una formación adecuada para entregar servicios integrales eficaces que faciliten la integración satisfactoria de las personas con sus contextos ocupacionales relevantes. Otras experiencias de terapia ocupacional con el MOHO han comenzado transformando progresivamente la cultura y los servicios en hospitales psiquiátricos, haciendo de estos una instancia de facilitación de la participación ocupacional dentro de un programa continuo que culmina en la integración a la comunidad (De las Heras, Dion, Walsh, 1993; Dion, Lovely, Skerry, 1996; Melton *et al.*, 2008; Cifuentes, 2014) que son posibles gracias al trabajo intradisciplinario generado por los terapeutas ocupacionales que presentan la visión del MOHO y la convicción de que el proceso de recuperación de vida de las personas se realiza con todos dentro y fuera de la institución durante el curso de la vida.

En estos contextos puede llevarse a cabo un proceso de evaluación comprensivo, así como un programa de intervención donde se pueden integrar diferentes instancias colectivas e individuales de intervención en un continuo de tiempo.

Para potenciar el impacto positivo de estos ambientes se hace necesario negociar con la institución y equipos el desarrollo de rutinas ocupacionales que favorezcan tiempos de participación en diversas oportunidades ocupacionales. La organización de rutinas de una institución puede incluir, entre otros, el cambio de los horarios en que se espera que las personas cumplan con sus comidas o actividades de higiene personal, la flexibilización de expectativas de desempeño en estas rutinas y la flexibilización de horarios de atención médica. A su vez, el manejo ambiental físico es de prioridad. Como se describió en los apartados anteriores de este capítulo, en estos contextos se debe facilitar el cambio de la distribución de muebles y decoración en todos los contextos de acuerdo a la volición, cultura y necesidades de participación autónoma de las personas.

Al momento de comenzar su trabajo en un hogar residencial de niños con cáncer y sus cuidadores, Diego Cifuentes, terapeuta ocupacional chileno, observó que la organización y disposición de las camas de los niños mostraban una organización particular y muy rígida. En uno de los cuartos habitaban dos niñas que utilizaban silla de ruedas. Dada la disposición de las camas y las dimensiones de la pieza, las sillas de ruedas no cabían y las niñas debían ser transferidas día a día y una a una por el personal del hogar, que asumía un desempeño sobreprotector sin cuestionarse la capacidad de las niñas de trasladarse solas, con la consiguiente disminución de la causalidad personal de las niñas, que sentían que su desempeño era dependiente de las características del espacio en el que se encontraban. Al evaluar la situación, Diego propuso a las niñas y al personal cambiar el ambiente hacia los fines de

las niñas, que era el de ser más independientes en la forma ocupacional de traslado y por otro lado el del personal, que era disminuir su carga laboral. Por lo tanto, el propósito de este espacio ahora era propiciar la autonomía de las niñas y aumentar su causalidad personal. Cambiaron las camas de posición (organización de los objetos) y finalmente ambas niñas lograron transferirse hacia su silla de ruedas que ahora permanecía al lado de sus camas.

Estos contextos permiten la promoción e implementación de *proyectos participativos de educación con las familias*, el desarrollo de *instancias educativas sistemáticas* con el personal, el desarrollo de una *red de apoyo* dentro de la institución y en la comunidad y el establecimiento de un sistema progresivo de integración comunitaria. La conexión, el intercambio y la derivación a centros comunitarios se realiza en forma constante incurriendo en la implementación de proyectos y eventos en conjunto e implementando visitas regulares y participación progresiva de las personas en estos.

El proceso de remotivación se puede llevar a cabo con las personas de acuerdo a sus necesidades incorporando el desarrollo del clima ambiental facilitador de la motivación por el hacer en conjunto con el personal. El desarrollo de un clima ambiental favorecedor de la participación ocupacional satisfactoria se encuentra íntimamente ligado a la satisfacción del personal de una institución en sus roles laborales. Para ello se recuerda que las líneas de tiempo de un programa deben contemplar en paralelo al colectivo representado por grupo de personas que residen en estos lugares y a los grupos sociales conformados por todo el personal que trabaja en una institución. Una de las formas de generar un clima ambiental facilitador de la interacción, integración y visiones comunes más exitosas ha sido la implementación de proyectos colectivos que integran la participación de los diferentes grupos sociales.

Al evaluar el ambiente social del hospital psiquiátrico público representado en un ejemplo en el [capítulo 12](#) se concluyó que el clima ambiental generado por los equipos de profesionales inhibía la participación satisfactoria de los residentes por presentar expectativas rígidas y generalizadas en cuanto al rol pasivo que las personas debían tener por su diagnóstico psiquiátrico. La interacción con las personas cumplía con principios del paradigma reduccionista. Esta actitud no solo impactaba a los residentes, sino también al resto del personal, que se sentía insatisfecho y devaluado, con un bajo sentido de pertenencia y bajas expectativas de éxito que redundaban en un trabajo rutinario y falto de sentido. Estaba claro que se requería un cambio sustancial de vivencias que favoreciera un proceso volitivo positivo y que facilitara una mirada de participación diferente.

Un proyecto ocupacional colectivo que perduró durante años fue la organización e implementación de un evento deportivo de dos días, los Juegos Atléticos de Massachusetts que se llevaron a cabo en diferentes contextos deportivos de la comunidad y en contextos abiertos y cerrados del hospital. Este evento fue generado en base a la *importancia asignada* a la participación en deportes en la región y a la inquietud manifestada por los residentes miembros del Club Deportivo del hospital. El concepto de este evento se basaba en la *participación conjunta* de los diferentes grupos sociales (familias, funcionarios, entidades comunitarias, residentes) en el diseño e implementación del evento. Para poder llevarlo a cabo se solicitó un permiso a la dirección de esta institución para que, durante tres meses, los funcionarios dedicaran tres horas de un día determinado de la semana al entrenamiento conjunto con los residentes interesados, tiempo que había sido concedido previamente para la educación participativa en el MOHO con el personal. El disponer de un permiso para todos hizo posible la inscripción voluntaria en aquellos deportes de interés. El *lobby* de la institución era transformado en un salón de eventos los días de la inscripción, cuatro meses antes de la realización de

cada evento. El personal administrativo y de servicios, los auxiliares de enfermería y profesionales se inscribieron en distintas iniciativas para implementar el evento o para participar directamente en él.

El evento anual se planificaba en reuniones mensuales con una comisión formada por un participante y un funcionario representantes de los diferentes programas comunitarios y de los hospitales del estado. En estas reuniones se decidían los valores que primaran en los juegos, las reglas, los roles de cada grupo representado, las formas de participación y cuestiones logísticas de traslado, alimentación y de mantenimiento de la salud física. Los *residentes participantes* en programas del Centro de Oficina y Comunicación de la institución se encargaban de transcribir estos acuerdos y las reglas de participación en cada deporte en un manual y de enviar toda comunicación y difusión. *Otros proyectos involucrados* correspondían al diseño y la implementación de la ceremonia inaugural y de clausura de los juegos y a la generación y obtención de recursos necesarios.

Cada año se incrementó el número de participantes profesionales y otros funcionarios del hospital, de la comunidad y de los familiares. El Departamento de Salud Mental de Massachusetts reconoció públicamente este evento como uno de “empoderamiento de los funcionarios, familias y usuarios”, dando su apoyo concreto en aspectos logísticos importantes. La alta satisfacción manifestada por los residentes y funcionarios dio pie a la organización de otros eventos de diferente tipo, entre ellos el Café de Navidad y la Fiesta del Verano, todos ellos con el mismo sello que el evento deportivo. *El clima ambiental* comenzó a cambiar desde el primer encuentro deportivo y se potenció con su continuidad y con la implementación de los otros eventos anuales, repercutiendo positivamente en el trabajo en equipo centrado en los residentes, en la apertura de oportunidades de trabajo voluntario para los residentes en diversos servicios del hospital como etapa previa a un empleo apoyado y en incrementar el intercambio con programas comunitarios locales, aspectos que facilitaron la fluidez del proceso de integración progresiva de los residentes a sus vidas ocupacionales en la comunidad.

Las instituciones de larga estancia incluyen a aquellas que prestan servicios a personas que requieren de tratamiento y rehabilitación a largo plazo por presentar problemas neurológicos serios causados generalmente por accidentes vasculares o accidentes fortuitos o que presentan una variedad de enfermedades inmunológicas de difícil manejo. En este tipo de instituciones, el desarrollo de programas guiados por el MOHO también ha sido exitoso. Los programas en estos contextos se han centrado en la facilitación de la reconstrucción de una vida en progreso, integrando el MOHO con otros modelos conceptuales de la práctica de terapia ocupacional de acuerdo a necesidades críticas de la capacidad de desempeño cognitiva y física. En estos contextos se han generado programas de integración progresiva a los lugares de participación productiva, personales y de diversión.

Una terapeuta ocupacional estadounidense del Hospital Clínico de la Universidad de Illinois en Chicago desarrolló un Programa de Terapia Ocupacional para personas adultas con daños neurológicos en el que articuló oportunidades ocupacionales diversas que facilitarían la participación de las personas en distintos roles significativos como parte de su proceso de integración progresiva a su vida ocupacional. Uno de ellos era el rol de trabajador voluntario del hospital como etapa inicial de la integración laboral. Las personas con estos objetivos realizaban su labor en distintas tareas de interés y utilidad tales como la confección de juguetes o cojines suaves para uso de los niños del hospital, tareas de reparación o servicios o trabajos administrativos diversos. En forma paralela al programa de integración al trabajo se ofrecía uno de *exploración y participación* en el tiempo libre que constaba de la planificación conjunta de salidas a diferentes lugares de distracción escogidos por los residentes, donde se compartían intereses comunes. Dentro del contexto de participación se realizaba la evaluación del impacto que las dimensiones de las tareas, espacios, objetos y grupos sociales tenían en

su desempeño ocupacional, considerando ser experiencias iniciales en tareas y contextos conocidos pero con una capacidad de desempeño distinta. Durante su participación, las personas exploraban y aprendían nuevas formas de desempeñarse en las actividades escogidas. Una instancia importante del programa consistía en un *grupo de ayuda mutua* de planificación conjunta de iniciativas, de reafirmación de logros de cada uno de los participantes y de resolución de problemas encontrados en la reintegración progresiva a la comunidad, tales como barreras arquitectónicas y sociales. La terapeuta otorgaba un espacio para la *orientación individual*, para la coordinación con otros profesionales que formaban parte del equipo y para orientar o educar a familiares interesados. Linda, con el uso del MOHO, logró priorizar las funciones del rol del terapeuta ocupacional en este contexto, basándose en las necesidades y potenciales ocupacionales de estas personas que enfrentaban por primera vez un cambio catastrófico en sus vidas (Olson y Kielhofner, 1998).

### 13.4. Centros comunitarios

Existen diversas experiencias desarrolladas en base al MOHO que han sido de importancia en el proceso de integración de las personas de distintas edades que viven diferentes disyuntivas ocupacionales, ya sea experimentando cambios incrementales, transformacionales o catastróficos. Algunos ejemplos incluyen *Reencuentros y Senderos* en Chile (Braveman; Kielhofner; Bélanger; De las Heras y Llerena, 2004; Kielhofner, 2006, 2009), *Rumbos* en Argentina (Polleti, 2010), *Opciones de Empleo* en Estados Unidos (Braveman, Kielhofner, Bélanger, De las Heras y Llerena, 2004; Braveman, Kielhofner, Bélanger, 2011) y Centro de Desarrollo Infantil *Uutchi* en España. Otras iniciativas se han desarrollado en diferentes contextos privados, en centros del adulto mayor, centros de salud familiar y centros comunitarios de salud mental pertenecientes a las redes de salud pública y a municipalidades o ayuntamientos en España y otros países de América del Sur.

Los centros comunitarios son contextos que permiten trabajar a largo plazo con las personas y colectivos, por lo que se pueden integrar todo tipo de intervenciones descritas en este libro, considerando un proceso de evaluación comprensivo, la implementación de programas colectivos e individuales dentro del centro y en contextos ocupacionales comunitarios, la implementación del proceso de remotivación según necesidad, la asesoría individual o grupal, educación comunitaria participativa formal o informal, orientación, educación y apoyo de la familia, intervención directa en contextos ocupacionales significativos durante el proceso de integración, implementación de programas específicos de integración a roles valorados, educación formal e informal a otros profesionales y personal, coordinación e integración de programas con los de otras redes comunitarias, educación y negociación con entidades políticas y generación de oportunidades equitativas de participación en contextos ocupacionales de diverso tipo (véase [capítulo 14](#)).

