

MODELOS EMERGENTES DEL ESTUDIO DE LA OCUPACIÓN

CONFECCIÓN DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN

TO Silvia Gómez Lillo

2016

“El Plan de intervención guía la intervención y se desarrolla en colaboración con el cliente” (M de T 3). Se confecciona en base a una fuerte aplicación del razonamiento profesional.

La confección de un Plan de Intervención en Terapia Ocupacional (en adelante P de Int y TO) cualquiera que sea el caso, sigue etapas pre-establecidas que están avaladas por la bibliografía existente sobre el tema en diversas áreas del conocimiento, en este caso en salud. En lo que respecta a TO, si bien, a medida que el profesional va adquiriendo experiencia en el manejo de los usuarios y en ocasiones sólo hace un resumen o un punteo de la información obtenida y del camino que seguirá, es recomendable que en una primera etapa los profesionales diseñen por escrito todas las etapas. Por este motivo, este documento explica los pasos en su construcción e implementación teniendo presente que éste se confecciona para el cliente, lo que implica considerar:

- “Metas, valores, creencias y necesidades ocupacionales.
- Salud y bienestar.
- Habilidades y patrones de desempeño.
- Contexto en que se desarrollará la intervención, y
- Las mejores evidencias disponibles" aplicables al caso.

1° Recolección de información es el primer paso a seguir luego que se nos asigna un usuario ya que es fundamental informarnos de quien es la persona que vamos a atender y cuál o cuáles son las dificultades que presenta. Una vez recolectada toda la información pertinente, identificaremos el o los problemas existentes. Generalmente los problemas son múltiples y suelen ser complejos o confusos por lo que es necesario identificarlos señalando en que condición se producen, si se acentúan o disminuyen en determinadas condiciones, registrar las consecuencias en el desempeño ocupacional de la persona, priorizarlos en conjunto con el usuario para decidir qué problema se va a tratar o por cual comenzar y finalmente, **ratificar** bajo qué Modelo de Intervención vamos a proceder.

Acciones:

a) previo a la recepción del usuario, se lee prescripción o referencia y se revisan otros antecedentes escritos, tal como la ficha clínica, para extraer los datos pertinentes.

b) observación: actitud, expresión corporal, vestimenta, lenguaje, desplazamiento, etc. Si bien la observación es un aspecto importante en la recolección de datos, ésta es un proceso continuo que se mantiene en el transcurso de la intervención.

c) entrevista: a usuario, usuario y acompañante o a cuidador en caso que el usuario no está en condiciones de entregar información pertinente al caso. Para ello es necesario aplicar una pauta semi estructurada, organizada en áreas temáticas, que resulte natural y confortable para el usuario (Kielhofner, 89)

d) evaluaciones, en lo posible estandarizadas, las que son seleccionadas de la literatura existente, de acuerdo a las características del usuario tales como edad, tipo y grado de disfunción.

La información obtenida muestra el perfil y el desempeño ocupacional de usuario y de su análisis obtendremos la problemática y su prioridad para pasar al paso siguiente.

2. Redacción de objetivos de intervención

Todos los pasos en la confección del P de Int son importantes, pero la parte más compleja es la **redacción de los objetivos**. Éstos fueron creados por R Tyler (1930-1949) con fines educativos. Posteriormente se amplió su uso a otras áreas: militar, industrial, médica. En la década de los 60', el Departamento de Defensa de los EEUU desarrolló un método denominado **Marco Lógico**, para la planificación, gestión de proyectos orientados por objetivos que más adelante se aplicó en el área educacional y médica (Sabaria 2007). Los componentes se adecúan a las áreas temáticas específicas para conseguir el propósito.

Examinaremos en primer lugar el Método de Tyler:

OBJETIVO: meta a alcanzar, es el cambio de comportamiento que esperamos lograr al finalizar la intervención (M de T 2).

Características:

- Estar redactados en positivo, por ejemplo: 'mantener el rango de movimiento de' Si esta misma frase la redactamos negativamente (impedir la disminución de...), deja de ser objetivo, es precaución. Un ejemplo, en otro plano puede ser: uno de los objetivos de los docentes de la ETOUCH, es que sus egresados sean excelentes profesionales, no es impedir que sean deficientes. Precaución, como objetivo, sólo debe usarse en circunstancias puntuales
- Estar dirigidos a resolver los problemas seleccionados. En este sentido deben ser claros y precisos, de acuerdo a las capacidades de la persona a tratar.
- Estar en concordancia a las capacidades de la persona a tratar, un objetivo muy simple genera aburrimiento y por lo tanto poca colaboración del usuario y un objetivo muy ambicioso genera estrés y falsas esperanzas, ambas situaciones llevan al fracaso
- Ser cuantificables y verificables, ya que deben indicarnos si la meta fue alcanzada.
- Ser realistas, esto es, alcanzables en cantidad, tiempo programado y medios disponibles
- Limitados en el tiempo, o sea, debe ajustarse a las sesiones disponibles en cada caso
- Ecológicos: que no interfiera negativamente en otras áreas de vida de la persona

- Proporcionen retroalimentación, a medida que se va avanzando en la intervención.
- Cada objetivo se refiere a una sola conducta

Importancia:

- Muestra camino a seguir,
- Ayuda a seleccionar los contenidos terapéuticos,
- Ayuda a seleccionar métodos y técnicas,
- Ayuda a organizar las actividades de intervención y la participación del usuario,
- Muestra al finalizar la intervención el efecto de ésta (cumplimiento de objetivos).

Criterios: la selección de objetivos debe reflejar:

- Seguridad, en lo que el usuario sería capaz de hacer y no hacer.
- Utilidad: que aumenten las habilidades de desempeño.
- Propiedad: adecuado a las habilidades deseadas.
- Aceptabilidad de parte del usuario.
- Accesibilidad.
- Satisfacción.

El criterio SMART en la redacción de objetivos es una guía para su redacción:

- **S** (specific): específico, concreto. Cada objetivo contiene **una** acción determinada.
- **M** (measurable): medible, ajustado a criterios factibles.
- **A** (achievable): realizable, ajustado a la realidad de la persona.
- **R** (realistic) de acuerdo a disponibilidad de recursos, conocimiento, tiempo y meta.
- **T** (time based): acorde al tiempo disponible.

Los objetivos de intervención en el Marco de Trabajo 3 son denominados enfoques. Éstos son:

Enfoque	Descripción	Ejemplos
Crear, promover (promoción de la salud)	Un enfoque de intervención que no asume presencia de discapacidad o de cualquier aspecto podría interferir con el rendimiento. Este enfoque está diseñado para proporcionar experiencias contextuales y de actividad enriquecidos que mejorarán el rendimiento de todas las personas en los contextos naturales de la vida (adaptado de Dunn , McClain , Brown y Youngstrom , 1998, p 534)	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a padres primerizos para involucrar a sus hijos en el juego apropiado para el desarrollo. • Favorecer la movilidad segura en toda la casa a un grupo de adultos mayores en el centro de jubilados locales para prevenir caídas
Establecer, restaurar (reparación, restauración)	Un enfoque de intervención diseñado para cambiar variables del cliente para establecer una habilidad o capacidad que todavía no ha desarrollado o para restaurar una habilidad o	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurar el movimiento de las extremidades superiores de un cliente para permitir la transferencia de platos del lavavajillas a muebles de cocina • Facilitar la organización de la rutina diaria en personas con muchas

	capacidad que se ha deteriorado (adaptado de Dunn et al ., 1998 , p . 533)	responsabilidades por sus roles •Colaborar con cliente para establecer rutinas matutinas necesarias para llegar a tiempo a escuela o trabajo.
Mantener	Un enfoque de intervención diseñado para proporcionar los apoyos que permitirán a los clientes a conservar las capacidades de rendimiento que han recuperado, y que sigan cumpliendo sus necesidades profesionales, o ambos. La suposición es que sin la intervención de mantenimiento continuado , el rendimiento disminuirá , necesidades ocupacionales no se cumplirían , o ambas cosas , la salud afectando así , el bienestar y calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar incremento de participación en cliente con ELA para hacer frente a ocupaciones deseadas mediante el suministro de tecnología de asistencia • Mantener alineamiento articular en personas con artritis mediante la recomendación de herramientas con agarres modificados y/o de mango largo , alternativas de asientos , para realizar actividades de jardinería •Mantener acceso seguro e independiente para las personas con baja visión mediante el aumento de iluminación del vestíbulo en el hogar
Modificar (compensación, adaptación)	Un enfoque de intervención dirigida a "encontrar formas de revisar las actuales demandas de contexto o actividad para apoyar el desempeño en el entorno natural [incluyendo] técnicas compensatorias . . . [Como] la mejora de algunas de las características de proporcionar señales o la reducción de otras características para reducir la distracción " (Dunn et al., 1998 , p. 533) .	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificar la secuencia de tareas para facilitar en una persona con problemas cognitivos la realización de sus rutinas. • Dar ideas para el diseño de casas que permitirán a las familias proporcionar espacio de vida para padres de edad avanzada (ej. fácil acceso a pieza de baño) • Facilitar nivel de atención de cliente eliminando el desorden en una habitación para disminuir distracción
Prevenir (prevención de la discapacidad)	Un enfoque de intervención diseñado para atender las necesidades de los clientes con o sin discapacidad que están en riesgo de problemas de rendimiento en el trabajo. Este enfoque está diseñado para prevenir la aparición o evolución de las barreras para el desempeño en su contexto. Las intervenciones pueden estar dirigidas a los clientes , el contexto, o variables de actividad (adaptado de Dunn et al ., 1998 , p . 534) .	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención del uso de sustancias químicas ilícitas mediante la introducción de estrategias de rutina por iniciativa propia que apoyan el comportamiento libre de drogas • Evitar el aislamiento social de los empleados mediante la promoción de la participación en actividades de grupo después del trabajo • Prevenir lesiones en la espalda en amas de casa a través de un programa educativo ergonómico.