### 13.5. Intervención comunitaria

En los capítulos de este libro, específicamente en el 8, 9 y 10, se han ejemplificado algunas de las iniciativas de intervención comunitaria que se han llevado a cabo en países hispanos, y que han apoyado la conceptualización de la intervención comunitaria con distintas poblaciones. Otras se relatan en la primera y segunda ediciones del libro *Terapia Ocupacional sin Fronteras* (Kronenberg *et al.*, 2005, 2011).

El rol del terapeuta que trabaja en intervención comunitaria se puede entrelazar con el rol del terapeuta ocupacional que trabaja en centros comunitarios que utilizan el MOHO. En intervención comunitaria se llevan a cabo la evaluación de necesidades ocupacionales de los colectivos diversos dentro de sus contextos de participación, la gestión conjunta de *proyectos colectivos de vida* tales como microemprendimientos, proyectos de trabajo por oportunidades de participación ocupacional equitativas, proyectos de educación comunitaria con grupos sociales diversos, proyectos de exploración y expansión de redes sociales; implementación conjunta de *grupos educativos participativos*, implementación conjunta de *grupos de ayuda mutua*, desarrollo de programas en ambientes ocupacionales comunitarios (véase [capítulo 10](#)), negociación conjunta con organizaciones diversas y con entidades políticas y legales. Las intervenciones del MOHO se seleccionan de acuerdo a necesidades particulares de cada colectivo y persona.

# 14

## *Ejemplos de programas en Hispanoamérica*

### **14.1. Centro comunitario de rehabilitación física (Lérida, España)**

Este centro comunitario de rehabilitación física abrió sus puertas el año 2008 con la intención de ofrecer una atención integral y personalizada para las personas con discapacidad física, con el objetivo último de mejorar su calidad de vida. El equipo de profesionales del centro desarrollaba un programa de atención individual que se ajustaba a las capacidades y al equilibrio emocional de cada persona. A través de un programa de actividades que se ajustaba a sus intereses, se pretendía incrementar sus capacidades. Si bien el planteamiento de los objetivos del centro parecía tener en cuenta abordar integralmente a las personas, la atención que se les ofrecía aún estaba muy enfocada al desarrollo de capacidades con enfoques remediales, en lo que se obtenían logros alejados de una participación ocupacional. Esto, por no tener suficientemente en cuenta las necesidades ocupacionales de los usuarios del centro y tampoco los fundamentos teóricos para realizar una evaluación e intervención al respecto. Que el centro estuviera en su fase inicial cuando María Pastells Massiá, terapeuta ocupacional, comenzó a trabajar en este lugar y el objetivo y modelo de atención que el directorio perseguía favorecieron la introducción del MOHO.

La terapeuta decidió desarrollar el enfoque de la terapia ocupacional sobre la base del MOHO en el programa global del centro porque le “brindaba los conceptos, las herramientas, las estrategias y los procedimientos para diseñar el contenido de los servicios del programa. El MOHO, además, especificaba los mecanismos de acción necesarios para manejar los problemas y desafíos ocupacionales del grupo”. A través de los conceptos y herramientas del MOHO, María pudo conceptualizar las necesidades ocupacionales de las personas y procedimientos y estrategias de intervención para lograr cambios que tenían un alto significado para ellas. En conjunto con el MOHO María consideró importante utilizar el modelo de control motor, que proporcionaba lineamientos y una guía suficiente para abordar el control de movimientos y posturas que interferían durante el desempeño ocupacional de personas con daños neurológicos importantes.

María *evaluó las necesidades ocupacionales* del grupo de usuarios del centro utilizando como métodos la observación, la observación participante, las conversaciones informales y los instrumentos de evaluación del MOHO, específicamente el MOHOST, el VQ y la OPHI-II. Las personas que ingresan en este centro se encuentran en edad laboral (entre 16 a 65 años), no están trabajando y disponen de un reconocimiento legal de discapacidad. Existe una gran heterogeneidad entre los usuarios del centro en cuanto a la diversidad de sus daños neurológicos (desde daño cerebral a enfermedades neurodegenerativas), lo que conlleva que cada uno de ellos presente capacidades cognitivas, comunicativas, físicas y emocionales distintas. Su diversidad también se refleja en sus distintas culturas, condiciones socioeconómicas, edad y antecedentes educativos y laborales. La mayoría de ellos llevan *años de evolución de su enfermedad e inactividad*, tiempo en que nadie tuvo en cuenta sus necesidades ocupacionales por la falta de profesionales expertos en este ámbito. El proceso de rehabilitación en la mayoría de usuarios se centraba en el desarrollo de capacidades y en el entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria, por lo que cuando eran dados de alta, *la mayoría no lograba una participación ocupacional satisfactoria*. Las personas presentaban aspectos ocupacionales personales en estado crítico.

Los *problemas volitivos* de las personas del grupo surgieron a partir de sus experiencias traumáticas o de sus síntomas debilitantes en caso de presentar una enfermedad neurodegenerativa, sin embargo, otros factores también impactaron negativamente en su volición. Desde entonces muchos de ellos comparaban sus capacidades actuales con las previas o con las de otros y no eran capaces de reconocer las propias. Su rol principal era el de *enfermo*. Existía sobreprotección por parte de sus familiares en muchos de ellos, por lo que independientemente de sus capacidades, habían perdido el control de sus vidas. La mayoría no tuvo oportunidades para participar en ocupaciones significativas, debiendo asistir a programas donde debían cumplir con imposiciones o exigencias de réplicas de comportamiento sin permitir la exploración, el desarrollo de posturas propias ni la posibilidad de tomar decisiones. En su hogar habitualmente participaban en actividades que no les entregaban sentido de placer. Solo algunas personas eran capaces de identificar intereses presentes que concordaran con sus capacidades.

La mayoría de los miembros del grupo había experimentado una pérdida de roles que no habían retomado y participaban en los roles de enfermo o discapacitado, de usuario y de familiar dependiente, respondiendo pasivos a las expectativas de sus familias. Su rutina era estructurada por terceros, aunque presentaran niveles altos de funcionalidad. Su *capacidad de desempeño* mostraba problemas en capacidades diversas que impactaban negativamente en la eficacia de sus habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción. Una realidad que muchos de ellos compartían era *haber permanecido inactivos* por tiempo prolongado, lo que empeoró aún más su desempeño ocupacional. Muchos de ellos presentaban un bajo estado de ánimo debido al alto esfuerzo requerido para el desarrollo de capacidades que no tenían sentido por no estar relacionadas con sus valores y objetivos personales.

Los *contextos ambientales* con que principalmente interactuaban eran su hogar y el centro. Las familias, en su mayoría, tenían un gran interés por aprender y ayudar, sin embargo, muchas restringían la participación ocupacional de sus familiares debido a encontrarse *desbordadas por la situación*. Los recursos del centro eran suficientes para proporcionar oportunidades de participación en formas ocupacionales significativas y de interactuar con la comunidad. El centro les proporcionaba una oportunidad de sentirse acogidos y una rutina diaria. El estigma de los grupos sociales comunitarios interfería sustancialmente con sus posibilidades de participación. A este grupo de personas se les “ha puesto una etiqueta que ellos mismos muchas veces se creen”.

*El diseño y la implementación del programa* comenzó desde que María conceptualizó las necesidades ocupacionales, identificando procedimientos y estrategias de intervención necesarios en beneficio de las personas del grupo. El cambio de enfoque de la terapia ocupacional se debió realizar paulatinamente, respetando a otros profesionales y sus teorías y enfoques, y al mismo tiempo, asesorando sobre la información recogida y sobre el abordaje del MOHO con ellos y el resto de sus compañeros de trabajo.

En cuanto al sistema de trabajo en equipo, este correspondía a *un equipo interdisciplinario* en el que cada profesional cumplía con sus evaluaciones informando los resultados y propuestas y búsqueda de intervenciones con el resto. El sistema de evaluación que se propuso María desde la terapia ocupacional incluía una evaluación inicial del perfil ocupacional de las personas utilizando el MOHOST y una evaluación específica según las fortalezas y debilidades arrojadas en este instrumento. Se incorporaron entrevistas informales con la personas del grupo y con sus familiares. Los instrumentos de evaluación para la evaluación en profundidad incluían la administración de la OPHI-II con la persona o con la familia como guía y el VQ. La ACIS, la AMPS y las autoevaluaciones eran escogidas cuidadosamente según su relevancia a la situación ocupacional de las personas.

El *proceso de intervención* requirió de realizar muchos cambios en el programa existente. Al momento de la evaluación de necesidades el programa estaba organizado en una serie de talleres grupales e intervenciones individuales, según los objetivos planteados por el equipo. Las personas *eran ubicadas* en talleres según sus capacidades cognitivas. Desde el nuevo enfoque de la terapia ocupacional, se necesitaba un cambio en el *criterio de agrupación de personas*, donde los grupos se formaran según la relevancia que tuviera cada taller para cada persona. Las instancias ocupacionales del centro (talleres) requerían ofrecer *alternativas diferentes de participación* según las distintas dimensiones del hacer que cada persona era capaz de ensamblar, dando la oportunidad de participación significativa a todos ellos. Esto implicó por una parte realizar un análisis y evaluar los distintos talleres, y por otra, *planificar nuevamente los objetivos e intervenciones* de cada uno de los miembros del grupo modificándolos en función de sus necesidades ocupacionales. Era necesario además generar una dinámica normalizada en cada instancia ocupacional y en el programa global.

Los límites de tiempo de participación en estas instancias eran rígidos, por lo que

generar la *flexibilidad* de estos adaptando estrategias e intervenciones en forma transversal era crucial para facilitar la participación satisfactoria y su continuidad. Esto requirió generar *una mayor comunicación entre profesionales*. Las instancias ocupacionales debían ser planificadas y evaluadas por los participantes en conjunto con los profesionales. La necesidad de *facilitar la participación activa* de las personas en el proceso de cambio y en la planificación e implementación de proyectos ocupacionales relevantes era evidente.

Los *procedimientos de intervención* que formaban parte del nuevo enfoque de la terapia ocupacional en este programa consideraban todo tipo de intervención del MOHO y el proceso de remotivación. Integrar las contribuciones del MOHO con las de otros profesionales del centro requirió de un *proceso de negociación*, en el que el equipo necesitó explorar, conocer y sentirse cómodo con las proposiciones para poder apoyar el nuevo enfoque de terapia ocupacional. Las primeras negociaciones fueron realizadas con la dirección del centro y posteriormente con el resto de los miembros del equipo que confiaron y creyeron en el cambio al darse cuenta de la importancia de poder evaluar e intervenir en base a las necesidades ocupacionales expresando que “brindaba sentido y riqueza a las intervenciones que solían realizar”. Actualmente los profesionales están familiarizados con los conceptos del MOHO.

Desde la implementación del programa en el año 2011 se han producido *cambios muy positivos en el funcionamiento del centro*. Actualmente el programa está planificado en función de las necesidades ocupacionales de los usuarios, por tanto, la configuración de los grupos ha cambiado. Las instancias ocupacionales proveen de alternativas diferentes de participación en distintas dimensiones del hacer y las intervenciones son transversales a todo el grupo, flexibilizándose según necesidad. Un factor muy positivo ha sido la evolución que ha tenido la *comunicación entre los profesionales*, ya que actualmente la búsqueda de alternativas e intervenciones se realiza en conjunto y muchas de ellas se llevan a cabo por todos los profesionales. Muchos de los talleres se han convertido en *proyectos grupales significativos*, con finalidades claras y acordadas, por lo que cada una de las personas participa en ellos según la etapa de cambio en la que se encuentra. Las personas han comenzado a experimentar roles ocupacionales significativos y a participar más activamente en su proceso de cambio. El cambio *clave que facilitó el resto en forma propicia* se produjo en los miembros directivos del centro, quienes después de ver resultados plantearon explícitamente cambiar el enfoque del programa, pidiendo a los profesionales nuevos planteamientos de intervención que priorizaran las motivaciones de los usuarios sobre el desarrollo de capacidades aisladas.