Occupational therapy practice: domain and process. pag. S33 ¹

Los objetivos se dividen en generales y específicos.

Objetivo general: es el cambio en la línea base de las áreas de ocupación o de las habilidades necesarias para el desempeño ocupacional satisfactorio. Se expresa en términos de conducta

¹ Desde el punto de vista de la autora de este documento, como se mencionó anteriormente, el último enfoque no corresponde, la mayoría de las veces. De ser posible debe plantearse en forma positiva (como corresponden a la definición de 'objetivo'), haciendo uso de acciones reales a conseguir tales como "facilitar" , "desarrollar" o "mantener" X conducta que en ese momento es negativa en el usuario.

funcional que será alcanzada al finalizar la intervención, en términos de lo que el usuario hará, en ningún caso se **definen en términos del TO**. Surge de la definición del problema, **no de la disfunción** en sí misma, ya que se basa en las necesidades particulares en cada caso. Es necesario tener presente que la situación siempre es única y debe ser correcta y profundamente analizada. Por lo tanto debe plantearse según las prioridades del usuario

Objetivos específicos: se definen de acuerdo a los objetivos generales. Suponen los pasos o productos específicos y medibles que conducen a los objetivos generales. Se definen para períodos específicos de tiempo y son periódicamente puestos al día de acuerdo al avance de las condiciones del usuario (Gómez 2010).

Para la formulación de objetivos específicos se recomienda usar indicadores que determinan el nivel de realización que se debe alcanzar. Los indicadores sirven de base para la evaluación y deberían detallar:

1. Quien o el beneficiario del objetivo: cliente, grupo, otro.
2. Qué se va a realizar, generalmente es una conducta o acción, por lo tanto se expresa a través de un verbo. Esta conducta o acción debe ser observable con el objeto de evaluar su cumplimiento.
3. Contexto o condiciones y circunstancias (donde y cuando) en las que se producirá la conducta o acción indicada.
4. Magnitud, cantidad y/o calidad de manifestación de la conducta o acción esperada. Puede incluir frecuencia mínima, porcentaje, proporción, calificación, que debe ser realista, medible u observable.
5. Tiempo esta conducta debe ser alcanzada, que se expresa en número de sesiones, tiempo cronológico u otro.

Los objetivos específicos, como se mencionó, están centralizados en los logros que se esperan obtener de los usuarios, no en lo que haría el profesional. Según G. Ketterbach (1990) están relacionados a:

- Alcanzar nuevos desempeños y generalizar el aprendizaje.
- Aumentar frecuencia o periodo de trabajo sostenido.
- Disminuir el grado de asistencia, cantidad de errores, intensidad del dolor o de la fatiga
- Mejorar calidad.
- Lograr desempeño ocupacional seguro.

El método SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan), es un instrumento diseñado para escribir los informes de progreso del cliente que recomienda redactar los objetivos específicos con la siguiente secuencia:

- Audiencia: a quien
- Conducta: que
- Condición: como
- Grado: cuanto

Ejemplo de redacción de objetivos:

O. General: Que XX sea independiente en su alimentación con cuchara

OO Específicos: Que XX

- *Mantenga la posición sedente durante 20 min. en la 4° sesión.*
- *Tome la cuchara con comida y se la lleve a la boca 6 veces consecutivas en la 6° sesión.*
- *Ingiera independientemente una porción de puré en la 10° sesión en 10 min.*

3. SELECCIÓN DE LOS MEDIOS DE INTERVENCIÓN: ACTIVIDADES

Las posibilidades son casi infinitas y tienen muy poco de “dramáticas y glamorosas” (Turner, 2003, cap 1, pag 3) ya que muchas de ellas forman parte de la rutina habitual de las personas. Es importante conocer su ejecución y haber realizado un análisis de ellas, previo a su utilización, para tener la seguridad de que tienen las características necesarias para cumplir con los objetivos propuestos y que permiten la graduación y modificación como sea necesario.

Los tipos de intervención (medios de tratamiento) descritos en el M de T 3 (2014: S 29-30) son:

- Ocupaciones tales como: AVDB-I, juegos, actividades laborales,
- Actividades con propósito: ergoterapias, socioterapias, técnicas corporales,
- Métodos preparatorios, tales como uso de TND, calor, confección de férulas,
- Educación: instrucción a cliente , familia o personal de una institución,
- Abogacía: colaborar con cliente para que se modifique su puesto de trabajo por ejemplo.

Las principales características de las actividades seleccionadas como medio de intervención son:

- Adecuadas para los objetivos de intervención y habilidades del usuario,
- Adecuadas al contexto del cliente,
- Apropriadas para la edad y significativas para el usuario,
- Posibles de graduar y adaptar de acuerdo a necesidades,
- Conocidas y analizadas previamente por el profesional a cargo de la intervención,
- Contar con los recursos necesarios para realizarlas.

Turner (2003), enumera las siguientes características a tomar en cuenta para la selección de los medios de intervención:

- Motivar a cliente,
- Reflejar los roles y tareas vitales de cliente,
- Ser graduables y apropiadas para la edad,
- Dirigirse a un propósito u objetivo claro,
- Mantener la función y prevenir la disfunción,
- Realizarse con la cooperación y consentimiento del usuario y alentar su implicancia activa,
- Tener sentido y relevancia para el usuario.

Al escribir las actividades en nuestro plan, es conveniente anotar el proyecto a realizar y los puntos clave al implementar la actividad, tal como posición de persona, altura y amplitud de movimiento si se trata de una persona con discapacidad física, o grado de dificultad, tiempo por sesión, u otro en caso de alteraciones mentales. No es necesario describir el método de realización de la actividad. Por otra parte, es necesario recordar que el TO realizará la actividad **con** el cliente o dará la indicación para ello, y que además realizará actividades **para** el cliente, como confeccionar una órtesis o realizar una visita al puesto de trabajo.

Debe ofrecerse a usuario varias ocupaciones o actividades con propósito que cumplan con los requisitos correspondientes, es recomendable que además se programen actividades de reemplazo en caso que, por algún motivo, no puedan realizarse las actividades seleccionadas.

4. CALENDARIZACIÓN, RE-EVALUACIONES, PLAN DE ALTA

Finalmente es necesario considerar días, horario y lugar de la intervención, participación de algún monitor o familiar, fecha de re evaluación, progresión de las indicaciones para su hogar con objeto de ir chequeando su comprensión y reiterando su importancia. Sólo se incluyen precauciones si éstas son específicas para esa persona.

MARCO LÓGICO (ML)

Es una herramienta para la gestión de proyectos, que se ha adaptado a la intervención en salud.

Utilidad:

- Analizar el/los problemas, esto es la situación actual del cliente,
- Jerarquizar los objetivos de intervención,
- Identificar posibles resultados así como los posibles obstáculos,
- Establecer una forma de monitoreo durante la intervención.

El ML actúa bajo la lógica de causa-efecto (si hago esto, obtengo esto otro) y del principio de la correlación que une los diferentes niveles.

Pasos: es necesario definir en el orden indicado:

1. meta: impacto a largo plazo; es la razón del proyecto.
2. objetivo general: lo que se espera alcanzar.
3. producto tangible a alcanzar, que comúnmente se denomina objetivo específico.
4. actividades: lo que se hará para lograr los resultados.
5. Verificación de lo anterior, y
 - Suposiciones para cada nivel, que corresponden a algunas condiciones externas, por ejemplo asistencia a las sesiones.