Era trabajo de todo el equipo y del centro demostrar y negociar el trabajo y la importancia de la participación de todas las figuras profesionales y no profesionales. Esto significó un desafío para María, quien con la práctica y la experiencia refiere haber aprendido a manejar sus responsabilidades, priorizando y escogiendo los métodos de evaluación e intervenciones críticas y adaptándolas en su administración de acuerdo a su tiempo disponible. En relación con esto, para lograr haber implementado las intervenciones basadas en el MOHO, la *educación participativa* con los profesionales,

los auxiliares y familiares desempeñó un papel primordial, repercutiendo en la *conformación de un equipo de trabajo más extenso y centrado en objetivos ocupacionales* de este grupo de personas. El enfoque de la terapia ocupacional cambió por completo y favoreció la construcción de un enfoque global y consistente de este centro comunitario.

#### **14.2. Programa de terapia ocupacional en un centro comunitario de salud mental (Santiago de Chile)**

Este programa surge durante en el año 2014 para mejorar la práctica clínico comunitaria desarrollada en el Programa Psiquiatría Comunitaria Área Adulto de un Centro de Salud Mental Comunitario, poniendo especial énfasis en las necesidades de las personas y en desarrollar intervenciones eficaces y acordes a su proceso de vida actual.

El Programa de COSAM para adultos cuenta con un equipo de tres psicólogos, un trabajador social, un técnico en rehabilitación, psiquiatras, un terapeuta ocupacional a media jornada y una estudiante en práctica de la misma disciplina. Se rige por las Normas y Orientaciones Técnicas en Salud Mental establecidas por el Ministerio de Salud (MINSAL) de acuerdo al tipo y nivel de la patología psiquiátrica. El rol del terapeuta ocupacional se encuentra inmerso en este contexto médico y presta atención profesional a personas con patologías en nivel moderado a severo, que incluyen trastorno ansioso, esquizofrenia, trastorno bipolar, demencias y deterioros orgánicos, personas víctimas de violencia intrafamiliar, trastorno de personalidad. María José Acevedo Barrera, terapeuta ocupacional de este centro, estimó conveniente evaluar el programa de terapia ocupacional en función de las necesidades ocupacionales de sus participantes y de acuerdo a sus resultados *rediseñar un nuevo programa* que abordara estas necesidades “reales”.

Para ello María José decide en primera instancia realizar una *jornada interactiva junto con el equipo profesional*, donde propone utilizar el MOHO como base para dicha evaluación. Para ello explicó con argumentos sólidos y ejemplos de casos la naturaleza integradora del MOHO, sus principios y los procesos de evaluación e intervención. En *forma paralela* realiza una evaluación en conjunto con cada usuario a través de entrevistas informales relevantes a su historia de vida ocupacional contemplando todos los factores personales y ambientales de sus contextos relevantes en su participación, incluyendo el contexto del COSAM y de la comunidad. Como otros métodos no estructurados utilizó las entrevistas informales a profesionales del programa, la observación participante, la revisión de expedientes clínicos de los usuarios y documentos relacionados con el programa de tratamiento llevado a cabo. La terapeuta también utilizó métodos estructurados del MOHO seleccionando la OPHI-II, el MOHOST, el VQ, la ACIS, el Listado de Intereses y la OSA debido a que permitían identificar información valiosa en este grupo de personas detallando las fortalezas y limitaciones y oportunidades

y restricciones de sus ambientes relevantes en conjunto con permitir evaluar resultados en el tiempo.

Basándose en el análisis de la información recogida, María José pudo concluir que la mayoría de los usuarios presentaban una *baja causalidad personal*. Estas personas, una vez compensadas de sus síntomas, podían, *con apoyo sustancial*, reconocer sus fortalezas y potenciales y demostrar interés por reintegrarse socialmente y retomar roles o actividades significativas. Las personas asignaban una gran importancia al esfuerzo y compromiso de generar cambios en relación con su participación social, productiva y familiar, aspecto que los incentivaba a continuar con su tratamiento médico. En su mayoría no presentaban metas ni proyectos personales, debido a que en su historia las ocupaciones que realizaban habían sido determinadas por otras personas, asumiendo el *rol de enfermo* que respondía al estigma que sus familias o vecinos les imponían, produciéndose en ellos un bajo sentido de capacidad y eficacia manifestado por subestimar sus habilidades y no reconocer sus capacidades, necesitando la validación constante de terceros en cada tarea que desempeñaban. Debido a este bajo sentido de eficacia sus valores asignados al esfuerzo y compromiso con su tratamiento no eran suficientes para tomar iniciativa y priorizar *el hacer* de actividades que reconocían ser beneficiosas para ellos optando por aquellas que eran conocidas y parte del núcleo familiar.

El *ambiente del hogar y de la familia* de la mayoría del grupo no ofrecía suficientes oportunidades de participación significativa debido a las bajas expectativas de desempeño que tenían de los usuarios, sobre todo de aquellas mujeres que eran madres y amas de casa, restringiendo notablemente su participación ocupacional. El ambiente físico y social del centro les ofrecía oportunidades de participación en algunas tareas relevantes, limitándose por los pocos recursos económicos y objetos disponibles. La comunidad *no ofrecía oportunidades* de participación en roles productivos a las personas con discapacidad.

El programa de terapia ocupacional, si bien presentaba objetivos y actividades que se relacionan con las necesidades de los usuarios, abordaba a las personas desde un enfoque reduccionista dentro de un contexto de consulta, lo que limitaba la vivencia de las experiencias y el aprendizaje en ambientes ocupacionales propios, restringiendo el cambio en su proceso de participación ocupacional. María José decide entonces rediseñar el programa basándose en el MOHO implementando un programa de integración comunitaria.

*El programa de integración comunitaria* busca que las personas retomen sus roles y actividades significativas y exploren otras nuevas en el contexto cotidiano dentro de un proceso gradual en el tiempo, facilitando el equilibrio de demandas ambientales de acuerdo a sus habilidades y estado volitivo. *Los procesos de evaluación e intervención* de terapia ocupacional responden a las necesidades ocupacionales de personas en riesgo de presentar problemas de adaptación ocupacional y de personas con problemas de adaptación ocupacional debido a discapacidad. En el proceso de evaluación se utilizan los métodos no estructurados y estructurados de acuerdo a la necesidad de cada persona,

completándose las 4 etapas de evaluación especificadas en este libro. El proceso gradual de integración comunitaria de este programa comprende las etapas de exploración, de competencia y logro.

La *etapa de exploración* tiene como objetivo favorecer la experimentación de su participación en ocupaciones significativas, en contextos del hogar y COSAM, favoreciendo el desarrollo volitivo necesario para el planteamiento de metas y proyectos personales. El objetivo de la *etapa de competencia* es el aprendizaje del desempeño de roles significativos facilitando la integración progresiva a la comunidad a través de la participación en contextos relevantes para la persona para un posterior análisis respecto del impacto ambiental y la exploración y aplicación de estrategias en la participación en tareas y actividades de los roles específicos y el aprendizaje de habilidades críticas relacionadas. La intervención se realiza en los contextos del hogar, del COSAM y en contextos ocupacionales de redes comunitarias. Finalmente, la *etapa de logro* tiene como objetivo la internalización de los roles significativos desempeñados durante el proceso, facilitando la integración de estos a la rutina personal a través de apoyar su práctica frecuente en los contextos comunitarios significativos de la persona.

Para el logro de los objetivos en las distintas etapas se realizan intervenciones basadas en el MOHO respetando el plan individual de cada una de las personas que se basa en su estado de cambio y su situación ocupacional única y que se revisa periódicamente en conjunto con el resto del equipo (véase [cuadro 14.1](#) en la página siguiente).

*Cuadro 14.1. COSAM: intervenciones basadas en el MOHO*

Asesoría individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de habilidades, intereses, configuración de metas y proyectos ocupacionales personales y estrategias para enfrentar demandas ambientales acordes a las habilidades. Negociación de estrategias de cambio en diferentes contextos.</li> </ul>
Participación en instancias ocupacionales a elección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en ocupaciones de interés en el hogar y las distintas redes comunitarias de elección.</li> <li>• Participación en proyectos colectivos y personales o participación exploratoria en COSAM, por ejemplo:</li> <li>• Elaboración de productos hechos a mano y la organización colectiva de ferias durante el año para su venta.</li> </ul>

- Club de Amigos “AMICOSAM”. Proyecto colectivo consistente en reuniones semanales de planificación y participación en actividades de tiempo libre y actividades culturales. Se facilita la ayuda mutua, la autogestión y la participación en roles de amigo, vecino y voluntario.
- “Nosotras”. Proyecto de ayuda mutua generado por mujeres del centro. Reuniones frecuentes donde comparten problemas personales y familiares de su vida cotidiana, buscan apoyo y soluciones entre ellas y comparten sus conocimientos prácticos de elaboración de distintos productos caseros para la venta.

---

Orientación y educación familiar

- Información y retroalimentación de situación ocupacional del usuario.
- Acuerdos para facilitar la participación y apoyar a la persona para enfrentar las demandas ambientales.

---

Grupo educacional de ayuda mutua: Módulo Grupal de Integración Comunitaria.

- Reuniones semanales que apoyan los objetivos de integración progresiva a la comunidad y los objetivos individuales en las tres fases de integración.
- Exploración, elección y análisis de participación en contextos relevantes dentro de la comuna o en otras.
- Exploración y elección de estrategias para el desempeño ocupacional respondiendo al análisis de impacto ambiental.
- Resolución de problemas, toma de decisiones y apoyo mutuo.

---

Enseñanza directa de habilidades críticas

- En ambientes ocupacionales comunitarios.
- 

La *evaluación del programa* se lleva a cabo en base a la *reevaluación individual* de acuerdo a los objetivos personales planteados. Se suma a esto una reunión de

evaluación del programa con los *grupos participantes* en forma semestral o anual y la retroalimentación por parte de los *familiares* de manera privada y constante.

1. En la actualidad, después de un tiempo de trabajo con el equipo, María José ha expandido su rol profesional. Ya no concibe solamente la intervención con personas que presentan discapacidad psíquica, sino también la realizada con personas que presentan *inquietudes ocupacionales* y que no son portadoras de patología psiquiátrica.
2. Debido a que los usuarios que participan de un plan de intervención con la terapeuta ocupacional en conjunto con otro profesional han evolucionado en forma positiva, María José propuso un plan que permita *derivar oportunamente a las personas a terapia ocupacional*, realizando previa orientación y educación en el MOHO a los nuevos integrantes del equipo profesional. En la actualidad una psicóloga, un trabajador social y un técnico en rehabilitación trabajan en colaboración con María José en el programa desarrollado. Los psiquiatras y otros dos psicólogos realizan su trabajo en paralelo y en coordinación con la terapeuta, solicitando frecuentemente su intervención y apoyo cuando requieren mejorar sus intervenciones.
3. Las familias han mostrado que *una vez que se les escucha, educa y comprenden la situación ocupacional* de sus familiares, favorecen de diversas formas el tratamiento psiquiátrico y proceso de rehabilitación. En aquellos casos que no existen familiares o personas significativas se intenta integrar a la facilitación de la intervención a agentes comunitarios desde las redes de participación sociosanitarias para favorecer y dar continuidad a la intervención o cuidados.
4. Los cambios observados en los usuarios son el *fortalecimiento de su volición, organización de su rutina y desempeño de roles en contextos significativos*, que han impactado positivamente en su estado de salud y en su iniciativa de buscar en forma autónoma nuevos desafíos en su participación. Actualmente logran priorizar sus problemáticas ocupacionales brindando especial relevancia a la intervención desde terapia ocupacional.

### **14.3. Un lugar para el desarrollo de los niños y sus familias: Uutchi Desarrollo Infantil (País Vasco, España)**

Judith Abelenda, terapeuta ocupacional, al hablar con muchos padres y madres sobre los resultados del trabajo compartido en su trabajo con niños con dificultades en su participación ocupacional, comenzó a notar que ellos sentían que las mayores transformaciones a lo largo del proceso terapéutico las habían experimentado ellos mismos. Algunos le decían: “El cambio más grande este año ha sido el mío”, o “He

aprendido a relacionarme con mi niño de manera diferente”. Algunas familias pueden poner palabras a esta experiencia transformadora e incluso reconocer gratitud hacia sus niños por haberles permitido descubrir aspectos suyos que no conocían. Otras familias no lo expresan con esta claridad, pero Judith los ve “día a día transformarse ante sus ojos”.

Sus observaciones la llevaron a confirmar que “parafraseando a Winnicott (1960, p. 587), *no existe cosa tal como un niño*”. No es posible trabajar con un niño sin tener en cuenta a su familia y el resto del entorno en el que participa día a día. Por eso creó Uutchi Desarrollo Infantil como un centro para el desarrollo de los niños y sus familias. Un espacio donde la familia completa pueda aprender a conocerse mejor para lograr una participación ocupacional más efectiva y satisfactoria de sus miembros.

Uutchi es un centro privado, al cual las familias llegan por recomendación de conocidos o familiares, por conexiones en la comunidad y ocasionalmente por recomendación de los colegios a los que asisten los niños. En general se trata de familias con niños que tienen algún tipo de dificultades del desarrollo con diagnósticos como autismo, retraso evolutivo, síndromes genéticos, entre otros. Algunos niños no tienen diagnóstico alguno, pero sus padres han identificado dificultades en su participación ocupacional. El objetivo de Uutchi es apoyar a las familias y a sus niños para que desarrollen las capacidades y habilidades necesarias para una participación ocupacional plena y satisfactoria en los ambientes del hogar, el colegio y la comunidad.

En Uutchi se ofrece la posibilidad de trabajar con niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. En la actualidad, sin embargo, la mayoría de los niños que asisten comienzan alrededor de los tres años de edad y tienen hasta 11 años. Los niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) y con otras alteraciones del desarrollo suelen llegar a Uutchi alrededor de los tres años de edad, cuando se terminan los servicios públicos de atención temprana. Otros niños sin diagnósticos médicos claros suelen llegar alrededor de los cinco o seis años cuando las demandas del ámbito escolar o social en la comunidad aumentan y no tienen recursos para hacerles frente.

En su trabajo Judith combina tres modelos: DIR<sup>®</sup> DIRFloortime<sup>®</sup> (S. Greenspan y Wieder, 2008; Hierro y Abelenda, 2012), integración sensorial de Ayres (ASI<sup>®</sup>) (J. Ayres, 2008) y el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 2011). El primero es un modelo interdisciplinar que se ocupa de promover las capacidades funcionales del desarrollo social/emocional en el contexto de interacciones naturales y juguetonas a lo largo del día entre el niño y sus cuidadores y en el contexto terapéutico. El cuidador responde a los intereses del niño sin intentar controlar o dominar la interacción. Este abordaje facilita el desarrollo de la conexión y la confianza, la creatividad y la flexibilidad en el juego, así como cadenas de interacciones cada vez más largas y complejas.

El segundo, integración sensorial, es un abordaje que facilita que el niño procese e integre la información de su cuerpo y del ambiente permitiendo una participación más efectiva y eficiente en las ocupaciones diarias. La intervención, individualizada e individual, requiere la participación activa en actividades ricas en sensaciones en el contexto del juego, así como sugerencias para modificaciones del ambiente del hogar y del aula si fuera necesario. Según este modelo se espera que mediante la intervención el

niño logre tolerar, disfrutar y procesar las sensaciones de manera más consistente para sentirse más cómodo en su cuerpo y en el ambiente y aprender a resolver problemas que van surgiendo.

Estos dos modelos tienen en común que ofrecen intervenciones diseñadas a la medida de las necesidades del niño de manera individual, y que siguen el liderazgo del niño (S. Greenspan y Wieder, 2008; Parham *et al.*, 2011). Ambos comparten la creencia de que, si se le ofrece la oportunidad, el niño tiene la capacidad de alcanzar su máximo potencial y buscar lo mejor para sí (A. J. Ayres, 1973; Stanley Greenspan, 2001). Ambos, además, creen en la importancia de la alianza terapéutica para que el niño se atreva a tomar riesgos y probar cosas nuevas (Bundy y Koomar, 2002; Stanley Greenspan, 2001). Los dos modelos confían en el poder del juego en las interacciones para facilitar la conexión y organizar el comportamiento (Bundy, 2002; S. Greenspan y Wieder, 2008; Mailloux y Burke, 2008). Finalmente, ambos comparten el conocimiento que la actividad autodirigida tiene el potencial de crear nuevas conexiones en el cerebro del niño (CBC News, 2012; James y Swain, 2010; Lane y Schaaf, 2010). Debido a estos principios que comparten, son dos modelos altamente compatibles que pueden combinarse en una misma sesión de terapia ocupacional.

El modelo que enmarca el trabajo de Judith en estos dos, es el MOHO (Kielhofner, 2011) el cual también es altamente compatible con ellos. De este modelo, las herramientas más útiles en el trabajo de Judith han sido el conocimiento profundo que ofrecen los indicadores de la volición infantil (Basu, Kafkes, Geist, y Kielhofner, 2002) y las estrategias específicas de intervención que ofrece el proceso de remotivación (De las Heras *et al.*, 2003). “Los indicadores no solo me permiten saber en qué estado volitivo y momento del proceso volitivo se encuentran los niños y decidir si es apropiado o no plantearle más retos o si es necesario mantenernos en la exploración y el disfrute, sino que también me permite compartir con las familias esas observaciones, permitiéndoles conocer mejor a su niño”.

Muchos de los niños con los que esta terapeuta trabaja son niños pequeños con dificultades para relacionarse y comunicarse. En esas situaciones es vital el *trabajo en equipo con la familia*. Siguiendo las pautas del modelo DIR<sup>®</sup> DIRFloortime<sup>®</sup>, coincidentes con las del MOHO, la familia tiene un rol activo en las sesiones. Siempre que sea apropiado a las necesidades del niño y a la voluntad de la familia, Judith realiza su trabajo “a través de” la familia. Utilizando estrategias de instrucción directa (enseñanza directa de habilidades en contexto de participación), guía a los padres en sus interacciones con los niños para que ellos descubran y aprendan la manera de interactuar que les permite ayudar a sus hijos a estar regulados, conectados, interactivos y pensantes.

Un componente importante del programa es el *tejido de redes con los contextos ocupacionales comunitarios* en los que participan los niños, sobre todo los colegios. Facilitar en estos ambientes la comprensión de las razones subyacentes a las necesidades de participación del niño es un paso importante hacia la integración y la inclusión. El MOHO y especialmente los resultados obtenidos mediante el PVQ ofrecen una guía clara

para compartir información con los educadores sobre el desarrollo de la volición del niño y sobre formas de considerar y facilitar este aspecto como parte del desempeño del niño en el contexto escolar, a pesar de que sus iguales o su edad cronológica indicaran otras prácticas. Por otra parte, las estrategias específicas que el MOHO y la profesión de terapia ocupacional ofrecen para mejorar la participación en el contexto escolar son contribuciones importantes.

El proceso de evaluación e intervención fluye desde que las familias llegan a Uutchi. Judith realiza una entrevista inicial para conocer sus preocupaciones y hacerse una idea de las necesidades de participación del niño y la familia. A partir de ello realiza una evaluación que consta de un historial ocupacional, y según las necesidades del niño, selecciona evaluaciones específicas de integración sensorial, del desarrollo social-emocional, y de motricidad fina. Durante la administración de estas pruebas y durante observaciones en el juego libre utiliza el PVQ para conceptualizar las observaciones de la volición del niño.

Después de identificar las necesidades ocupacionales del niño y posibles dificultades subyacentes de la capacidad de desempeño, en conjunto con las familias establece objetivos de intervención. “¿Qué querrían ver cambiar en la vida de la familia en los próximos meses como resultado del trabajo compartido? El espíritu que impregna a la intervención es promover un *sentido de empoderamiento en las familias*”. A través de compartir información (educación participativa), de la participación activa de las familias en las sesiones y de entregar instrucción directa (enseñanza directa de habilidades en contexto de participación), Judith busca que las familias vivan la experiencia “que, parafraseando al Dr. Stanley Greenspan (1996), *aunque ellos no son la causa del problema, pueden ser la solución*, aprendiendo las estrategias necesarias para apoyar el desarrollo del niño. En este sentido, el proceso de remotivación (De las Heras *et al.*, 2003) “me ofrece estrategias específicas para apoyar el desarrollo volitivo tanto de los niños como de sus familias”.

El *ambiente de trabajo* consta de tres espacios diferentes. La sala de espera que es la transición entre el mundo de afuera y el mundo de Uutchi, es un espacio cómodo y cálido, donde los cuidadores pueden sentarse y hacer su propia transición hacia un espacio de diálogo y compartir. Hay juguetes, libros para niños y adultos, y una alfombra donde sentarse en el suelo. La sala grande tiene el equipo y materiales necesarios para el trabajo de integración sensorial, incluyendo equipo colgante para el trabajo vestibular, espacios donde trepar y materiales de estimulación táctil. Hay cojines donde tumbarse a pensar, reflexionar y conversar. Se disponen diversos objetos como muñecas y disfraces que promueven la *participación en actividades de juego simbólico*. Finalmente, una sala pequeña donde *facilitar el desempeño ocupacional* en tareas de alimentación, actividades significativas que requieran de motricidad fina, o participar en juegos de mesa de acuerdo a su edad.

*El uso del espacio es flexible y dinámico*, respondiendo en cada momento a las necesidades del niño y su familia. En ocasiones, Judith ha llevado a cabo sesiones completas en la sala de espera. Ilustra esta situación un ejemplo en el cual los padres de

M, de cuatro años de edad, llegaron a la consulta visiblemente abrumados por dificultades para manejar las frecuentes pataletas que el niño estaba teniendo en esos días. “Me resultó claro al verlos entrar a la sala de espera que eran ellos quienes necesitaban apoyo en ese día, ya que estaban entrando en una situación en la que estaban perdiendo el sentido de competencia como padres, y volcaban la frustración y el enfado en su hijo. La frustración y la sensación de ser incompetentes pone en riesgo la capacidad de los padres de ejercer su tarea eficazmente (De las Heras *et al.*, 2003). ¿Cómo facilitar que los padres aprendan a ayudar a sus hijos a regularse, en lugar de castigarlos por no saber hacerlo solo? Realicé esa sesión en la sala de espera, donde sentados cómodamente en el sofá con mamá, mientras M y su padre jugaban a trenes en la alfombra, para educar a los mayores sobre la importancia de “conectar antes de redirigir” (Siegel y Bryson, 2012). Al finalizar el encuentro M, que no quería marcharse sin llevarse a casa un tren, iniciaba una de sus pataletas que prometía ser inmanejable, hecho que nos regaló una oportunidad de poner en práctica todo lo conversado, ofreciendo a su padres una experiencia que hasta ahora ha probado ser inolvidable, de cómo el conectar antes de redirigir funciona. El conocimiento de los indicadores volitivos en niños y en adultos junto con las intervenciones que ofrece el proceso de remotivación (De las Heras *et al.*, 2003) me ofrecen una guía constante a la hora de priorizar el foco de la intervención y la selección de los espacios utilizados”.

#### **14.4. Centro de día para el adulto mayor (Madrid, España)**

María Pulido Chinarro, terapeuta ocupacional, al igual que María Pastells y María José Acevedo, debió evaluar y rediseñar el programa que ofrecía este Centro de Día para adultos mayores, población en continuo crecimiento en España. Este programa ofrece un horario amplio de participación (de ocho de la mañana a seis de la tarde) en el que se organizan sus actividades en los horarios habituales de las mismas, lo que garantiza una dinámica normalizada de acuerdo a la cultura madrileña (horarios del desayuno, comida, merienda acostumbrados; actividades de ocio y tiempo libre en horarios de la tarde). Los espacios donde se desarrollan los programas de Terapia Ocupacional corresponden a salas comunes polivalentes dotadas de mesas, sillas y materiales diversos y significativos; el gimnasio, el patio o jardín interior, los lugares de aseo personal y vestuarios. Fuera del mismo se utilizan contextos ocupacionales como bibliotecas, centros culturales, transporte público, comercios, parques y jardines, centros deportivos municipales, cafeterías y colegios, entre otros.