- Indicadores verificables, para saber si lo planificado sucedió, o sea, medición del progreso. Los criterios en los indicadores que el ML utiliza en la redacción de objetivos son:
- **Asequible:** razonable
- **Medible:** cuantificable
- **Oportuno:** en momento indicado
- **Relevante:** importante
- **Específico:** concreto y relacionados a la meta

En lo posible deben ser expresados en términos de cantidad, calidad o tiempo. Ejemplos: porcentaje de incremento, número de veces, incremento de calidad, mayor tiempo.

Obviamente el objetivo corresponde a lo que se espera lograr, esto es, a lo que el usuario pueda realizar y que antes no podía. El objetivo general describe el resultado directo, para su planteamiento debe conocerse el/los problemas y si tienen solución.

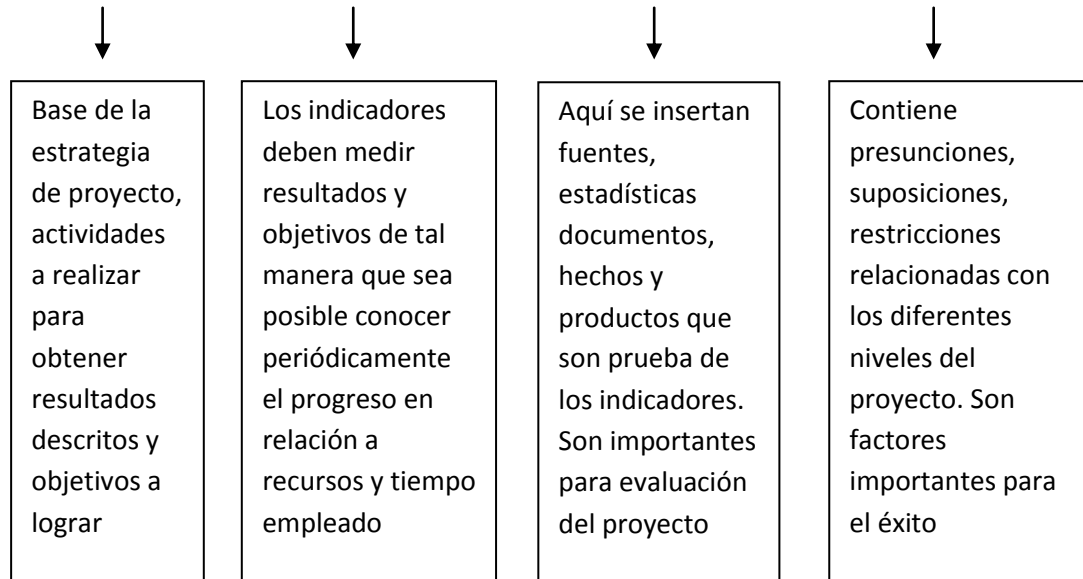
Análisis del problema: (problema = estado negativo)

- Determinar problemas a abordar,
- Examinar de los efectos que provoca,
- Identificar causas
- Establecer la situación deseada,
- Especificar medios de solución,
- Definir acciones y configurar alternativas.

Puede construirse un árbol de problemas y desde éste construir un árbol de objetivos y alternativas de intervención desde un punto de vista corporal, social, financiero y ambiental

Matriz del Marco Lógico

Lógica horizontal				
L ó g i c a V e r t i c a l	Resumen narrativa	Indicadores/objetivos/verificables	Medio de verificación	Suposiciones importantes
	Meta	Indicadores de logros de OG al finalizar intervención	Fuentes para verificar	
	OG	Indicadores de logros de objetivo de intervención	Fuentes para verificar el/los indicadores	Suposiciones para logro OG
	OOEE (resultado)	Metas variables en términos de de calidad. cantidad, tiempo	Fuentes para verificar logro de OOEE	Suposiciones para lograr resultados
	Actividades	Recursos necesarios para realización de actividades	Fuentes para verificar desempeño en actividades y empleo de recursos	Suposiciones para lograr resultados



APLICACIÓN EN UN CASO:

Mujer de 30 años, 4° medio rendido, vendía ropa usada en local cercano a su domicilio, dos hijos de 6 años y de 2. Dx; AR

Aplicación de Método Tyler:

A. Luego de recolección de datos se observa siguiente problemática:

- dolor intenso (EVA 6) en hombro derecho y muñeca izquierda
- disminución de amplitud de movimiento en articulaciones afectadas
- fatiga de tensión debido a dolor
- suspensión de actividades laborales
- edema leve de mano derecha
- trastornos negativos de humor
- malas relaciones de pareja

B. Identificación del problema: dolor articular y edema, aunque este es leve es signo de actividad de la enfermedad; los problemas restantes son derivados del estrés producto del dolor continuo.