Son 45 personas de una edad promedio de 80 años las que asisten al centro de manera ambulatoria. La mayoría de ellas son mujeres, que conservan sus habilidades de procesamiento y comunicación, con o sin alteraciones de memoria leve y algunas de ellas con alteración en su estado de ánimo. Residen de manera independiente en el mismo distrito de Madrid, en viviendas de su propiedad. Mantienen un nivel de dependencia

leve o moderada en actividades de la vida diaria. Presentan diferentes alteraciones en sus *habilidades motoras o situaciones sociales de riesgo por soledad y aislamiento* que les restringen su participación ocupacional satisfactoria. Algunos de los intereses que muestran la mayoría de los usuarios son la práctica de la religión, las actividades de tiempo libre como la música, el baile, el cine, las tertulias; la cocina, la costura, hacer punto y viajar. Muchos de los valores compartidos por todos ellos se relacionan con la importancia de la familia, la crianza de hijos y nietos, cuidado de mascotas o plantas, los oficios desempeñados a lo largo de su vida y ofrecer apoyo y compañía a otras personas. Presentan una *baja causalidad personal* manifestada en su anticipación de fracaso en el desempeño, en la percepción negativa acerca de sí mismos y sentimientos de ineffectividad, sentido de pérdida de control en sus vidas, prejuicios interiorizados (como la incapacidad para realizar nuevos aprendizajes, miedo a no satisfacer las demandas del entorno y expectativas sociales), ausencia de metas personales, dificultades en su capacidad de adaptación y ajuste a los cambios de vida que experimentan. La *pérdida del rol de trabajador* en estos adultos mayores les ha impactado negativamente en su satisfacción ocupacional y el estilo de vida actual, debiendo asumir roles de enfermo, persona dependiente y con frecuencia asumir el rol de cuidador principal. El deterioro de capacidades vivida en su ciclo vital les obliga a solicitar ayudas y depender de otras personas. En muchos de los casos el *entorno físico* supone una amenaza para ellos debido a las barreras arquitectónicas, ausencia de ascensores y sus posibles riesgos en su desempeño. Su *realidad social* se caracteriza por el aislamiento, viudedad, ausencia de redes sociales sólidas (amigos, vecinos, familiares disponibles), soledad, sobreprotección familiar, situaciones de desventaja social asociadas a prejuicios o estigma que restringen severamente su participación en la comunidad.

*El proceso de evaluación* de los adultos mayores del centro se realiza en diferentes momentos: al ingreso, de manera continua, de seguimiento rutinario (semestralmente) o tras eventos que puedan modificar su participación tales como ingresos hospitalarios, caídas, problemas familiares. La información se obtiene mediante entrevistas y observación participante, directamente con el usuario y con familiares o cuidadores principales y profesionales del centro. Los instrumentos del MOHO que se utilizan incluyen la OPHI-II, el Listado de Intereses Adaptado, el VQ y en situaciones específicas la AMPS. Junto a estos se utilizan instrumentos de evaluación pertinentes al desempeño en las actividades básicas e independientes de la vida diaria. “Los instrumentos de evaluación del MOHO son relevantes para las personas mayores debido a ofrecer valiosa información acerca de aspectos volitivos, de su historia de desempeño, habilidades e impacto ambiental. El conocimiento de su volición ha permitido ofrecer oportunidades de participación significativa tanto en el contexto del programa de día como en contextos comunitarios.”

*El proceso de intervención* persigue la promoción de su participación ocupacional satisfactoria y recuperación de algunas de sus capacidades. Dependiendo de las necesidades de la persona se facilita la práctica de habilidades en el desempeño de actividades y tareas en sus entornos significativos, favoreciendo de esta forma la

competencia en actividades cotidianas y su autonomía. La intervención se basa en facilitar la *participación en actividades significativas* en el centro y en la comunidad, que son acordadas con los participantes y son graduadas y adaptadas de acuerdo a sus necesidades favoreciendo así sentimientos de satisfacción con su desempeño. Son realizadas en grupo en los que el número de participantes varía dependiendo de las rutinas propias. El centro ofrece una *diversidad* de talleres (instancias ocupacionales) que promueven integralmente los aspectos personales ocupacionales y enfatizan en habilidades requeridas en distintos ámbitos de la vida ocupacional, integrándose en varios proyectos la participación conjunta con redes comunitarias. Paralelamente se llevan a cabo *programas de intervención individualizada* con los usuarios que requieren una atención específica en cuanto a su volición, capacidad de desempeño u organización de rutinas (véanse cuadros 14.2 y 14.3). En el programa se contempla la participación de los usuarios en el rol de *monitores de pares*.

Se realiza *educación participativa* con los profesionales, auxiliares de geriatría y la familia en cómo facilitar la motivación y la participación satisfactoria desde el enfoque del MOHO. Se implementan *programas educativos participativos* para personal referente a traslados, movilizaciones y utilización de equipamiento de apoyo. Con los auxiliares de geriatría, quienes pasan mucho tiempo trabajando directamente con los usuarios del centro, María ha aplicado el Listado de Intereses Adaptado dándoles a elegir, según sus intereses y valores, los talleres a involucrarse para facilitar la participación de los usuarios y asistirlos según necesidades de capacidad, observándose de gran utilidad la aplicación del Listado de Intereses para este propósito.

*Cuadro 14.2. Instancias ocupacionales del centro de día*

<i>Instancias que enfatizan desarrollo en o el reafirmación de habilidades.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller de arreglo personal: “Las apariencias no engañan”.</li> <li>• “Cocina rápida”, “Huerto ecológico”.</li> <li>• “Muévete por Madrid”, “Te muestro mi barrio”, “Descubre la ciudad”.</li> </ul>
<i>Instancias que enfatizan en la exploración y práctica actividades de culturales y de tiempo libre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Biblioteca”, “Arte y aficiones manuales”, elaboración de la revista “Biografías” “Jornadas Temáticas”, Teatro. Taller “Relatos y Poesía”.</li> <li>• Coro, juegos de mesa, juegos antiguos.</li> <li>• Celebración de fiestas señaladas (Carnaval, Navidad, Semana Santa, fiestas autonómicas y nacionales).</li> <li>• “Jornadas deportivas intercentros”, “Jornadas Gastronómicas”.</li> </ul>

Cuadro 14.3. Dos ejemplos de dinámica de instancias ocupacionales

<i>Instancia ocupacional</i>	<i>Dinámica</i>
<p>Biblioteca: Proyecto continuo de servicios bibliotecarios. <i>Objetivo:</i> otorgar disponibilidad a todos los usuarios de libros de distinta índole y beneficiarse del préstamo domiciliario facilitando su participación en la lectura, afición importante de los adultos mayores españoles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participan, junto a la terapeuta ocupacional, un grupo de usuarios voluntarios y personal del centro. La biblioteca está ubicada en estancias comunes de fácil acceso para los usuarios. Existen listados con los títulos de los libros en las salas polivalentes para que los usuarios puedan conocer los libros que existen. El servicio de préstamo se ofrece una vez por semana.</li> <li>• El personal del centro se encarga de recolectar libros donados por familiares y usuarios. Los usuarios del centro, junto a la terapeuta ocupacional, se encargan de restaurar los libros defectuosos, forrarlos, clasificarlos por temáticas y por autores, asignarles un número o signatura, elaborar listados con la relación de los títulos y signaturas, crear carnets para posibilitar el control del préstamo a los usuarios que quieran llevarse a casa los libros. Existe una comisión formada por dos usuarios del centro, quienes se ofrecen voluntariamente a llevar el control de la ubicación correcta de los libros en las estanterías, de la recogida y entrega de los libros de préstamo.</li> </ul>
<p>“Cocina rápida” Proyecto continuo de ayuda mutua. <i>Objetivo:</i> preparar y aprender de los otros a elaborar recetas sencillas de platos con productos naturales o que sean preparados en microondas (ensaladas, gazpacho, pinchos, raciones con embutidos, quesos, platos dulces, alimentos asados).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los usuarios interesados participan activamente del proceso. Muchos de ellos se han dedicado a la cocina a lo largo de su vida y aún siguen cocinando diariamente y en eventos familiares en sus domicilios. Dependiendo de su situación ocupacional, su participación varía. Las personas con mayores habilidades y mejor sentido de eficacia asumen mayores responsabilidades en el</li> </ul>

proceso de enseñanza y elaboración de los platos, mientras que las personas con mayores dificultades de desempeño y volición disminuida colaboran como ayudantes de cocina, en la propuesta y recolección de recetas, compra de alimentos y materiales y presentación de los platos que son degustados por los participantes y trabajadores del centro.

---

Después de tres años de haber comenzado a implementar el programa se ha observado en los adultos mayores una mejora significativa en su *sentido de eficacia*, lo que se expresa en su valoración personal y en su participación activa y colaboradora en las distintas instancias ocupacionales del centro. También han aumentado su participación en ocupaciones que desempeñan en el centro de día *en otros entornos cercanos* como su domicilio y comunidad de vecinos. Se involucran en actividades diversas del diario vivir y afrontan retos y actividades que suponen asumir nuevos riesgos y que antes evitaban realizar. Asumen mayor responsabilidad en contextos cercanos. Las personas han logrado mejorar o mantener el nivel de autonomía, lo que también ha influido en un mayor grado de satisfacción de los familiares al sentirse con menor sobrecarga física y emocional.

El interés de los adultos mayores por estar más tiempo en el Centro de Día también ha aumentado. Las personas que viven solas solicitan *aumentar su asistencia al Centro y a otros recursos comunitarios* todos los días de la semana, incluidos los fines de semana. También solicitan entrar lo más temprano posible por las mañana y permanecer allí el mayor tiempo durante el día. Su opinión personal expresada indica *su interés* por mejorar *la calidad de su desempeño de las actividades* en las que participan. Aumenta el número de *usuarios voluntarios* para dirigir talleres temáticos, para enseñar ocupaciones a otros usuarios del centro y para participar en salidas y actividades fuera del Centro de Día. Existe un mayor interés por participar en concursos y actividades competitivas entre usuarios del mismo centro y con usuarios de otros centros.

Otros profesionales del centro o de otras redes comunitarias *se acercan al TO con mayor frecuencia a solicitar información* sobre evaluaciones realizadas, participación ocupacional de los usuarios, modo en que se facilita la involucración en actividades. Estos expresan la valoración del trabajo de terapia ocupacional en las reuniones interprofesionales y en el trabajo diario. Resulta muy significativo el *cambio en una actitud* más colaborativa de algunos de los profesionales del centro a la hora de realizar sus funciones de apoyo y colaboración en los talleres ocupacionales. María cuenta en la actualidad con apoyo de 5 auxiliares de geriatría, dos auxiliares de ruta, dos conductores, trabajadores de mantenimiento del centro además de la participación de otra terapeuta ocupacional que trabaja media jornada como ella.

## 14.5. Rumbos: centro de integración comunitaria (Santa Fe, Argentina)

Ante la realidad de ausencia de instancias de rehabilitación para muchas personas que padecen enfermedades mentales y requieren de apoyos para reconstruir una vida ocupacional que ha sido quebrada por el impacto de la enfermedad y circunstancias ambientales, en la ciudad de Santa Fe, Lucía Poletti, terapeuta ocupacional y directora de Rumbos, decide generar una iniciativa inexistente en Argentina. Ella, junto a tres colegas, trabajan en la gestión y la apertura del Centro de Integración Comunitaria Rumbos. Este programa se basa y sigue la estructura y los lineamientos del Centro de Integración Comunitaria Reencuentros, Chile, donde previamente Lucía había realizado una pasantía de especialización de postgrado en el MOHO. En base a la evidencia de Reencuentros y bajo el asesoramiento continuo de la autora de este libro, se lleva a cabo el programa hasta la actualidad.

Rumbos surge como una iniciativa privada en el año 2000, con el objetivo de desarrollar un programa que promoviera la *participación ocupacional satisfactoria* de este grupo de personas. Para su desarrollo inicial las acciones que se llevaron a cabo fueron evaluar las necesidades ocupacionales de la población, entrevistar individualmente a médicos psiquiatras de la ciudad de Santa Fe, presentar a autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe los fundamentos y antecedentes internacionales de la metodología de trabajo junto a las necesidades ocupacionales de la población y presentar el programa en las Obras Sociales existentes. Luego de dos años de gestiones, Rumbos se constituye como un espacio propio de Terapia Ocupacional que ha logrado en el transcurso del tiempo un encuadre legal (Asociación Civil), la habilitación del Ministerio de Salud y Medio Ambiente (Organismo del Estado Provincial), el reconocimiento de la prestación de servicios por parte de las obras sociales y convenios con organismos públicos del Estado (nacional, provincial y municipal) para becar a personas de bajos recursos.

Durante los primeros años y hasta que se fueron logrando convenios con Obras Sociales y con el Estado, el servicio estuvo destinado en forma privada a la clase media y alta de Santa Fe y en particular a personas con enfermedades mentales crónicas. Posteriormente *el programa amplió su ingreso* a otras personas que presentaban desafíos ocupacionales diversos. Las personas que concurren a Rumbos son jóvenes y adultos de clase media, alfabetizados (80%) de ambos sexos y que presentan en su gran mayoría un desafío ocupacional común: una amenaza o problemas en la adaptación ocupacional luego de la interrupción de la participación en roles (trabajador, miembro de familia, amigo, autosostén). Actualmente asisten 89 personas que establecen su rutina de acuerdo a sus necesidades ocupacionales (véanse grupos de población en [capítulo 8](#) de este libro).

El grupo mayoritario lo conforman personas adultas (de 25 años en adelante), que presentan problemas de adaptación ocupacional debido a problemas de discapacidad. Para dar respuesta a las necesidades de las personas en riesgo de presentar problemas de adaptación y complementariamente del grupo anterior se constituye un programa

denominado ALAS, conformado por jóvenes adolescentes hasta los 25 años (disponible en apartado *recursos* en página web del MOHO en español). Por su parte, las personas con inquietudes ocupacionales y con problemas de adaptación ocupacional debido principalmente a problemas ambientales constituyen una minoría. Aquellos que han participado lo hacen en la modalidad de sesiones individuales de asesoría individual con frecuencia de una vez por semana como un proceso de facilitación de manera gradual y creciente relacionar su participación y elecciones con metas personales.

Rumbos se fundamenta en el MOHO debido a que este proporciona una conceptualización del proceso y las etapas de cambio que es útil para educar, negociar y trabajar cooperativamente con organizaciones determinadas en el desarrollo de leyes que reconozcan la prestación de servicios, destinación de recursos y ofrecimiento de oportunidades de participación ocupacional. Asimismo brinda los conceptos, las herramientas y las estrategias para diseñar el contenido del Programa. Al igual que en Reencuentros, se complementa dicho modelo con lineamientos del modelo de programa Casa Club (Flannery *et al.*, 1996) que proporciona un marco organizativo al programa.

Las personas, en su gran mayoría, presentan desconocimiento de sus verdaderas capacidades actuales, alejamiento del compromiso en metas y objetivos personales y escasa participación en actividades de su interés. En la historia de vida ocupacional se refleja que las personas han estado expuestas a ambientes poco facilitadores o circunstancias de mucha presión (como la enfermedad, la pérdida de roles de trabajador, estudiante) por tiempo prolongado, lo que deriva en una experiencia de pasividad o participación en ocupaciones poco significativas. Otros han tenido una vida satisfactoria, participando en roles que han dado estructura e identidad pero han sufrido una quiebra en su vida ocupacional con el consecuente daño en su motivación, por lo que desean retornar a sus vidas productivas. Todos, en mayor o menor medida, requieren de oportunidades de participación ocupacional significativa que contribuyan al autoconocimiento y al establecimiento de objetivos realistas para llevar vidas ocupacionales satisfactorias.

Llegan a Rumbos personas con *rutinas caóticas* ante la ausencia de roles significativos en la vida ocupacional impactando negativamente en su identidad ocupacional. La mayoría ha sufrido una erosión en sus hábitos, que con el tiempo ha contribuido a la inactividad y a la adquisición de hábitos poco beneficiosos como consecuencia del ciclo negativo de institucionalización prolongado (véase [capítulo 9](#)). Llegan con la inquietud acerca de la posibilidad de la recuperar o entrar en roles significativos para dar estructura y significado a su vida ocupacional. En términos generales, los miembros de Rumbos presentan *habilidades motoras suficientes* como para desempeñarse en ocupaciones de su rutina diaria. Las habilidades de procesamiento se identifican individualmente y son variables de acuerdo al impacto de las enfermedades en sus capacidades cognitivas. Con relación a las *habilidades de comunicación e interacción*, en la mayoría existe un compromiso significativo en correlación a aspectos volitivos que influyen en la persona al momento de interactuar con otros.

En su historia de participación ocupacional reflejada en la narrativa se aprecia

haber tenido interacción con diversos *contextos ambientales*, sin embargo en la actualidad se evidencia un distanciamiento de los mismos como consecuencia de procesos de estigmatización aun en el hogar (véase [capítulo 9](#)). Algunas personas han tenido limitada participación en contextos comunitarios fuera del hogar, por lo que el desafío es aún mayor. Otros, que han tenido oportunidades de participar en roles, han interactuado con otros en contextos productivos, pero en la actualidad se ven enfrentados a reemplazarlos por otros que sean acordes a sus capacidades.

*La conformación del equipo dentro del centro* incluye a cada miembro de Rumbos como figura fundamental que interactúa y participa en conjunto con miembros profesionales, acompañantes terapéuticos, guías y monitores de instancias ocupacionales diversas de Rumbos de acuerdo a sus necesidades (tres psicólogos, una psicopedagoga, diez terapeutas ocupacionales, un profesor de informática, un profesor de educación física y uno de inglés, un coordinador de música, un promotor sociocultural de teatro y danza, un diseñador gráfico y acompañantes terapéuticos). A su vez, los profesionales de Rumbos *forman equipos* con los médicos, psicólogos, trabajador social, familia y representantes de redes comunitarias pertinentes a cada uno de los miembros de Rumbos. En el espacio de reunión de equipo y en el trabajo cotidiano se lleva a cabo un enfoque transdisciplinario, dando lugar a una metodología de trabajo constructiva y enriquecedora. Este enfoque ha supuesto para los miembros del equipo el compromiso de *enseñar, aprender y trabajar* con las otras disciplinas, compartiendo roles y asumiendo otros de acuerdo a su especialidad.

*El proceso de evaluación* integra los métodos estructurados y no estructurados que resultan eficaces para conocer la realidad de la participación ocupacional, la identidad y la competencia ocupacional y el impacto ambiental. El SCOPE, el MOHOST, las entrevistas OPHI-II y WEIS, las autoevaluaciones (OSA, Listado de Intereses Adaptado, Listado de Roles, OQ) e instrumentos observacionales del MOHO (ACIS, AMPS, VQ) son seleccionados de acuerdo a necesidades únicas cada miembro de Rumbos. De su análisis en conjunto con las personas se desprenden conclusiones y objetivos prioritarios. Actualmente el MOHOST es el instrumento utilizado en la etapa de evaluación inicial, y si se requiere en esta etapa, se utilizan otros instrumentos específicos.

*La rutina diaria de Rumbos* está organizada en función de ofrecer a las personas asistir durante los días hábiles dentro de las 8:30 y las 18:30 horas, de acuerdo a sus necesidades ocupacionales particulares. Esta rutina está planteada como una propuesta comunitaria dentro y fuera del espacio físico en que funciona el Programa. Las personas *elaboran una rutina personal* de participación en las diferentes instancias que ofrece Rumbos de acuerdo a sus objetivos personales acordados con su terapeuta ocupacional. Todas las personas *son miembros activos* y la participación de cada uno, de acuerdo a su máximo potencial de desempeño, contribuye al sostenimiento y funcionamiento del centro, satisfaciendo de esta manera necesidades individuales y colectivas simultáneamente. A su vez, a medida que las personas evolucionan en sus procesos de cambio, los logros se expanden e integran a sus contextos ocupacionales relevantes. De esta manera, Rumbos se constituye como un lugar de transición en la vida de las

personas y el cambio se integra a una vida en progreso.

La *implementación del Programa* se basa en un trabajo cooperativo de todos los miembros, desde su diseño hasta la implementación propiamente dicha. Los ejes sobre los cuales se estructura el Programa son la participación en instancias ocupacionales, los grupos educacionales de ayuda mutua, la asesoría individual, la educación participativa con las familias y los programas de integración laboral y educacional. Las instancias ocupacionales ofrecidas se definen en el [cuadro 14.4](#). Todas ellas fueron elegidas e implementadas en conjunto con los miembros de Rumbos considerando las condiciones, propiedades y dimensiones de participación de estas (véase [capítulo 12](#)).

Los *programas de Integración laboral y educacional* se ofrecen a las personas que desean participar en estos roles en la comunidad y se llevan a cabo de acuerdo al continuo de las etapas de cambio, exploración, competencia y logro planteándose objetivos y estrategias específicas coherentes. Los *grupos educacionales de ayuda mutua que se implementan actualmente* corresponden a Objetivos Personales, Habilidades Sociales, Ocio y Tiempo libre. Estos se incorporan a la rutina semanal de Rumbos. La asesoría individual se realiza de acuerdo a necesidades de cada persona, al igual que la educación participativa y coordinación con familiares de cada miembro de Rumbos.

Los tipos de intervención y el proceso de remotivación del MOHO se integran dinámicamente de acuerdo a necesidades de cada persona. Entre estos procedimientos ha sido crucial el *manejo ambiental físico y social*. Hace algún tiempo se pudo acceder a una casa que responde a las necesidades del colectivo. Se ha logrado mayor privacidad y tranquilidad en el espacio, las personas pueden utilizar cómodamente los distintos contextos físicos en los que se desarrollan las instancias ocupacionales y en ellos se logra disponer y hacer accesibles los objetos. El grado de estructura necesaria y el apoyo social que se ofrece para el desempeño ocupacional son aspectos constantemente evaluados y ajustados.

#### *Cuadro 14.4. Instancias ocupacionales de Rumbos y sus proyectos*

- 
- *Administración y manejo de oficina:* Mantiene las funciones administrativas y contables del centro. Roles diversos son desempeñados para su objetivo.
  - *Cocina:* Contribuye con la preparación del almuerzo diario. Este espacio, según los objetivos individuales, facilita la exploración de intereses educacionales, desarrollo de afición, preparación para un trabajo y la vida diaria autónoma, entre otros.
  - *Jardinería:* mantención del jardín de la casa, aprendizajes de habilidades para practicar en el contexto de su propio hogar y exploración de intereses de capacitación brindada por contextos educacionales.
  - *Informática:* Contribuye al funcionamiento de otras instancias con las que interactúa en forma constante, aspecto que da sentido y posibilita el establecimiento de proyectos individuales y grupales. Permite la exploración y el aprendizaje de habilidades críticas en el área respetando los distintos niveles del hacer de cada persona.
  - *Mantenimiento de la casa y carpintería:* Contribuyen a que la casa mantenga su estructura y estética para su funcionamiento diario. Incluye la reparación de recursos físicos o materiales, diseño y elaboración de recursos necesarios para las diversas instancias, instalaciones eléctricas, armado de

- muebles. En carpintería, algunas personas exploran dicha ocupación como un microemprendimiento en la fabricación de juguetes de madera, restauración de muebles, elaboración de bastidores, entre otros.
- *Organización e implementación de eventos académicos:* Proyecto grupal que durante el año ofrece servicios a la comunidad y a profesionales, ya sea desde Rumbos o conjuntamente con unidades académicas universitarias locales. Conlleva a la formación de una comisión donde se asignan mutuamente roles de acuerdo a potenciales personales. Difusión, administración, inscripción, recepción, servicio de *break*.
  - *Manejo de actualidad:* Instancia ocupacional que invita a la lectura de los periódicos locales y nacionales a fin de mantener un contacto con la realidad actual a través de una ocupación valorada culturalmente y que contribuye a la interacción social y al enriquecimiento de habilidades sociales dentro y fuera de Rumbos. Se llevan a cabo debates, investigaciones de temas de interés y mantenimiento de una cartelera informativa con las noticias de mayor relevancia.
  - *Producción musical:* Tiene como objetivo grupal brindar animación en los eventos sociales y festejos de Rumbos y en distintos proyectos comunitarios en residencias de ancianos y de niños complementariamente con otras instancias abocadas al servicio a la comunidad. Los miembros participan en la selección de canciones, armado de cancioneros, ensayo y aprendizaje para tocar diversos instrumentos.
  - *Arte:* Pintura, macramé, tejido, marroquinería. Sus proyectos grupales son la venta de productos en ferias locales de Santa Fe, la donación de productos a niños y adultos mayores en coordinación con la instancia de servicio, diseño de obsequios para eventos especiales (reuniones familiares, fiesta de fin de año).
  - *Teatro y taller de movimiento:* Instancias ocupacionales expresivas que han posibilitado la exploración y la búsqueda de instancias en la comunidad en aquellas personas que la han definido como una elección ocupacional. Sus obras se han destinado a los demás miembros de Rumbos y sus familias. Su proceso de preparación a la actuación ha contribuido a la facilitación de la interacción con otros en la vida cotidiana.
  - *Taller literario:* Reúne a los miembros que presentan intereses relacionados con la expresión literaria. Es coordinado por un escritor miembro de Rumbos. Como proyectos grupales se encuentran una muestra literaria propia abierta a la comunidad y la edición de una revista con creaciones literarias del grupo.
  - *Taller de ideas:* Coordinado por una diseñadora gráfica, el grupo ha llevado a cabo durante tres años el proyecto colectivo de producción de la revista del centro llamada “Brújula”. Los proyectos a corto plazo incluyen tarjetería para eventos en Rumbos, pintura de murales, diseño del empaquetado de regalos para la campaña de juguetes destinada a niños, diseño de regalos para días especiales designados en el calendario.
  - *Tiempo libre en la comunidad:* Se trata de indagar oportunidades recreativas, culturales, sociales que brinda la comunidad y apoyar la toma de decisiones para llevarlas a cabo durante los fines de semana graduando los niveles de apoyo terapéutico. Durante el mes de enero se brinda una instancia que ofrece un contexto en un espacio físico al aire libre con propuestas de ocupaciones relevantes a la estación.
  - *Juegos de ingenio:* Están disponibles en un lugar específico de Rumbos y consta de juegos de mesa y de ingenio, entre ellos, sopas de letras, crucigramas y enigmas. Algunas personas eligen participar durante su tiempo libre en forma individual y otras en grupo.
  - *“Proyecto Esperanza”:* Microempresa que provee de servicios alimentarios a otras instituciones de la ciudad.
  - *Instancia de servicios:* Proyectos grupales de voluntariado de diverso tipo en los que se conjugan esfuerzos de las diferentes instancias ocupacionales.
  - *Iniciando el día:* A primera hora de la mañana, los miembros que lo desean se reúnen en un espacio ambientado con música, colchonetas, luz tenue, para llevar a cabo técnicas sencillas de respiración y relajación muscular, guiados por un terapeuta que facilita reflexiones que contribuyen a disponerse al hacer, despojando tensiones, preocupaciones y efectos secundarios de la medicación.
- 