C. Modelo a utilizar: biomecánico y rehabilitador (debido a futura evolución de la patología)

D. OG: mantener alineación y amplitud de movimiento en extremidades superiores

E. OOOE: que al finalizar la intervención la usuaria haya logrado

- disminuir dolor en hombro derecho de 6 a 3 EVA,
- disminuir dolor de MCF izquierda de 6 a 2 EVA,
- utilizar adecuadamente extremidades superiores en AVDB-I el 80% del tiempo,
- recuperar movilidad de MCF.

F. Actividades:

- Enseñanza de TCE,
- Enseñanza y práctica de TPA con énfasis en manos,
- Estudio y reorganización de rutina diaria,
- Revisión, junto a usuaria y su pareja de conceptos sobre artritis y su evolución,
- Confección con usuaria de cartilla con indicaciones para el hogar,
- Confección de férulas de reposo mano izquierda y enseñanza de su uso,
- Trabajo con therplast N°2 una vez desaparecido el edema.

Aplicación del ML.

L ó g i c a V e r t i c a l	Resumen narrativa	Indicadores/objetivos/ verificables	Medio de verificación	Suposiciones importantes
	Meta	Mantenimiento de rutina diaria		
	OG	mantener alineación y amplitud de movimiento en extremidades superiores	Observación. evaluación goniométrica	Asistencia. N° de sesiones. Actividad de. Enfermedad
	OOEE 1 y 2 (resultado)	Disminución de dolor en hombro derecho de 6 a 3 EVA Disminución del dolor de MCF izquierda de 6 a 2 EVA	Medición a través de EVA	Problemas familiares Obligaciones en hogar. Manejo de medicamentos
	OE 3	Utilización correcta de extremidades superiores en AVDB-I el 80% del tiempo	Observación, reportes	Habilidades cognitivas y psicológicas de usuaria
	OE4	Recuperación de la movilidad de MCF	Examen goniométrico	Lesiones anatómicas
Actividades	Enseñanza de TCE. Enseñanza y práctica de TPA con énfasis en manos. Estudio y reorganización de rutina diaria. Conocimiento de artritis y su evolución. Cartilla con indicaciones para el hogar. Enseñanza de uso de férulas de reposo mano izquierda. Trabajo con	Evaluación Evaluación Patrón Idiosincrasia Evaluación Simulaciones observación	Mantenimiento de cartillas respectivas	

	<i>manipulación de therplast N°2 una vez desaparecido el edema.</i>		
--	---	--	--

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Occupational Therapy Practice. Domain and process. 3 Ed. 2014. AJOT. March-April Vol 68 Supplement 1: S1-S16. Consulted el 14-VI-16
- Occupational Therapy Practice. Domain and process. 2° Ed. 2008. AJOT. Nov-dec.Vol 62. N°6: Traducción para fines docentes de Gómez S y De Las Heras CG. 2009.
- Kielhofner G. A Model of Human Occupation. (1995). 2° Ed. Baltimore. Williams and Wilkins
- Manual para la realización de objetivos de aprendizaje.
www.slideshare.net/Mandis2formulación de objetivos.2010. Consultado abril 2010
- Bernal L. Intervención fisioterapéutica.luisbernal.es/descargas/g/03interv.pdf
- Ojeda RA. Redacción de objetivos de enseñanza para módulos de instrucción. Centro de competencias de la comunicación. Universidad de Puerto Rico.2005. Consultado 12-VI-16
- Pedretti's Occupational Therapy. Practice skills for physical dysfunction. (2006). 6°Ed. Mosby.
- Gómez S. Módulo Instruccional de Modelos de intervención en salud física. Introducción a los Modelos de Práctica. ETOUCH. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 2004
- Ketterbach G. Writting SOAP notes. (1990).F A Davis Co. Ph.
- Turner A, Foster M, Johnson S. Terapia Ocupacional y disfunción Física. (2003) 5° Ed. Churchill Livington. Madrid
- Cynkin S and Robinson MA. Occupational Therapy and activities health. (1990). Little Brown Co. Boston.
- De la Fuente J. La matriz del Marco Lógico. Cepal. NU. s/f
www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/34583/jdelafuente_MarcoLogico.pdf consultado el 13-VI-2016