*Acerca del proceso de cambio del programa. Durante el proceso de*

implementación se ha recurrido a diferentes iniciativas para promover el logro de los objetivos centrales de Rumbos y su misión. Se realizaron las *Jornadas de Reflexión* realizadas en la modalidad de asambleas en pequeños grupos y orientadas por diversos ejes temáticos, donde se generó interacción espontánea, expresión de pensamientos y sentimientos, elaborando, luego de un mes de trabajo cooperativo, un nuevo Acuerdo de Convivencia (véase en [apartado 11.2](#)). A partir del mes de febrero de 2014 se realiza un *grupo de estudio* con frecuencia semanal, llevando a cabo una lectura comprensiva de los contenidos teóricos y procedimientos esenciales del MOHO después de la cual se debaten conclusiones a fin de enriquecer el razonamiento terapéutico del equipo, lo que ha sido altamente significativo, impactando en términos de mayor entusiasmo, sentido de eficacia y planificación de nuevos proyectos e iniciativas terapéuticas para el programa. En reuniones de equipo se ha abordado específicamente el *proceso terapéutico de “dejar ir”*, un desafío para los miembros del equipo que ha implicado el comprender que Rumbos, como Centro de Integración Comunitaria, no puede ni debe convertirse en un “refugio” para la vida de la persona y su realidad. Para ello, los terapeutas ocupacionales llevan a cabo un razonamiento terapéutico del proceso integral de cambio ocupacional de cada persona, evaluando la evolución de su proceso volitivo que determinaría el momento preciso en que la persona se encuentra preparada para asumir un desafío mayor dentro de Rumbos o en la comunidad, y con ello, el momento preciso de comenzar a facilitar la *autonomía* necesaria en su participación ocupacional, favoreciendo así la continuidad de su narrativa ocupacional (De las Heras *et al.*, 2003, De las Heras, 2010).

Otra iniciativa para cumplir con la propiedad de flexibilidad de las instancias ocupacionales ha sido diseñar una *rutina de evaluación conjunta* de la dinámica de cada instancia ocupacional, utilizando una ficha guía para evaluar las dimensiones particulares de cada una de ellas a fin de determinar su continuidad o modificación en base a las percepciones de cada uno de los miembros que han participado. En cuanto al desafío de mantener la dinámica del programa, el equipo de Rumbos ha reconocido que la *planificación e implementación de eventos* comunitarios en base a proyectos grupales ha impactado notablemente en la dinámica general de Rumbos dando sentido a la participación activa, por lo que acuerdan expandir la *cantidad y tipos de eventos* que los miembros en conjunto puedan idear solidificando aún más esta dinámica.

*La evaluación del programa* se realiza en forma constante para efectuar los ajustes o modificaciones pertinentes. El proceso de evaluación inicial de las personas *se ha sistematizado* y se realizan registros en legajos personales en el que se organiza la información personal. Se realizan *seguimientos periódicos* utilizando los mismos instrumentos de evaluación para determinar la evolución en el proceso de cambio. Basándose en el análisis de la observación participante diaria y el análisis de los registros individuales mencionados, se concluye *haber obtenido logros significativos* en cada una de las personas. Estas se encuentran motivadas y seguras para plantear objetivos ocupacionales, identifican intereses y son capaces de mantener ocupaciones que les son importantes, logran una rutina satisfactoria de participación en distintas ocupaciones de

acuerdo a valores propios, son capaces de asumir responsabilidades y participar activamente en roles ocupacionales. Ha aumentado la satisfacción de la familia con la participación activa de la persona en el hogar y disminuido significativamente la frecuencia de internamientos en instituciones psiquiátricas. Paralelamente, la derivación y la demanda del servicio han aumentado en función de la reputación que Rumbos ha ido generando en la ciudad de Santa Fe y alrededores (véase [cuadro 14.5](#)).

#### *Cuadro 14.5. La voz de los miembros de Rumbos*

---

“Rumbos equivale a la vinculación privilegiada con la sociedad... yo soy una persona bastante antisocial, lo cual tiene un significado mucho más importante del que habitualmente le otorgan mis palabras... no conocía nada de Rumbos, con el tiempo me adentré con la filosofía de este lugar; en el trato con las personas, de las relaciones sociales que se dan y el respeto que se propician unos a otros” (Gloria).

“Estoy muy conforme, me siento bien, me siento acompañada y apoyada, he aprendido hacer cosas que tal vez no hubiera aprendido... uno se va abriendo socialmente. Yo también tuve problemas de timidez y ahora creo que lo fui superando bastante bien, me faltaría un poco de constancia” (Leticia).

“Yo me siento muy bien acá, me encuentro con gente querida. Participo de cocina y considero que cocino bien...” (Liliana).

“Rumbos significa todo para mí. Me cambió la vida... estoy ocupado, tengo muchos amigos. El teatro me ayudó a perder la timidez. En años anteriores participaba de todas las instancias... ahora estoy en pasantía laboral” (Walter).

“Para mí Rumbos es muy importante. Si bien tengo familia que me quiere, están muchas veces ocupados, no pueden estar conmigo. En Rumbos tengo compañía. Hay una atmósfera de respeto. No somos todos amigos pero igual nos respetamos. Participo en manejo de la actualidad, inglés y relajación” (Alberto).

---

Los *aspectos que deben ser fortalecidos* a partir de un trabajo cooperativo incluyen la planificación de alternativas de solución en conjunto para afrontar problemas financieros de Rumbos; el ofrecimiento de instancias regulares de educación y asesoramiento a las familias en el formato de grupos educativos de ayuda mutua y la creación de nuevas redes con organizaciones sociales y contextos ocupacionales que brinden oportunidades diversas de participación ocupacional.

# Bibliografía

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por la autora en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com).

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

- Abelenda, J.; Kielhofner, G., y Suárez-Balcazar, Y. (2006): “El modelo de ocupación humana como herramienta conceptual para comprender y abordar la segregación ocupacional”. En Kronenberg, F.; Algado, S., y N. Pollard (Eds.), *Terapia ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de los sobrevivientes*, 83-196. Editorial Panamericana de la Salud. Madrid.
- Basu, S.; Kafkes, A.; Geist, R., y Kielhofner, G. (2002): *Manual del Usuario del Cuestionario Volicional Pediátrico* (Versión 2.0). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Bowyer, P.; Ross, M.; Schwartz, O.; Kielhofner, G., y Kramer, J. (2005): Perfil inicial de la participación ocupacional del niño (versión 2.1). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Braveman, B.; Robson, M.; Véloso, C.; Kielhofner, G.; Fisher, G.; Forsyth, K., y Kerschbaum, J. (2005): *Entrevista del rol de trabajador* (WRI) (versión 10.0). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Baron, K.; Kielhofner, G.; Iyenger, A.; Goldhammer, V., y Wolenski, J. (2006): Autoevaluación ocupacional (OSA) (version 2.2). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Braveman, B.; Kielhofner, G.; Bélanger, R.; De las Heras, C. G., y Llerena, V. (2004): “Desarrollo de Programas”, en Kielhofner, G., *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*, 554-585. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Braveman, B.; Kielhofner, G., y Bélanger, R. (2011). “Desarrollo de Programas”, en Kielhofner, G., *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*, 442-465. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- Crepeau E.; Cohn E. y Boyt B. (2009): Willard & Spackman: Occupational Therapy (11.ª ed.). Lippicott Williams & Wilkins. Baltimore, MD.
- De las Heras de Pablo, C. G. (2011): “Promotion of occupational participation: integration of the model of human occupation in practice”. *The Israeli Journal of Occupational Therapy*, 20, 3: E67-E88.
- De las Heras, C. G. y Cantero Garlito, P. A. Dentro del modelo siempre se ha considerado el rescate del sentir, no

- solo del pensar y actuar. TOG (A Coruña) [Revista por Internet] 2009 fecha de la consulta; 6(9): [11p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/n9/pdfs/maestros.pdf>
- De las Heras, C.G.; Geist, R.; Kielhofner, G., y Li, Y. (2007): *El cuestionario volicional (VQ)* (version 4.1). Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- De las Heras, C. G.; Llerena V., y Kielhofner G. (2003): *Proceso de Remotivación: Intervención progresiva para personas con desafíos volitivos severos*. The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Deegan, P. (1986): *Recuperación: La experiencia vivida de la rehabilitación*. Artículo presentado en la conferencia “Sociedad en la rehabilitación vocacional de personas con enfermedades prolongadas”. Buzzards Bay, USA. Disponible en <http://www.boletinto.cl/moho/index/recursos>.
- Du Toit, S. (2008): “Using the Model of Human Occupation to conceptualize an occupational program for blind persons in South Africa”. *Occupational Therapy in Health Care*, 22, 51-61.
- Fisher, A. G. (2003): *The assessment of motor and process skills* (Fifth Edition). Three Star. Ft. Collins.
- Forsyth, K.; Deshpande, S.; Kielhofner, G.; Henriksson, C.; Haglund, L.; Olson, L.; Skinner, S., y Kulkarni, S. (2005): *The occupational circumstances assessment interview and rating Scale (OCAIRS)* (Version 4.0). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago.
- Forsyth, K.; Salamy, M.; Simon, S., y Kielhofner, G. (1998): *Evaluación de habilidades de comunicación e interacción*. The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago, IL. Disponible en <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Gerber, L., y Furst, G. (1992): “Scoring methods and application of the Activity Record (ACTRE) for patients with musculoskeletal disorders”. *Arthritis Care and Research*, 5: 151-156.
- Henry, A. D. (2000): *Perfiles de intereses del niño*. The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: [www.cade.uic.edu/moho/products.aspx](http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx).
- Hierro, V. C., y Abelenda, J. (2012): “El modelo DIR<sup>®</sup>/Floortime : un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación”. *Norte de salud mental*, 44: 54-61.
- Keller, J.; Kafkes, A.; Basu, S.; Federico, J., y Kielhofner, G. (2005): *La Autoevaluación ocupacional del niño (COSA)* (version 2.1). The Model of Human Occupation Clearing-house, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Kielhofner, G.; De las Heras, C. G., y Suárez Balcazar, Y. (2011): “Human occupation as a tool for understanding and promoting social justice”, en Kronenberg; F.; Pollard, N., y Sakellariu D., *Occupational therapies without borders: Towards an Ecology of Occupation Based Practices*. Vol. 2: 269-277. Elsevier Publications. Londres.
- Kielhofner, G. (Ed.) (2011): *Modelo de ocupación humana: Teoría y aplicación*. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- Kielhofner, G. (2009): *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4.ª ed.). F. A. Davis. Filadelfia.
- Kielhofner, G. (2006): *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Kielhofner, G. (Ed.). (2004): *Terapia ocupacional: Modelo de ocupación humana. Teoría y Aplicación*. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Kielhofner, G.; Mallinson, T.; Crawford, C.; Nowak, M.; Rigby, M.; Henry, A. y Wallens, D. (1998): *Entrevista histórica del desempeño ocupacional (OPHI-II)* (versión 2.0). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Kielhofner, G., y Neville, A. (1983): *Listado de intereses modificado*. The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of

- Illinois at Chicago. Chicago, IL. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Kronenberg, F.; Algado, S.S., y Pollard, N. (2005): *Occupational therapy without borders: Learning from spirit of survivors*. Elsevier Publications. Londres.
- Kronenberg, F.; Pollard, N. y Sakellariou, D. (2011): *Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation based practice (Volume 2)*. Elsevier Publications. Londres.
- Melton, J.; Forsyth, K.; Metherall, A.; Robinson, J.; Hill, J., y Quick, L. (2008): "Program redesign based on the Model of Human Occupation: Inpatient services for people experiencing acute mental illness in the UK." *Occupational Therapy in Health Care*, 22, 37-50.
- Moore-Corner, R.; Kielhofner, G., y Olson, L. (1998): Escala de impacto ambiental (WEIS). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Oakley, F.; Kielhofner, G., y Barris, R. (1985): Listado de Roles. The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Olson, L. y Kielhofner, G. (1998): Work readiness day treatment for persons with chronic disabilities. A companion manual for the videotape "Proud of me". Chicago, IL: The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: [www.cade.uic.edu/moho/productDetails.aspx?id=2](http://www.cade.uic.edu/moho/productDetails.aspx?id=2)
- Parkinson, S.; Forsyth, K., y Kielhofner, G. (2006): Perfil de la participación ocupacional del modelo de ocupación humana (MOHOST) (versión 2.0). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Pépin, G.; Guerette, F.; Lefebvre, B., y Jacques, P. (2008): "Canadian therapists' experiences while implementing the model of human occupation remotivation process". *Occupational Therapy in Health Care*, 22:115-124.
- Raber, C.; Teitelman, J.; Watts, J., y Kielhofner, G. (2010): "A phenomenological study of volition in everyday occupations of older people with dementia". *British Journal of Occupational Therapy*, 73: 498-506.
- Smith, N. R.; Kielhofner, G., y Watts, J. (1986): *Cuestionario Ocupacional (OQ)*. The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago. Disponible en: <http://www.cade.uic.edu/moho/products.aspx>.
- Taylor, R. (2008). *The intentional relationship: Occupational therapy and use of self*. F.A. Davis. Philadelphia.
- Watts, J. H.; Hinson, R.; Madigan, M. J.; McGuigan, P. M., y Newman, S. M. (1999): *The assessment of occupational functioning-collaborative version (AOF-CV)*, The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. Chicago.
- Whiteford, G., y Townsend, E. (2011): "Participatory occupational justice framework (POJF): Enabling occupational participation and inclusion", en Kronenberg, F.; Pollard, N., y Sakellariou D., *Occupational Therapies without Borders: Towards an ecology of occupation based practices (Volume 2)*, 65-84. Elsevier Publications, Londres.
- Ziv N., Roitman, D. (2008): "Addressing the needs of elderly clients whose lives have been compounded by traumatic histories". *Occupational Therapy in Health Care*, 22: 85-93.

# Índice

Título	4
Créditos	5
Índice	7
Introducción	14
<b>PARTE I: INTEGRACIÓN DE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)</b>	<b>17</b>
1. Desarrollo de integración de la teoría y la práctica del MOHO	18
1.1. Relación del MOHO con el paradigma de la Terapia Ocupacional en la historia	18
1.1.1. Relación con el preparadigma de la ocupación	19
1.1.2. Relación con los postulados de Mary Reilly	20
1.1.3. Relación con el paradigma actual de la ocupación	23
1.2. El MOHO como modelo conceptual de la práctica en Terapia Ocupacional	26
1.3. El MOHO en evolución (1975-2014)	28
1.3.1. Primera edición del libro MOHO y acontecimientos posteriores	28
1.3.2. La década de 1985-1995. Revolución de iniciativas en la integración de la teoría y la práctica	29
1.3.3. Integración de la teoría y la práctica en el proceso de intervención	31
1.4. Comprensión actual de la integración recíproca de la teoría y la práctica	32
1.4.1. Dinámica de los procesos de participación y cambio ocupacional	37
1.4.2. Las etapas de cambio ocupacional y su continuo proceso de exploración, competencia y logro	39
1.4.3. Dimensiones del hacer y el continuo de exploración, competencia y logro en las realidades únicas personales	42
1.4.4. Importancia de la relación dialéctica entre la persona y su ambiente: impacto mutuo	44
<b>PARTE II: PROCESO DE EVALUACIÓN: VARIABLES ESPECÍFICAS PARA EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN</b>	<b>51</b>
2. Premisas y etapas del proceso	52
2.1. Premisas del proceso de evaluación	52
2.2. Etapas del proceso de evaluación: procedimientos consecutivos que aseguran eficiencia y eficacia	55
2.2.1. Primera etapa: evaluación integral inicial	55

2.2.2. Segunda etapa: evaluación específica	57
2.2.3. Tercera etapa: integración de resultados de evaluación integral y específica. Planteamiento de objetivos	58
2.2.4. Cuarta etapa: reevaluación constante	58
Preguntas frecuentes	60
Ejercicio recomendado	62
3. Métodos de evaluación	63
3.1. Generalidades de los métodos de evaluación	63
3.1.1. Métodos de evaluación no estructurados	63
3.1.2. Métodos de evaluación estructurados	64
3.2. Descripción general de los instrumentos de evaluación del MOHO	65
3.3. Selección de métodos de evaluación	70
3.3.1. Selección basada en comprensión preliminar de las necesidades ocupacionales y ambientales de la persona o grupo	70
3.3.2. Priorización en la selección de métodos de evaluación	73
4. Especificidades de aplicación de los instrumentos de evaluación del MOHO	75
4.1. Instrumentos de evaluación de entrevistas y puntos clave de su aplicación	75
4.2. Instrumentos de autoevaluación y puntos clave de su aplicación	77
4.3. Instrumentos de evaluación observacionales y puntos clave para su aplicación	80
4.3.1. Aspectos críticos para la utilización de la evaluación de las habilidades motoras y de procesamiento (AMPS) como guía de observación	80
4.3.2. Aspectos críticos para la aplicación de la evaluación de habilidades de comunicación e interacción (ACIS)	82
4.3.3. Aspectos críticos para la aplicación del cuestionario volitivo (VQ) y el cuestionario volitivo pediátrico (PVQ)	84
Preguntas frecuentes	88
Ejercicio recomendado	89
5. Comunicación de los resultados de la evaluación: integración del razonamiento terapéutico	90
5.1. Introducción a la comunicación de la información	90
5.2. Comunicación escrita	91
5.2.1. Contenido del informe y razonamiento terapéutico	92
5.2.2. Organización de la información	92
5.2.3. Flexibilidad de la organización y contenido del informe	93
5.2.4. Planteamiento de objetivos y su priorización	94
5.2.5. Tipos de informe escrito	94

5.3. Comunicación verbal	102
5.4. Impacto de la comunicación de los resultados de evaluación	104
Ejercicios recomendados	105
<b>PARTE III: PROCESO DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA</b>	<b>107</b>
6. Principios de intervención	108
6.1. Principios del Modelo de Ocupación Humana y sus implicaciones para la práctica rigurosa	108
6.2. Participación activa de la persona en su proceso de cambio	113
6.3. El uso terapéutico del yo: reflejo de los principios básicos del MOHO	117
Preguntas frecuentes	119
Ejercicio recomendado	120
7. Metodología de intervención	121
7.1. Consideraciones del proceso de intervención y la metodología de intervención	121
7.2. Tipos de intervención	122
7.2.1. Participación en ocupaciones significativas. ¿Qué es lo que realmente significa?	122
7.2.2. Facilitación de la exploración	124
7.2.3. Asesoría individual y grupal con el MOHO	125
7.2.4. Grupos educacionales de ayuda mutua	127
7.2.5. Grupos de ayuda mutua	127
7.2.6. Las personas como monitores guías	128
7.2.7. Enseñanza directa de habilidades con el MOHO	129
7.2.8. Proceso de integración a roles ocupacionales diversos y cambio en hábitos	132
7.2.9. Educación ambiental	136
7.2.10. Manejo ambiental	137
7.3. Proceso de remotivación: generalidades	143
Preguntas frecuentes	146
Ejercicio recomendado	147
<b>PARTE IV: APLICACIÓN DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA</b>	<b>149</b>
8. Promoción de la salud: contextualización de la práctica con el MOHO	150
8.1. Promoción de la salud y el MOHO	150
8.2. Intervención con personas o población de diversas necesidades ocupacionales	153

8.2.1. Población con inquietudes ocupacionales	153
8.2.2. Población en riesgo de problemas de adaptación ocupacional	155
8.2.3. Población con problemas de adaptación ocupacional debidos principalmente a factores ambientales	156
8.2.4. Población con problemas de adaptación ocupacional debidos a factores personales y ambientales	158
Preguntas frecuentes	160
Ejercicio recomendado	161
9. Proceso de integración	162
9.1. Diferencias entre conceptos: inserción, integración e inclusión	162
9.2. Proceso de integración con el MOHO	163
9.3. Elementos críticos a considerar en el proceso de integración con el MOHO	164
9.4. Integración e institucionalización: procesos opuestos	165
9.5. Estigma y su impacto en el proceso de integración	168
9.5.1. Su significado	168
9.5.2. ¿Quiénes son sus protagonistas?	169
9.5.3. Reflexiones sobre la práctica de Terapia Ocupacional	170
9.5.4. ¿Cómo abordar el estigma y revertir el proceso de institucionalización en uno de integración con el Modelo de Ocupación Humana?	170
Ejercicios recomendados	172
10. Intervención comunitaria	174
10.1. Visión del MOHO sobre la intervención comunitaria	174
10.2. Integración del Modelo de Ocupación Humana con otros propios de la profesión y de conocimientos relacionados	174
10.3. Aportes del Modelo de Ocupación Humana a la Justicia Ocupacional y Social	183
10.4. Intervención en contextos comunitarios con el Modelo de la Ocupación Humana	189
10.4.1. Contextos educacionales y laborales	189
10.4.2. Contexto de vecindario: la calle	195
10.4.3. Contextos residenciales	196
10.4.4. Contextos abiertos de recreación y participación social	196
Preguntas frecuentes	197
Ejercicios recomendados	198
<b>PARTE V: DESARROLLO DE PROGRAMAS</b>	<b>199</b>
11. Implicaciones para el terapeuta ocupacional del desarrollo de programas con	200

el MOHO	200
11.1. En relación con el número de terapeutas para su implementación	200
11.2. En relación con los criterios de inclusión	201
11.3. En relación con los recursos físicos necesarios	203
11.4. En relación con su interacción con las personas	204
11.5. En relación con las culturas predominantes en los contextos de práctica profesional	204
Preguntas frecuentes	205
12. Etapas del desarrollo de programas con el Modelo de Ocupación Humana	208
12.1. Evaluación de necesidades ocupacionales del grupo: aspectos personales y ambientales	208
12.2. Métodos de evaluación de necesidades: obtención y registro de información	209
12.3. Planificación del programa	211
12.4. Diseño y organización del programa	212
12.5. Implementación y evaluación del programa	212
12.6. Dinámica de un programa basado en el MOHO	214
12.6.1. Implementación de instancias ocupacionales: espacios de participación ocupacional diversos en su naturaleza	215
12.6.2. Propiedades de las instancias ocupacionales	217
12.6.3. Dimensiones de participación consideradas	218
12.6.4. Dinámica de la participación en instancias ocupacionales	220
13. Expectativas de desarrollo de programas en distintos contextos	223
13.1. Institución: corta estancia (10 a 15 días)	223
13.2. Institución: media estancia (30-60 días)	226
13.3. Institución: larga estancia (6 meses y más)	229
13.4. Centros comunitarios	232
13.5. Intervención comunitaria	232
14. Ejemplos de programas en Hispanoamérica	234
14.1. Centro comunitario de rehabilitación física (Lérida, España)	234
14.2. Programa de terapia ocupacional en un centro comunitario de salud mental (Santiago de Chile)	238
14.3. Un lugar para el desarrollo de los niños y sus familias: Uutchi Desarrollo Infantil (País Vasco, España)	242
14.4. Centro de día para el adulto mayor (Madrid, España)	246
14.5. Rumbos: Centro de Integración Comunitaria (Santa Fe, Argentina)	251

